



**Cicle de conferències  
al COMLL sobre la  
responsabilitat del metge**



## Sabem el valor de les seves mans

PROTECCIÓ PER A VOSTÈ I PER A LA SEVA FAMÍLIA DAVANT DE QUALSEVOL IMPREVIST

**Medicorasse li fa avinent l'assegurança d'accidents MediRisc amb garanties especials per al sector sanitari**, en funció de la seva especialitat, sense cost addicional. **MediRisc** s'ocupa especialment de les conseqüències d'una invalidesa permanent, total o parcial, a la feina diària.

**Dr. Octavi Valls, estomatòleg**

Capital assegurat en cas de mort: 3.000 €  
Capital assegurat en cas d'invalidesa permanent: 200.000 €  
Prima total anual: 90 €

**Exemple del que cobraria en cas de:**

- 1) Pèrdua o inutilització del dit polze de la mà dreta => **200.000 €**
- 2) Pèrdua o inutilització completa de la última falange del dit índex de la mà dreta => **180.000 €**

Informi-se'n al seu Col·legi o trucant al telèfon  
**973 270 811**

www.med.es

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE  
LLEIDA

COML

## BUTLLETÍ mèdic

Número 77, octubre del 2009

**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  
e-mail: comll@comll.es  
http://www.comll.es  
butlletimedic@comll.es

**Consell de Redacció:**

Tomás Alonso Sancho  
Ferran Barbé Illa  
Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca  
Joan Clotet Solsona  
Josep Corbella Duch  
Montse Esquerda Aresté  
Josep M. Greoles Solé  
Xavier Matias-Guiu Guia  
Jordi Melé Olivé  
Àngel Pedra Camats  
Josep Pifarré Paredero  
Manel Pons Juanati  
Joan Prat Corominas  
Joan Ribera Calvet  
Àngel Rodríguez Pozo  
Josep M. Sagrera Mis  
Plácido Santafé Soler  
Jorge Soler González  
José Trujillano Cabello  
Joan Viñas Salas  
Oriol Yuguero Torres

**Director:** Joan Flores González

**Edició a cura de:**  
Magda Ballester. Comunicació

**Disseny i maquetació:**  
Baldo Corderroure

**Fotografia:** Arxiu COML, UdL i  
Fundació Renal Jaume Arnó

**Correcció:** Torsitrad

**Publicitat:** COML

**Fotomecànica:** Euroscript, SL

**Impressió:** Artgràfic 2010, SL

Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

Butlletí Mèdic fa constar que el contingut dels articles publicats reflecteix únicament l'opinió de llurs signants

### TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per inserció (6 números/any)

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

Els fotollits van a càrrec del client.  
Aquests preus no inclouen el 16% d'IVA

## Les activitats del COMLL

Un dels propòsits de la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida és realitzar activitats que, relacionades amb el món de la medicina, aportin valor afegit, acadèmic, cultural o d'interès social.

Durant la primavera d'aquest any, s'han portat a terme diferents activitats d'aquest tipus. En primer lloc, una sèrie de tres conferències impartides per reconeguts especialistes en la matèria, en la responsabilitat professional mèdica, en el vessant penal, civil i en aspectes mèdics.

Amb la col·laboració de la Secció Col·legial de Metges Oftalmòlegs (SOLL), i en el marc de la Sala de l'Institut d'Estudis Ilerdenses, el Dr. Camps Surroca va impartir una conferència amb el títol *Història de l'oftalmologia a Lleida*. Com a tasca formativa per a la secció, van voler compartir-la amb tots els col·legiats i amb el públic en general.

I, finalment, continuant amb aquestes activitats, i ja al mes de setembre, el dia 15 concretament, i amb el Dr. Roc Pifarré, van gaudir d'una conferència-col·loqui en què ens va il·lustrar en aspectes no tan sols professionals, sinó també vitals de la seva extensa trajectòria.

Recollir totes aquestes activitats al BUTLLETÍ MÈDIC suposa que, de manera expressa, tots podem tornar a gaudir llegint-les i, a més a més, conservar les aportacions fetes en cadascun d'aquests actes col·legials.

### SUMARI

#### Breu repàs de la història de l'oftalmologia a Lleida

La conferència impartida pel Dr. Camps Surroca recull les principals advocacions i els metges lleidatans relacionats amb els ulls **17**

#### Mètodes d'educació mèdica per simulació en el reportatge

Tres membres del CISC presenten diferents situacions d'aplicació de la simulació mèdica **24**





Esquerra, Jaume Arnó i Rosa M. Pérez. Dreta, Àngel Ros, Jaume Arnó i Marina Geli durant la presentació.

## La Fundació Renal Jaume Arnó, la primera fundació privada de Catalunya en malalties renals

La Fundació Renal Jaume Arnó, la primera fundació privada de Catalunya dedicada a les malalties renals, va celebrar la seva presentació pública el passat setembre a l'Auditori Municipal Enric Granados de Lleida. L'objectiu d'aquesta entitat és ajudar, des de tots els punts de vista, les persones afectades per aquesta patologia crònica

ca i els seus familiars. A més, la Fundació col·laborarà en la investigació científica de projectes centrats en la prevenció i el tractament de la malaltia renal, mitjançant el Projecte Nefrona. La presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), Dra. Rosa M. Pérez, va assistir a l'acte, que van presidir la Consellera de Salut, Marina

Geli, i l'alcalde de Lleida, Àngel Ros.

El periodista Marcel Gorgori va dirigir l'acte, en el qual el president i fundador de la Fundació, Jaume Arnó, va explicar els seus objectius i diversos malalts renals van donar el seu testimoni. A més, la presentació va incloure l'exposició del treball de la Unitat de Detecció i Tractament de Malalties Aterotrombòtiques (Udetma) de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i del seu projecte d'investigació Nefrona. L'Orquestra de l'Acadèmia del Gran Teatre del Liceu, dirigida per Gerassim Voronkov, el tenor Josep Fadó i la cantant lleidatana Lorena van posar el toc musical a la sessió.

La presentació també va comptar amb la presència del subdelegat del Govern a Lleida, José Àngel Flores; el secretari d'Estratègia i Coordinació del Departament de Salut, Miquel Gómez, i el director dels Serveis Territorials de Salut a Lleida, Sebastià Barranco.



La presentació de la Fundació va omplir de gom a gom l'Auditori Municipal Enric Granados

## Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions ordinàries entre el 14 de juliol i el 6 d'octubre de 2009, ha acordat i/o tractat, entre altres, els següents assumptes:

- S'han aprovat normes d'ordre intern per a la gestió econòmica de les diferents seccions col·legials.

- Els dies 23 i 24 d'octubre tindrà lloc a la ciutat de Lleida l'Assemblea General de l'Organització Mèdica Col·legial. S'han programat una sèrie d'actes annexos.

- S'han ampliat les capacitats de les bústies personals del correu electrònic col·legial. En una primera fase, fins a 250 Mb per bústia, i s'està en fase d'estudi per ampliar-les fins a 500 Mb.

- La Direcció General de Dret i d'Entitats Jurídiques del Departament de Justícia ha revisat el text dels nous estatuts col·legials i ha dictaminat que cal esmenar-ne diversos aspectes, no substancials. S'han pres els acords pertinents per a aquesta subsanació.

- El crèdit de lliure elecció que imparteix la UdL, titulat Col·legi Oficial de

Metges de Lleida. Estructura, funcions i serveis, per al curs 2009-2010, s'ha reduït a 10 hores.

- El Ministeri d'Indústria, Turisme i Comerç ha formulat un esborrany de proposta de resolució per la qual s'entén realitzada la comunicació de signatura electrònica per part de l'entitat Healthsign. Amb aquesta resolució pràcticament es reconeix la signatura electrònica a efectes generalistes.

- S'ha procedit a la signatura amb ASPROS d'un contracte de destrucció confidencial per instal·lar a les oficines col·legials un contenidor precintat.

- S'ha convocat el segon concurs de felicitacions de Nadal 2009, en què poden prendre part els fills dels col·legiats/des que cursin estudis fins a segon d'ESO. El termini per a la presentació de treballs finalitza el 16 de novembre.

- S'han adquirit sis abonaments de la temporada de concerts 2009-2010 de l'Auditori Enric Granados de Lleida i s'assignaran mitjançant sorteig entre els col·legiats que sol·licitin poder-hi assistir.

- Societats professionals que s'han registrat al Col·legi fins el 31/08/2009: Anes Lleida, SLP (SP2500001), Centre Mèdic el Segre, SCP (SP2500002), Densitos Lleida, SCP (SP2500003), Juan Ramon Roca y Rosa Maria Roca Cortés, SCP (SP2500004), Centre de Revisions La Seu, SLP (SP2500005), Pruma 2010, SLP (SP2500006), Medicalia Lleida, SLP (SP2500007), Uròlegs de Lleida, SLP (SP2500008), Xavier Rodamilans i Associats, SLP (SP2500009), Clínica Wellness Mèdica Sales, SLP (SP2500010), Comedar, SLP (SP2500011).

## Moviment de col·legiats

### ALTES

Juliol: Núria Torreguitart Mirada (4389), Geni Elizabeth Aguirre de Rossi (4390), Hermilo Gómez Marín (4391), Pablo Karim Haddad (4392), Núria Tarraubella Balanya (4393), Maria Elena Pelegrina Fernández (4394), Eladio Rodríguez Fernández (4395).

Setembre: Jaime Garriga Masana (4399), Kenio Enrique Cavour Godoy (4400), Joaquim Miguel Da Cunha Peixoto (4401), Eva Marina Tenaglia (4402), Matias Silva (4403), M. Alba Bordaiba Layo (4404), Sara Muñoz Buderus (4405), Ion Grosu (4406), Laura Yamile Losada Burbano (4407), Ana Maria Ramona Mardones (4408), Gloria Ruiz Aragón (4409), Jordi Fàbrega Sabaté (4410), Gerardo Octavio Garcia Boza (4411)

Agost: Liliana Elizabeth Moreno Ponce (4396), Iara Karlla Da Silva Santos (4397), Tatiana K. Valencia Ichazo (4398)

### BAIXES

Juliol: 4. Agost: 1. Setembre: 7. Entre aquestes baixes, figura la del Dr. Primitivo Ferre Loren, que ho ha estat per defunció.

### CANVIS DE SITUACIÓ

Passa a col·legiat honorífic el Dr. Tomás Martínez Salavera. TOTAL COL·LEGIATS A 30/08/2009: 1.666

## La nova titulació de Ciències Biomèdiques arrenca amb la nota de tall més alta de Catalunya

El grau de Ciències Biomèdiques que s'inicia aquest any a la Universitat de Lleida (UdL) ha obtingut la nota de tall més alta de Catalunya. Aquesta nova titulació té 40 places i ha rebut més de 500 sol·licituds. Així ho va assegurar el degà de la Facultat de Medicina, el Dr. Joan Ribera, en la inauguració del nou curs acadèmic 2009/10, que va tenir lloc el dia 14 d'octubre i que va presidir juntament amb el rector de la UdL, el Dr. Joan Viñas, i el cap d'estudis de Medicina, Manel Portero. La presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, la Dra. Rosa M. Pérez, també va assistir a l'acte.

El director de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida), el Dr. Xavier Matias-Guiu, va realitzar la conferència inaugural del curs, que va incloure un repàs de la investigació que



Taula presidencial de la inauguració del nou curs de Medicina

duu a terme l'Institut. Matias-Guiu va explicar que l'IRBLleida ja compleix els requisits necessaris per rebre l'acredi-

tació de l'Institut Carlos III i que l'any vinent el centre es traslladarà al nou edifici, que ara està en construcció.

# Entranyable col·loqui amb el Dr. Roc Pifarré



Dr. Roc Pifarré

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va organitzar, el passat 15 de setembre, un col·loqui-tertúlia amb el prestigiós cirurgià toràcic lleidatà Dr. Roc Pifarré. L'acte, que va moderar la presidenta del COMLL, Dra. Rosa Maria Pérez, va celebrar-se a la seu col·legial. Entre els assistents hi havia el gerent de la Regió Sanitària de Lleida, Dr. Sebastià Barranco, i el tinent d'alcalde de l'Ajuntament de Lleida, Josep Presseguer, a més de col·legiats i col·legiades.

El Dr. Pifarré va explicar durant una hora la seva trajectòria, tant professional com personal. Així, per exemple, va recordar que la primera vegada que va viatjar als Estats Units va trigar 10 dies en vaixell. En aquella ocasió, l'acompanyava un altre metge lleidatà, el Dr. Cava.

També va referir-se a moments molt importants de la seva carrera professional, com ara que inicialment es va traslladar a l'altra banda del món per



A l'esquerra, el Dr. Roc Pifarré signa el llibre d'honor del COMLL amb la presidenta. A la dreta, participants del col·loqui a la seu col·legial

cursar l'especialitat de Ginecologia. Finalment, però, no va ser així, ja que es va convertir en el primer metge català que va fer un trasplantament cardíac i que va assistir un pacient amb infart agut de miocardi i li va practicar cirurgia coronària.

El Dr. Pifarré va insistir molt en el període d'aprenentatge de l'especialitat per part dels metges, tot destacant que cal un gran esforç i moltes hores de treball a l'hospital. Igualment, va recalcar que l'entrevista personal amb els caps de servei per accedir a una

determinada plaça era als Estats Units un requeriment molt especial.

El col·loqui va ser molt entranyable, atès que a la sala hi havia antics companys de professió del Dr. Pifarré, amb els quals l'uneix una relació duradera d'amistat.

Cal destacar que el Dr. Roc Pifarré, un professional amb un extens currículum, va ser nomenat Col·legiat d'Honor sota la presidència del Dr. Lladonosa i l'Ajuntament li va atorgar, el passat juny, el I Premi Internacional Ciutat de Lleida.

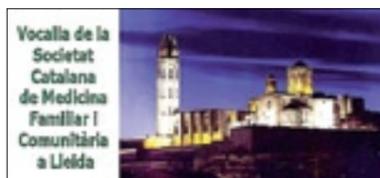
## Constituïda la junta de govern de la Secció Col·legial de Metges de Medicina del Treball

La Secció Col·legial de Metges de Medicina del Treball del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va escollir el passat mes de juny la seva Junta de Govern, que està formada per:

Presidenta: Montserrat Puiggené Vallverdú  
Tresorera: Carme Riu Riu  
Secretària: Assumpció Piñol Morera  
Vocals: Juan A Grau del Cerro, Gaspar Miralbes Lluelles, Montserrat Molins Borrell i Lourdes Villarte

Farré.

El COMLL va aprovar la creació d'aquesta secció en l'assemblea anual del 30 de març. La finalitat de la secció defensar dels interessos professionals dels metges que practiquen aquesta especialitat en l'àmbit territorial del COMLL. A més, ofereix assessorament a la Junta de Govern del Col·legi i a l'Assemblea General de col·legiats en els aspectes relacionats amb la medicina del treball.



Imatge del bloc de la CAMFIC a Lleida

### Nou bloc de la vocalia de la CAMFIC a Lleida

La vocalia de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) a Lleida ha creat un bloc com a eina de comunicació entre els seus socis. Notícies, cursos i jornades o recomanacions d'actuació davant certes situacions com la grip A són algunes de les entrades que hi ha a l'adreça <http://camficlei-da.blogspot.com>

D'altra banda, la vocalia va nomenar en la darrera reunió nova secretària la Dra. Pilar Vaqué, que fins ara ocupava el càrrec d'organitzadora de congressos. D'aquesta manera, la vocalia de la CAMFIC a Lleida queda constituïda de la forma següent:

Vocal: Jorge Soler González  
Secretària: Pilar Vaqué Castilla  
Tresorer: Alejandro Andreu Lope  
Docència: Eugeni Paredes Costa  
Comunicació: M Cristina Ruíz Magaz  
Jornades i Congressos: Oriol Yuguero  
Resident: Àngels Molló



La junta de govern de la nova secció amb la presidenta del COMLL

# Joies úniques

De la sèrie "Piràmide",  
anell d'or groc i d'or blanc amb safir blau  
i dos diamants de talla princesa.

## PERE TENA

JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida · [www.peretena.com](http://www.peretena.com) · Pàrquing Blondel Gratuït



## Jornades celebrades al COMLL per debatre els vessants penal i civil

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va organitzar, durant els mesos d'abril i maig, tres conferències sobre la responsabilitat dels facultatius i com han d'actuar davant una demanda judicial. Tres reconeguts juristes lleidatans van

impartir les ponències, que recull aquest número del Butlletí Mèdic. Les conferències es van celebrar els dies 22 i 29 d'abril, i el 7 de maig a càrrec de Ramón García Albero, Josefa Soler Pierola i Josep Maria Arimany Manso, respectivament.

# La imprudència mèdica con relevancia penal

La responsabilidad penal del profesional sanitario a la que nos referiremos en esta ponencia es la que viene generalmente dada por la causación de resultados lesivos para la vida o la salud de los pacientes como consecuencia del desconocimiento de deberes básicos de cautela en el diagnóstico y la ejecución del procedimiento médico-asistencial. En definitiva, por la realización de conductas imprudentes con perjuicio para la vida o la salud del paciente.

A nadie escapa la importancia que asumen tales conductas negligentes en el contexto de una actividad —la sanitaria— que incide sobre bienes tan importantes y que se desenvuelve en el marco de lo que en derecho penal se conoce como “riesgo permitido”. En todo caso, el crecimiento exponencial que se ha producido estas dos últimas décadas de las reclamaciones penales por supuestas malas praxis médicas no obedece exclusivamente a la importancia de los bienes en juego. Otros factores deben ser considerados. En primer lugar, la hiperinflación de los derechos del usuario, propia de las sociedades postmodernas, y la correlativa desacralización de profesionales cuyo prestigio y autoridad eran, antaño, indiscutibles. En segundo lugar, la obsesión por la salud, una obsesión que presiona hasta el límite la capacidad de prestación del sistema de salud, un fenómeno propio de

la que ha sido denominada “sociedad de clases pasivas”, cuyos miembros demandan de las administraciones públicas más y mejores prestaciones. Y en tercer lugar, la propia inducción a la reclamación por parte del profesional del derecho, alentado por la extensión y universalización de las pólizas que garantiza la indemnización.

Todo ello se produce en un contexto muy concreto: la responsabilidad penal del profesional sanitario es sólo una de las posibles responsabilidades en que puede incurrir. Existe también la responsabilidad civil y la administrativa. Todas ellas responden, o deberían, en principio, a lógicas distintas. La responsabilidad penal no tiene primariamente finalidad reparadora alguna del daño causado por la mala praxis, sino justamente la finalidad de “sancionar”, de “reprimir” dicha mala praxis en tanto que causante de daños típicos —previstos en un precepto penal. Esta diferencia con la responsabilidad civil, que es esencialmente reparadora del daño causado, se desdibuja en ocasiones por la perversa utilización de la vía penal, que es más barata y expeditiva. Además, sucede que también en la vía civil es precisa la prueba del daño, la prueba de la mala praxis y la prueba de la relación de causalidad entre una y otra, lo que lleva a algunos abogados a considerar que dicha vía no presenta grandes ventajas y explica que algunas asociaciones de usuarios

recomienden, sin pudor, el uso de la vía penal. El diagnóstico, no obstante, no es certero: desconoce que la responsabilidad civil, que puede ser tanto contractual —lo más habitual— como extracontractual, incluye también la culpa levisima —en principio excluida del derecho penal. Además, la vía civil conoce inversiones a la carga de la prueba, esto es, excepciones a la necesidad de probar la infracción de la *lex artis*, singularmente en los casos de medicina satisfactiva, en donde la obligación del profesional sanitario no es sólo de medios, sino también de resultados (sin perder su condición de contrato de arrendamiento de servicios, se añade la de un contrato de obra). También en los supuestos de “resultado desproporcionado”: cuando se compromete una obligación de medios y el resultado alcanzado por la actuación es desproporcionado en relación con los riesgos que cabría esperar en concreto, y adicionalmente la obtención de pruebas sobre la mala praxis se haya visto de algún modo obstaculizada (STS 17/11/2004). Estas y otras diferencias cuyo desarrollo excede de la pretensión de esta ponencia hacen incierta la afirmación de no existir, sustancialmente diferencias entre una y otra vía. En todo caso, el riesgo de instrumentalización de la vía penal está ahí, pese a que, según los datos estadísticos disponibles (que deben ser administrados con cautela), sólo el 15% de los asuntos penales finaliza en juicio, y de ellos, en torno al 5% con sentencia condenatoria. Con archivo o absolución, no obstante, el contacto del profesional sanitario con el sistema penal no deja de ser traumático: a la pena de banquillo y la estigmatización social que conlleva hay que añadir el riesgo cierto, de imponerse penal, de verse inhabilitado para el ejercicio de la medicina.

El escenario esbozado tiene consecuencias no alentadoras precisamente. Cuando la diferencia entre



Imatge dels assistents a la conferència

represión de la mala praxis y represión del simple error —inevitable en ocasiones—, se desdibuja, los efectos no tardan en notarse. Si el simple fallo se penaliza, los fallos se esconderán sistemáticamente. Al esconderse y no analizarlos, se seguirán produciendo. Adicionalmente, la reacción refleja del profesional sanitario ante una reclamación cuyo riesgo es cada vez más alto pasa por la práctica de la llamada “medicina defensiva”, y, en muchos casos, por la quiebra de la alianza terapéutica entre el paciente y el profesional sanitario.

Por principio, el derecho penal no regula específicamente delito alguno de imprudencia médica. Conoce, simplemente, delitos concretos, contra la vida o la salud, singularmente, cuya modalidad imprudente se tipifica expresamente con arreglo al sistema de incriminación cerrada o específica de la imprudencia que inaugura el Código Penal de 1995 frente al sistema de *numerus apertus* del Código anterior. En definitiva, el Código tipifica una serie de delitos o faltas que resultan aplicables por principio a todo aquel que como consecuencia de la infracción de una norma de cuidado cualquiera (escrita o no), produzca el resultado lesivo previsto en el precepto. Para la valoración de cuándo concurre una conducta imprudente en el ámbito médico, cuándo se ha desconocido la *lex artis* propia de la profesión, y en ausencia de reglamentaciones específicas en muchos casos, la doctrina de los tribunales ha ido consagrando una serie de principios genéricos sobre los que orientar la valoración de la conducta imprudente:

1. “La conducta del profesional sanitario ha de entenderse en su justa

valoración habida cuenta de que se trata de una de las actividades humanas que más riesgo puede originar y proyectar, al incidir directamente sobre la salud y la vida de las personas, a merced además del acierto y desatino de los profesionales.”

2. “Se trata, empero, de una ciencia inexacta, con un plus de especial de exposición y peligrosidad, en la que la atención, la pericia y la reflexión han de prodigarse en dosis mayores que en otras dedicaciones.”

3. “La práctica de las actividades sanitarias por los facultativos y técnicos correspondientes exige una cuidadosa atención a la *lex artis* en la que, sin embargo, no se pueden sentar reglas preventivas absolutas dado el constante avance de la ciencia, la variedad del tratamiento al alcance del profesional y el diverso factor humano sobre el que actúa, que obliga a métodos y atenciones diferentes.”

4. “En consecuencia, la medicina, como se acaba de decir, en general, no es ciencia exacta en tanto que en ella intervienen elementos extraños de difícil previsibilidad que pueden propiciar errores de diagnóstico o de cualquier otra naturaleza, los cuales, si lo son dentro de lo tolerable, pueden escapar al rigor de la incriminación penal.”

5. “La responsabilidad médica o de los técnicos sanitarios procederá cuando en el tratamiento efectuado al paciente se incida en conductas descuidadas de las que resulte un proceder irreflexivo, la falta de adopción de cautelas de generalizado uso, o de la ausencia de pruebas, investigaciones o verificaciones precisas como imprescindibles para seguir el curso del estado del paciente, aun-

que entonces el reproche de culpabilidad viene dado en estos casos no tanto por el error, si lo hubiere, sino por la dejación, el abandono, la negligencia y el descuido de la atención que aquel requiere, siendo un factor esencial para tener en cuenta a la hora de establecer y sopesar el más justo equilibrio en tan delicado análisis, el de la propia naturaleza humana que de por sí sufre el desgaste de los años o el deterioro más o menos sorprendente, de la personalidad fisiológica abocada, antes o después, al óbito cualesquiera que sean las técnicas, los avances o las atenciones.”

Estos criterios base, extractados de abundantísima jurisprudencia del Tribunal Supremo, advierten de la complejidad, pero también de la imprecisión de las bases conceptuales para apreciar el delito imprudente en este ámbito. A ello se une que la distinción entre delito y falta descansa en un elemento cuantitativo indeterminado: la gravedad de la imprudencia. A ello dedicamos las líneas que siguen.

### Estructura básica del delito imprudente

En los delitos imprudentes, cabe distinguir los siguientes elementos, que deben estar presentes para que exista responsabilidad criminal: a) La conducta ha de infringir los deberes de cuidado de la actividad correspondiente (en este caso médica); b) La producción de un resultado de muerte o lesiones previsto en algún precepto penal; c) relación de causalidad y de imputación objetiva entre la conducta del profesional sanitario y el resultado producido. Analicemos brevemente estos elementos.

2.1. En primer lugar, la conducta del profesional ha de infringir el cuidado debido que le es exigible. Se trata de saber qué hubiese hecho el médico diligente, situado en el lugar del autor. Este es el elemento más importante y difícil de precisar por cuanto que el contenido concreto de ese deber de cuidado no aparece precisado en la ley —tampoco podría hacerlo, por la infinitud de las conductas sometidas a deberes de cautela—, sino que es el juez, con el auxilio de los peritos, quien debe valorar en el caso concreto si el médico infringió la observancia de pautas mínimas y generales de conducta. Dicho deber objetivo de cuidado se llena de contenido acudiendo a las reglas generales aplicable a casos “típicos” o semejantes. Este conjunto de reglas técnicas se conoce como *lex artis*, esto es, lo que el estado de la ciencia y el arte del profesional indiquen como adecuado en cada circunstancia concreta (*lex artis ad hoc*).

La determinación del deber de cuidado objetivo puede también efec- 9



tuarse acudiendo a disposiciones reglamentarias de naturaleza técnica, o incluso meramente organizativo-administrativas, sean del rango que fueren —incluyendo normas internas y protocolos de los distintos centros hospitalarios. No obstante, no hay que confundir la infracción de la norma de cuidado —de la que el desconocimiento de *lex artis* constituye un indicio con el mero error o fallo técnico. El error o fallo técnico no implica una valoración jurídica, sino meramente fáctica. Por tanto, el fallo o el error no suponen necesariamente la infracción de la norma de cuidado (en su vertiente interna y eterna). Por otro lado, la *lex artis* sólo tiene valor indiciario para situaciones típicas o estandarizadas, no para situaciones extraordinarias, y, además, es preciso conciliarla con la libertad de método terapéutico y la apertura a nuevas técnicas y procedimientos, con protestand contra la pretensión de considerar la regla deducida de la *lex artis* como una regla inmutable o única.

En esta línea, son múltiples las resoluciones que han declarado que no resulta incriminable, vía imprudencia, el simple “error científico” o el “diagnóstico equivocado”, salvo que por su propia categoría o entidad cualitativa o cuantitativa “resulten de extrema gravedad” (ya desde STS 28/9/1992 y jurisprudencia posterior). En definitiva, en principio la culpa penal estriba en un comportamiento inadecuado desde la perspectiva de una obligación de medios, no de resultados.

2.2. Además de la existencia de una conducta que infrinja una norma de cuidado —concebida principalmente de modo objetivo—, es preciso que se produzca un resultado lesivo para la vida o la salud del paciente como consecuencia de dicha infracción. La imprudencia no seguida de resultado alguno resulta, directamente, impune, pues todos los delitos imprudentes son delitos de “resultado material” (Cfr. art. 142, 152 CP, principalmente).

Pero un delito imprudente no es sin más la suma de una infracción de norma de cuidado y la producción de un resultado típico. No cualquier vinculación arbitraria entre acción y resultado es relevante, sólo lo es cuando podemos apreciar, entre una y otra, una relación de causalidad y de imputación objetiva. La determinación de la relación de causalidad entre la conducta descuidada y el resultado lesivo puede resultar muy problemática en algunos casos, dada la propia naturaleza de la medicina como ciencia inexacta y conjetural en muchos aspectos, en los que todavía se desconocen numerosos procesos causales y donde el resultado podría explicarse como influido, además de la conducta imprudente, por factores externos o internos del propio paci-



Ramón García Albero en una instantània de la ponència

### Además de una conducta que infrinja una norma de cuidado, debe producirse un resultado lesivo para la vida o salud del paciente

ente (cursos causales acumulados, anómala constitución de la víctima, etc.). En puridad, cuando no pueda demostrarse más allá de toda duda razonable la existencia de ese nexo causal, en aplicación del *in dubio pro reo* deberá absolverse al imputado.

En todo caso, la existencia de concausas diversas, imputables a terceras personas o a la propia víctima en la producción del resultado, no elimina la imprudencia propia del médico, si se comprueba que dicha imprudencia ha comportado un incremento del riesgo y de la gravedad del resultado. Todo dependerá del peso cuantitativo y cualitativo de dichas concausas, según la valoración del juez (problemática que se analiza bajo la impropia etiqueta de “conurrencia de culpas”). Dependiendo de ella pueden llegarse a soluciones distintas: bien estimar la falta de responsabilidad del médico, pues un actuar correcto no hubiese neutralizado los cursos causales emprendidos por terceros; bien degradar la imprudencia de delito a falta —por estimar que las concausas disminuyen la gravedad de la imprudencia, tornándola en leve—, bien dejar incólume la responsabilidad penal del médico, pero atemperando la responsabilidad civil derivada del delito.

Pero no sólo es menester acreditar la relación de causalidad. El delito imprudente exigirá también que pueda afirmarse una relación de imputación objetiva entre el resultado producido y la conducta del médico. En la práctica, bajo este concepto se engloban una serie de requisitos normativos que limitan una responsabilidad basada en la sola causalidad entendida naturalísticamente (conforme a la fórmula de la *conditio sine quae non*). Así, se señala que las causas que no sobrepasan el riesgo permitido no pueden fundamentar responsabilidad criminal alguna; más aun las conductas que no sólo no incrementan el riesgo, sino que lo disminuyen, por mucho que causen resultados colaterales previsibles —efectos secundarios. Adicionalmente, habrá que negar la responsabilidad criminal por falta de imputación objetiva cuando a pesar de la falta de diligencia o desatención del cuidado debido, una conducta diligente, un “comportamiento alternativo correcto o adecuado a derecho”, no hubiese evitado, con seguridad rayana en la certeza, el resultado producido. En definitiva, el resultado ha de ser la concreción del riesgo antijurídico generado por el médico, y sólo la concreción de ese riesgo. No la concreción de otros riesgos generados por terceros o insitos en la propia víctima.

### La distinción entre culpa profesional y culpa del profesional

El Tribunal Supremo español viene distinguiendo —a pesar de su difícil encaje en el Código de 1995— entre la “culpa del profesional”, que no es más que la imprudencia común cometida por el profesional, y la “culpa profesio-

nal”, que descansa en la impericia, que tanto puede encontrar su fundamento en la ignorancia, como en la ejecución defectuosa del acto requerido profesionalmente. La idea básica es que sólo cuando la imprudencia pone en entredicho la capacidad profesional, la competencia en suma del profesional sanitario se podrá hablar de “imprudencia profesional” y aplicar, además de las penas previstas, las temidas penas de inhabilitación profesional previstas en los artículos 142.3 y 152.3 del Código Penal. Como señala el Tribunal Supremo, “la culpa profesional viene a ser la incapacidad técnica para el ejercicio de la profesión de que se trate, como consecuencia de las causas antes referidas. Se trata de gravar la ineptitud y la ignorancia de las reglas de la profesión, bien porque tales conocimientos no se posean, bien porque poseyéndolos no se actualicen como corresponde, bien porque la actuación del médico, aun dotada de todos los conocimientos técnicos, choca frontalmente con las formas y maneras atinentes a una concreta actividad profesional, en un supuesto determinado. Mas si el profesional actúa dentro de los límites de su especialidad, la distinción entre la culpa del profesional y la culpa profesional se hace difícil, indecisa y confusa, a menos que se eleve lo que tenía que ser excepcional y, por tanto, circunstancial al rango de actividad normal y ordinaria. El mayor reproche penal tiene que apoyarse en un incumplimiento extraordinario de la precaución y cautela, basado en una impericia inexplicable, inaudita, también extraordinaria. Las exigencias del artículo 9.3. de la Constitución en orden al principio de legalidad impiden elevar a la categoría de ordinaria, de fácil aplicabilidad, una

agravación que legalmente aparece como excepcional.”

### Autoría y participación. Responsabilidad según los principios de “división horizontal” y “división vertical” del trabajo

La actividad sanitaria, incluida la médico-quirúrgica, constituye un proceso en el que intervienen diversos sujetos. El “hecho” con relevancia penal puede por ello constituir —constituye, normalmente— un complejo proceso en el que intervienen distintos sujetos con competencia y funciones propias, autónomas o delegadas, con lo que se plantea el problema de individualizar responsabilidades. La responsabilidad penal es de naturaleza personal: se responde por un hecho propio, no ajeno, salvo que se trate de dolosa cooperación al delito. Para determinar la responsabilidad de cada interviniente hay que atender a las reglas del principio de división del trabajo. Conforme al mismo, existen dos supuestos distintos: división horizontal y división vertical. En los casos de división horizontal (cirujano-anestesiista, por ejemplo), rige sin excepción del principio de confianza, que impide que la responsabilidad penal se traslade más allá del ámbito de competencia de cada uno. En el ámbito de la división del trabajo vertical, el principio de confianza tiene alguna matización, según que el subordinado —por ejemplo, la enfermera— actúe en el ámbito de sus propias y exclusivas competencias con autonomía plena o por el contrario cuando actúe subordinada a directrices y órdenes del médico.

Más en concreto, en los casos de división vertical, en virtud del principio de confianza, el personal sanitario subordinado al médico puede y debe confiar en la corrección de las instrucciones recibidas. Por ello, cuando, como consecuencia del cumplimiento de una instrucción objetivamente inapropiada, se produzca un resultado lesivo, la eventual responsabilidad concurrirá “exclusivamente” en el médico ordenante. La enfermera opera así como un instrumento de una conducta imprudente ajena. La mencionada regla se sujeta a una excepción que puede ser difícil de precisar en el caso concreto: en casos límite cuando se trate de órdenes objetivamente negligentes del superior médico, sólo cabrá exigir responsabilidad del subordinado cuando la infracción de la norma de cuidado y de la *lex artis*, en su caso, fuera necesariamente detectable por el subordinado a tenor del nivel mínimo de conocimientos que le fueren exigibles de acuerdo con su estatus profesional.

A la inversa, la ejecución defectuosa de una orden correcta concierne sólo a quien la ejecuta. Pues el

médico puede confiar —debe— en la competencia del subordinado. No obstante aquí también hay que hacer excepciones muy importantes. El principio de confianza que limita la responsabilidad del médico tiene sus límites cuando éste aprecia fundadamente reparos respecto a la cualificación o fiabilidad del colaborador, y aquí surgen deberes de diligencia “secundarios” del médico, que en todo caso nada tiene que ver con un ilegítimo e inexistente deber de vigilancia permanente del médico respecto al personal sanitario auxiliar, que iría contra la lógica del principio de división del trabajo. Pero sí existen, de acuerdo con la jurisprudencia y doctrina dominantes, varias hipótesis generadoras de riesgo en las que el médico asume responsabilidades propias.

En primer lugar, cuando resulta obvia o altamente probable la “falta de cualificación en el personal sanitario”. El médico normalmente no elige a su personal auxiliar (sobre todo en centros públicos) y, por tanto, no pesa sobre él un deber de diligencia en la selección del personal (culpa *in eligendo*). Ahora bien, el trasunto de dicha culpa cuando no hay capacidad de selección es el específico deber de vigilancia e instrucción en casos de “nueva incorporación de personal auxiliar”. Deberá, el superior, antes de delegar determinadas funciones, cerciorarse de la competencia de dicho auxiliar. Esto tiene, a su vez, muchas matizaciones, que en el seno de esta ponencia no pueden hacerse.

En segundo lugar, al médico conciernen los peligros derivados de “fallos en la comunicación”. Aquí existen deberes de vigilancia por ambas partes (supra y subordinado). Y también puede darse una regla genérica: en principio del médico puede confiar en una comunicación correcta y adecuada si se trata de instrucciones sencillas. Si hay peligro de fallo en comunicación, por tratarse de indicaciones novedosas sobre nuevas terapias o medicamentos o porque, nuevamente, el personal sanitario es inexperto, entonces se acrecientan las exigencias del deber de diligencia del médico.

En tercer y último lugar, las deficiencias en la coordinación y organización cuando sean competencia del médico. Los fallos provenientes de defectos de coordinación y organización son responsabilidad de a quien compete tal tarea, sin que puedan ser imputados los resultados que se deriven por tal defecto al personal sanitario auxiliar o al médico que no interviene en el diseño. También aquí pueden —deben— hacerse muchas otras matizaciones.

Ramón García Albero  
Catedrático de Derecho Penal  
Universitat de Lleida

# La responsabilidad del médico

Vivimos en una sociedad reclamadora, en una sociedad que no puede soportar ni la muerte ni la enfermedad, porque las considera un fracaso, y el hombre del siglo XXI, que domina la ciencia, la técnica y las comunicaciones, no puede ni fracasar, ni mucho menos equivocarse. Si enferma o muere es que existe un error, siempre atribuible a una persona, que, además, debe pagar. Este pago no sólo puede ser económico o dinerario, sino que a veces se exige una responsabilidad personal a su autor, responsabilidad personal que puede incidir en la cárcel y la inhabilitación profesional.

En los Estados Unidos de América los errores médicos constituían, en 1997, la octava causa de muerte, por encima de las causadas por accidentes de tráfico, cáncer de mama o sida.

En España, como en la mayoría de los países de nuestro entorno, no disponemos de estadísticas comparables a las de Estados Unidos que nos permitan conocer cuántas muertes causan los errores médicos, tanto en el sector público como en el privado, pero se ha apuntado que si se calcularan se obtendrían resultados similares. De ser así, los errores médicos causarían cerca de 6.000 muertos al año, según la última estadística sobre defunciones por causa de muerte correspondientes al año 2001 del Instituto Nacional de Estadística (información publicada por el diario *El País* en su edición de 19 de junio de 2001).

Tampoco existen datos oficiales sobre el número de denuncias en nuestro país de posibles errores médicos. No obstante, la Asociación el Defensor del Paciente (Adepa) cifra en no menos de 70.000 las denuncias sanitarias en el año 2003, de las cuales alrededor de 2.400 casos denunciados habrían tenido como resultado la muerte del paciente debido a alguna negligencia médica o irregularidad sanitaria, que supondrían un incremento del 21% respecto al año anterior. Lo anterior se traduce en un incremento de los procesos judiciales y en el desarrollo de una jurisprudencia sobre responsabilidad civil medicosanitaria cada vez más nutrida. Así lo demuestra el hecho de que sólo en los últimos ocho años la Sala Primera del Tribunal Supremo ha decidido más de dos centenares de recursos de casación en la materia.

El médico puede, como cualquier ciudadano, responder de sus acci-

ones por dos vías: la penal y la civil. Superada la responsabilidad penal que implica el desconocimiento y el olvido de las normas mínimas del buen hacer profesional que genera la imprudencia grave o leve, según los casos, debemos ahondar en el estudio de la R.C. (responsabilidad civil) del médico. Se trata de la más común y en la que podemos encontrarnos todos en algún momento de nuestra vida profesional, ya que las facultades de acierto, certeza, diagnóstico y farmacología no siempre nos acompañan, porque somos humanos y falibles.

La regla más importante de la convivencia humana es "no causar daños a los demás", y el castigo por efectuarlo es que el autor del daño se encuentre en la obligación de indemnizar o reparar los perjuicios causados a la víctima. Esta responsabilidad puede derivar de un contrato sanitario, responsabilidad contractual —piénsese en las consultas privadas y en la existencia de un contrato sanitario entre clínica y paciente en la institución u hospital donde un médico trabaja—, o de la existencia del hecho de que en una actividad medicosanitaria donde no existe contrato entre el médico y el paciente surge un evento dañoso porque el médico ha infringido las normas y la responsabilidad extracontractual.

Todas y casi todas las asistencias médicas son contractuales, porque siempre existe un contrato entre facultativo y paciente, aunque éste sea solamente oral. Como hemos dicho antes, el contrato puede existir directamente con el médico o indirectamente con la institución u hospital donde el médico presta sus servicios.

El caso típico de R.C. extracontractual es cuando a un médico le requieren sus servicios para atender a un paciente encontrado en la calle y éste, después de atenderle, ordena su ingreso en un centro hospitalario sin que el mismo recupere la conciencia, muriendo sin hacerlo. Si el paciente se recupera y admite que le sigan tratando el médico y el hospital que han atendido su caso de urgencia ya pasa a tener con los mismos un contrato sanitario oral, en cuyo caso nos hallaríamos ante una responsabilidad contractual.

En conclusión, la R.C. extracontractual se diferencia de la contractual en que aquella presupone un daño con independencia de cualquier relación jurídica precedente entre las partes



Josefa Soler

y la segunda presupone una relación preexistente, generalmente un contrato, y de ahí su calificativo de contractual.

## Requisitos para que exista responsabilidad

Acción u omisión: daño real y efectivo, bien sea patrimonial o moral; relación de causa a efecto y culpa o negligencia (Sentencia T.S. de 8 de febrero de 2000).

### ACCIÓN U OMISIÓN

La acción u omisión deben derivar de un acto médico. Aunque es fácil definir qué es un acto médico, debe considerarse que tiene dos nociones básicas:

- Que esté ligado a la profesión médica.
- Que esté directamente vinculado a la actividad curativa.

La ciencia médica incide sobre la salud de las personas, y este logro no puede estar siempre garantizado. Por ello, la obligación del médico es de terapia o acompañamiento, lo que el derecho llama de medio, pero nunca esta obligación puede ser de resultado, ya que es imposible garantizar la salud y la curación como resultado definitivo después de una actividad sanitaria.

Solamente existe un caso en el que la obligación del médico se transforma

de terapia de medios o acompañamiento a obligación de resultado. Es el caso de la llamada "medicina satisfactoria", que es la estética, la odontología, en muchos casos, la vasectomía y la cirugía oftalmológica de corrección de dioptrías.

La obligación de medios que tiene el médico se debe de poner en relación con el criterio de la *lex artis*, que exige que la conducta del profesional sanitario como experto ponga a disposición del enfermo todos los medios materiales de que dispone y que prevea, de forma anticipada, las posibles complicaciones y evolución de la patología que trata de curar (Sentencia del T.S., de 5 de febrero de 1999).

La obligación del médico en medicina curativa o terapéutica comprende:

- La utilización de cuantos medios conozca la ciencia médica de acuerdo con las circunstancias del enfermo concreto.
- La información en cuanto sea posi-

La obligación de medios que tiene el médico se debe de poner en relación con el criterio de la *lex artis*

Los requisitos de responsabilidad son: acción u omisión, daño, relación de causalidad y culpa o negligencia

ble al paciente o a sus familiares del diagnóstico, pronóstico, tratamiento y riesgos muy especialmente en intervenciones quirúrgicas.

### DAÑO

El daño es un elemento fundamental para la exigencia de la responsabilidad patrimonial. Por ello, la finalidad de esta institución jurídica es, precisamente, reparar o resarcir el daño producido.

### RELACIÓN DE CAUSALIDAD

Para que exista responsabilidad médica, no basta sólo con que se acredite un daño, sino que éste haya sido causado por la conducta negligente del profesional sanitario. La jurisprudencia repite constantemente que la víctima de un daño debe probar la relación de causalidad entre la acción del médico y el daño resultante.

Cuando hablamos de la relación de causalidad como presupuesto de la responsabilidad quiere decir que el acto del obligado a indemnizar debe ser la causa o una de las causas de la producción del resultado dañoso con una relación de causa a efecto. En general, tanto la doctrina como la jurisprudencia se decantan por aceptar la teoría de la causalidad adecuada como la más acertada, de modo que se considera como causa del daño el antecedente que es posible o probable, según las reglas por las que se produjera.

Se trata, pues, de determinar en qué medida el resultado dañoso por el que se reclama puede imputarse con la oportuna relación de causalidad a la actuación del médico y no a la natural evolución del estado de salud del paciente. No se olvide que la obligación del médico es sólo poner los medios adecuados y la atención debida, no pudiendo hacerse responsable del resultado que puede producirse.

El artículo 1105 del Código Civil dispone: "Nadie responderá de aquellos sucesos que no hubieran podido preverse o que previstos fueren inevitables." Dicho precepto contempla como extinción de responsabilidad por ruptura del nexo causal los casos fortuitos y los de fuerza mayor.

Por lo demás, no deben olvidarse también aquellos casos en los que se rompe el nexo causal, tanto por la intervención de terceros como del propio perjudicado. Son estos supuestos en los que el paciente no sigue el

tratamiento médico prescrito o solicita el alta voluntaria.

Hemos dicho que es el paciente el que debe probar la imprudencia del médico. Ahora bien, últimamente han entrado manifestaciones jurisprudenciales diferentes que invierten la carga de la prueba.

### CULPA O NEGLIGENCIA

Es el elemento fundamental, junto con la relación de causalidad, para determinar la existencia de la responsabilidad dentro del ámbito sanitario, puesto que es el elemento identificador básico de reclamación que se cursa por la vía civil, de aquellos otros que se tramitan por otras vías jurisprudencial que insisten en la necesidad de que se acredite la negligencia imputable al médico que intervenga en el proceso curativo del enfermo que tiene a su cuidado (responsabilidad subjetiva o del sujeto).

Y, por otro lado, en la imposibilidad de aplicar dentro del ámbito de la responsabilidad sanitaria civil criterios objetivos (responsabilidad sin culpa) que sí son predicables ante otras jurisdicciones, concretamente, la contencioso-administrativa.

Como muestra de esta línea jurisprudencial, cabe citar la sentencia del Tribunal Supremo, con fecha 12 de marzo de 1999 (Sentencia 204/99), que, tras insistir en que la obligación contractual o extracontractual del médico o del



profesional sanitario es sólo de medios y que no

se puede exigir la garantía de la recuperación o sanidad del enfermo y que únicamente es exigible la obligación de proporcionarle los cuidados que requiera según el estado de la ciencia, dice: "En la conducta de los profesionales sanitarios queda descartada toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba, admitida por esta sala para los daños de otro origen, estando, por tanto, a cargo del paciente la prueba de la culpa o negligencia correspondiente, en el sentido de que ha de dejar plenamente acreditado en el proceso que el acto médico o quirúrgico enjuiciado fue realizado con infracción o no sujeción a las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo (*lex artis ad hoc*).

Actualmente, existen propuestas doctrinales y jurisprudenciales que alivian esta carga de la prueba en el procedimiento, invirtiendo la misma sobre los profesionales, que son quienes deben demostrar su buen hacer en el acto médico.

Las doctrinas antedichas pueden resumirse de la siguiente manera:

- 1 - La aplicación de la prueba de presunción en favor del paciente demandante.
- 2 - El criterio de la probabilidad estadística.
- 3 - La doctrina de la pérdida de oportunidad de curación.
- 4 - Los principios de disponibilidad y facilidad probatoria.
- 5 - La doctrina de los daños desproporcionados, el principio de "las cosas hablan por sí mismas" y la doctrina de la causalidad virtual.

- 6 - Como última cuestión importante dentro de los temas que hemos tratado hasta ahora, nos resta referirnos a la influencia que pueda tener en la existencia o no de la responsabilidad patrimonial el hecho de que por el paciente se haya prestado previamente el correspondiente consentimiento informado.

### a) DERECHO Y DEBER DE INFORMACIÓN

Según establece el art. 10.5 de la Ley General de Sanidad, entre los derechos del paciente está el que se refiere a que "se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico y alternativas de tratamiento". El apartado 6 del mismo precepto recoge el derecho a la libre elección entre las diversas opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el consentimiento por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención. Este precepto debe ponerse



# Actitud del médico ante una demanda

La profesión médica del siglo XXI debe asumir unos retos sin precedentes

Ante una demanda, el médico siente reducida su autonomía

En los últimos años, las reclamaciones contra médicos por presunto error, imprudencia, negligencia o por daños en una actuación médica están experimentando un aumento en España que, sin llegar a los niveles de EE. UU. y otros países anglosajones, están provocando un aumento de la sensibilidad sobre la profesión médica. Es indudable que la práctica médica actual es cada día más especializada, conlleva unos procedimientos diagnósticos y terapéuticos con riesgo que, junto a una serie de factores que conlleva la sociedad del bienestar, experimenta cambios tecnológicos y científicos rápidos e intensos. Todo ello fomenta la creencia de que cuanto mayor es el alcance técnico de la medicina, mejores resultados se producen. Pero la profesión médica del siglo XXI vive un momento crítico en el que debe asumir unos retos sin precedentes para cumplir, no sólo el cambio de expectativas de los pacientes, sino, también, los nuevos requisitos públicos y políticos de calidad, seguridad y control de costos.

En este contexto, los médicos encuentran más dificultades para ejercer su trabajo y la buena relación médico / paciente, que sigue basándose, fundamentalmente, en la mutua confianza, se ve distorsionada hasta derivar en situaciones de conflicto que, no hace mucho, nadie hubiera imaginado. Han surgido fenómenos nuevos como los incidentes de violencia contra los médicos en su lugar de trabajo o la presencia médica en los medios de comunicación, no siempre difundiendo la mejor imagen de la profesión. Y, en este contexto, cada día se presentan un mayor número de quejas y reclamaciones. En muchas ocasiones éstas terminan con denuncias o demandas contra el médico, el centro asistencial o la administración sanitaria en los juzgados y tribunales españoles.

En esta tendencia, en 1999, con la publicación del informe del Institute of Medicine (IOM) *To err is human: building a safer health system*, se deja al descubierto que los errores médicos causan, al menos, entre 50.000 y 100.000 muertes cada año en Estados Unidos. Inmediatamente, y aún hoy —diez años más tarde de aquel informe—, la seguridad del paciente y la calidad del acto médico se convierten en objetivo prioritario de las agendas políticas y sanitarias no sólo norteamericanas: la gestión de riesgos

satisfacer, porque la ciencia médica no es una ciencia segura y —eso sí— es cada día más multidisciplinar, tecnicada y compleja, a la vez que se atiende a un paciente más preparado con mayor conocimiento y conocedor de los derechos que en la sociedad actual lo amparan.

Los actos derivados del ejercicio profesional del médico pueden dar lugar a distintos tipos de responsabilidad en función del ámbito en que se produzcan<sup>2</sup>. Así, podemos distinguir una responsabilidad penal, civil, contencioso-administrativa y, finalmente, una ético-deontológica y colegial. El médico puede ser penalmente responsable de sus actos cuando el hecho incriminado constituye una infracción voluntaria (dolo), imprudente o negligente (culpa), tipificada como falta o delito en el Código Penal. En el Derecho Civil, es el derecho privado el que regula las relaciones de las personas con los demás, y de las relaciones interpersonales en las que la actividad médica también se halla inmersa surge la responsabilidad médica de tipo civil<sup>3</sup>. La responsabilidad médica civil consiste en la obligación del médico en reparar el daño o perjuicio causado en el ejercicio profesional. La responsabilidad civil nace de la ley, de los contratos y cuasi contratos, y de los actos y omisiones ilícitas o en los que intervenga la culpa o negligencia (artículo 1089 del Código Civil). Comprende la restitución, la reparación del

daño causado y la indemnización de los perjuicios.

En la valoración de la responsabilidad civil, un aspecto muy importante consiste en que la carga de la prueba recae en quien presenta la demanda. Es decir, quien reclama debe probar los hechos que le han causado el perjuicio o daño. A pesar de esto, en ocasiones será el médico quien acredite haber actuado conforme a la *lex artis* y, por ello, la inexistencia de culpa, invirtiéndose entonces la carga de la prueba.

Las actuaciones médicas que acumulan un mayor número de demandas son: la denegación de asistencia o insuficiencia de ésta, la falta de consentimiento o la insuficiencia de éste, los errores diagnósticos o de tratamiento, la falta de seguimiento, la violación del secreto profesional y la falta de información. En este último caso, es destacable que —incluso con la existencia de buena práctica asistencial— la Sala Civil del Tribunal Supremo ha condenado a indemnizar la falta de información del riesgo previsible.

Hay que destacar el aumento de las demandas en la jurisdicción contencioso-administrativa a partir de la reforma legislativa de la Ley Orgánica del Poder Judicial (Ley Orgánica 6/1998), la Ley 4/99 de Modificación de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de la Ley Reguladora de la Jurisdicción contencioso-administrativa (Ley 29/98, de 13

de julio)<sup>4</sup>. Nos encontramos ante una vía de reclamación de daños y perjuicios por presunta atención sanitaria deficiente contra la administración sanitaria o centros contratados o concertados. Cabe la posibilidad.

Con este panorama, ¿qué actitud tienen los médicos ante una demanda? ¿Cuál es su respuesta? La mayoría de estudios coinciden en afirmar que ya sólo la sola posibilidad de ser demandado afecta la actitud del médico personal y profesionalmente hasta el punto que puede llegar a modificar su praxis habitual ejerciendo prácticas —actualmente bien reconocidas— de Medicina Defensiva<sup>5</sup>. Ante una demanda, el médico siente reducida su autonomía y experimenta la necesidad de solicitar pruebas y diagnósticos que, en otro escenario y con muchas probabilidades, no se efectuarían para evitar la exposición del paciente a procedimientos y riesgos innecesarios que, por otra parte, sólo contribuyen a aumentar sensiblemente el gasto sanitario.

Ese es, sin duda, el impacto directo de una demanda en la vida profesional del médico. Sin embargo, uno de los mayores cambios se produce en la actitud y en los sentimientos del médico demandado, que experimentará distintos estados de ánimo que irán de la rabia a la indignación, pasando por distintas sensaciones de indefensión, incompreensión o indefensión. También, sentimientos de culpa o de inseguridad. Todo ello, ya sea antes o después de haber intentado ignorar o negar la realidad hasta el punto de aislarse de sus colegas en el ámbito profesional como en las relaciones personales con sus parejas, familiares y amigos. Con toda probabilidad, al menos inicialmente, se verá alterado el trato del facultativo con sus pacientes<sup>6</sup>.

Numerosos estudios refieren este aislamiento que vive el médico demandado que transforma la interrelación con su entorno personal y profesional, así como las consecuencias negativas que este aislamiento potencia, llegando a situaciones extremas en las que el médico se plantea abandonar la profesión médica o disuade a sus hijos de su intención de estudiar la carrera. O, en algunos casos más dramáticos, la frustración y la depresión llevan al médico al suicidio<sup>7</sup>.

Está claro, pues, que las consecuencias de un litigio por supuesta negligencia son potencialmente negativas para el médico. Sin obviar las repercusiones que una demanda conlleva para los propios pacientes y, como hemos explicado anteriormente al referirnos a la Medicina Defensiva, para la sanidad en general. ¿Qué puede hacer el médico para superar el estrés y la incertidumbre que sufre al



Josep Maria Arimany durant la sessió

en relación con el artículo 11.4 de la misma ley, según el cual, cuando el paciente no esté de acuerdo con el tratamiento previsto puede solicitar el alta voluntaria, debiendo firmar la solicitud de alta, y, en caso de que se negara, la firmará la dirección del centro a propuesta del médico.

En el lado contrario al derecho del paciente a recibir información está el deber del médico a facilitar esa información, deber que se recoge y regula en el art. 10 del Código de Deontología Médica (aprobado por la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial), según el cual:

- Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que puedan comprenderla.

- Deber a respetar la decisión del paciente de no ser informado y comunicar lo oportuno a un familiar o allegado que haya designado para tal fin.

- Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo significativo para el paciente, le proporcionará información suficiente a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas.

Cuando el paciente no esté en condiciones de dar su consentimiento (por minoría de edad, incapacidad, urgencia de la situación y resulte imposible obtenerlo de la familia), el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

## b) CONSENTIMIENTO INFORMADO

El fundamento del consentimiento informado parte de la idea de que la medicina no es una ciencia exacta y que, tal como hemos visto, la obligación del médico es de medios y no de resultados. Por esta razón, el médico que diagnostica no hace más que elegir entre diversas posibilidades sometidas a naturales márgenes de desacierto que excluyen la certeza absoluta del éxito de la práctica médica. Por tanto, someterse a tales márgenes de error sólo puede admitirse como un acto totalmente libre, de ahí la exigencia del consentimiento.

## Josefa Soler Pierola

Advocada, membre de la Comissió del Servei de Responsabilitat Civil del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Luna Yegua A. La prueba de R.C. medicosanitaria. Thomson Civitas.
- Yagües RA. Responsabilidad profesional actos médicos.
- Guerrero Zaplana J. Las reclamaciones por la defectuosa asistencia sanitaria.



ser demandado?

La vulnerabilidad que siente el médico ya sólo ante la amenaza de recibir una reclamación —y tanto más ante la interposición de una demanda por responsabilidad médica— se vería sensiblemente reducida si, en su etapa de formación, hubiera adquirido suficientes conocimientos en los aspectos médico-legales que afectan al ejercicio profesional. Y tanto más si, en ese mismo período, se le hubiera formado en la gestión y el control emocional que entraña la praxis médica diaria que, intrínsecamente, conlleva el riesgo de una demanda por supuesta negligencia médica<sup>3</sup>.

Para tranquilizar al profesional, cabe afirmar que de cualquiera de las estadísticas a las que hemos tenido acceso —y también según nuestros datos—, la mayoría de reclamaciones contra un médico no progresan. Cuando lo hacen, y si existe una mala praxis probada, se resuelven con un acuerdo extrajudicial para compensar y/o reparar los daños causados por un error médico. Y, finalmente, las estadísticas confirman que las denuncias en el ámbito penal que atraviesan las puertas del juzgado muy raramente obtienen una sentencia condenatoria.

Recientes estudios apuntan la tendencia de que no todas las reclamaciones tienen la sólida base de una mala asistencia sanitaria, ni mucho menos de un error o negligencia médica. En general, en otros países como Estados Unidos cualquier médico ha de afrontar alguna reclamación a lo largo de su carrera, y no por ello son peores médicos. A menudo, y así lo confirman los investigadores, influye la buena o la mala relación médico/paciente, y de ahí que, para evitar una demanda,

además de mantenernos permanentemente actualizados con los cursos de Formación Médica Continuada (FMC), de seguir las guías y los protocolos de práctica clínica, nos esforcemos en la mejora de nuestras capacidades y habilidades de comunicación para interrelacionarnos con nuestros pacientes.

Si aun así hemos de afrontar una reclamación, mantengamos la calma, aceptemos lo que ha sucedido, pero intentemos situarnos a cierta distancia de la situación. Y tan pronto tengamos conocimiento de la demanda de nuestro paciente —o aunque sólo se nos haya planteado la amenaza—, contactemos con los asesores jurídicos de nuestro seguro de Responsabilidad Profesional Médica (RPM) para que, tras aportar toda la información y documentación que afecta al caso, valoren la dimensión real de la demanda y podamos seguir los consejos de expertos peritos médicos y abogados especialistas en derecho médico. Queremos aclarar que hemos dicho “toda” porque se ha observado que ante una reclamación algún demandado tiende a “ocultar u omitir” información. También puede caerse en la tentación de falsearla, y se cometería un grave error. El médico demandado debe confiar plenamente en el equipo médico legal que defenderá, no ya su inocencia, sino la buena praxis médica del profesional. Esa confianza revierte, sin duda, en beneficio de la defensa del caso en el proceso de la demanda, que puede ser largo cuando opta por la vía penal. Esta es, al menos, preocupados por el estrés que sufre el médico ante una demanda legal, la experiencia que tenemos desde el Servicio de Responsabilidad Profesio-

nal (SRP) del Consell Català de Col·legis de Metges (CCMC) y es el consejo que podemos dar a los médicos para minimizar el impacto que puede tener una reclamación sobre su salud emocional y su buena praxis diaria.

**Josep Maria Arimany Manso**

Director del servei de responsabilitat professional del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

**REFERENCIAS**

Peter J. Pronovost, Elizabeth Colantuoni, Measuring Preventable Harm: Helping science keep peace with policy JAMA. 2009;301(12):1273-1275.  
 Medallo J, Pujol A, Arimany, J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. Medicina Clínica. Barcelona. 2006;126(4):152-6.  
 Jiménez, M. Legislación/derecho sanitario. Introducción al derecho. Barcelona: Jims. 1993.  
 Gomàriz R. La valoración medicoforense de la responsabilidad sanitaria en la jurisdicción contenciosa administrativa. En: Llibre de Ponències de les Cinquenes Jornades Catalanes d'Actualització de Medicina Forense. Barcelona: Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. 2001:81-9.  
 Arimany-Manso, J. La Medicina Defensiva, un peligroso boomerang, Humanitas Médica 2007:12, febrero. Tema Online del Mes.  
 Wenokur B, Campbell L. Malpractice Suit Emotional Trauma, JAMA 1991;266(20):2834-2834.  
 Kerr CD. The personal cost of medical malpractice, MJA 2004;181(7):384-385.  
 Hobbs T, Gable GK. Coping with litigation stress, Physician's News Digest 1998, october.

**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 36 24 92**  
 Telèfon Lleida: **973 27 38 59**

# Advocacions i metges lleidatans relacionats amb l'Oftalmologia

**Principals advocacions relacionades amb les malalties dels ulls**

Era la creença de l'home primitiu que les malalties eren conseqüència de l'acció de poders malèfics sobrenaturals, de manera que solament altres poders protectors de la mateixa naturalesa serien capaços de curar-les. Existeixen determinats llocs, com ara coves, abrics, fonts o rocams, amb tanta atracció sobre l'home que han estat capaços de persistir durant mil·lennis com a centres de pelegrinatge. Ens referim als santuaris, molts dels

Existeixen determinats llocs, com ara coves, abrics, fonts o rocams, amb tanta atracció sobre l'home que han persistit durant mil·lennis com a centres de pelegrinatge

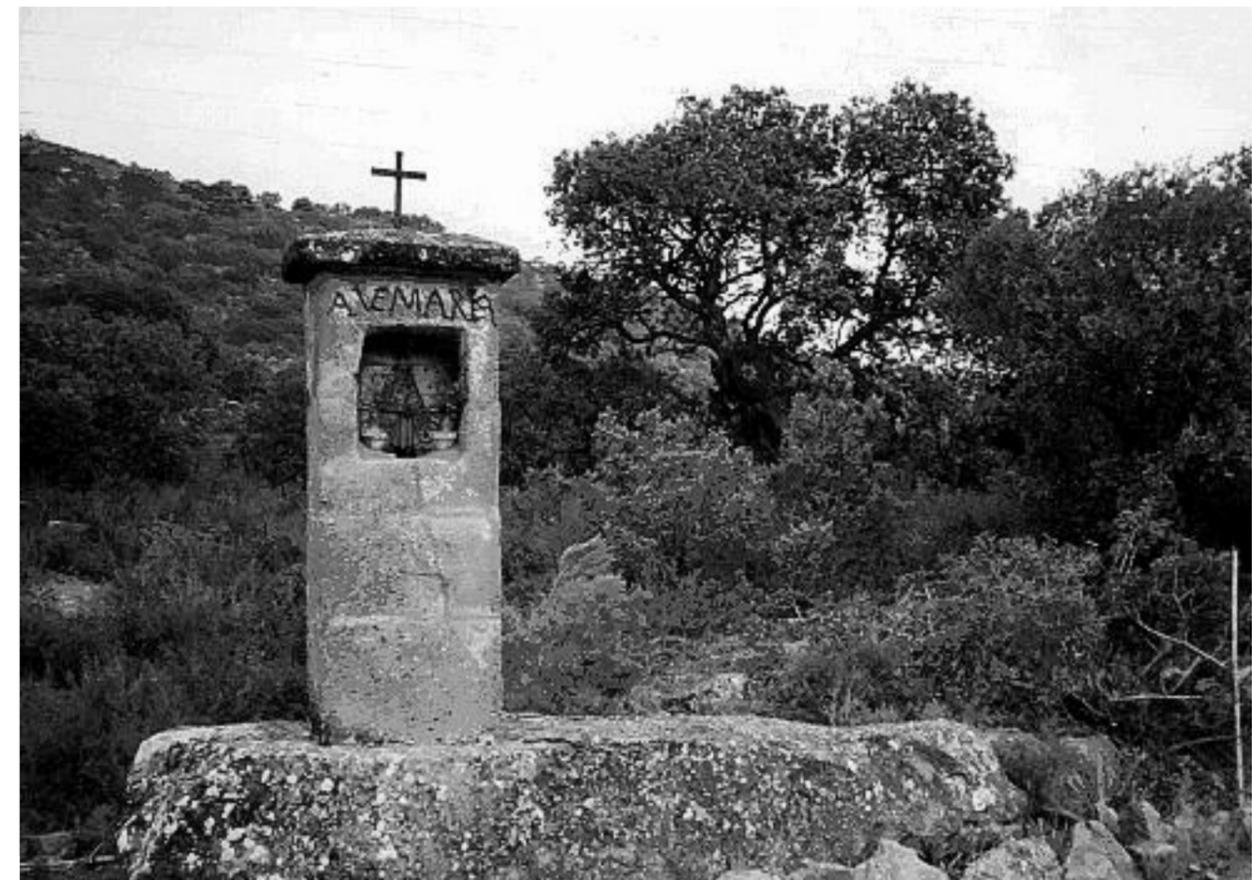
quals tenen els seus orígens en altres d'anteriors de culte pagà dedicat a alguna divinitat gentilícia.

La reiterada coincidència de troballes prehistòriques en aquests i en el seu entorn així ens ho confirma. Amb l'arribada del cristianisme, van reemplaçar aquella divinitat pagana per una altra de cristiana, generalment una marededéu, origen de la majoria de les marededéus trobades. Les marededéus trobades són aquelles que el poble creia que havien estat amagades en un temps molt reculat per evitar el perill que fossin profanades pels moros.

Es dona la circumstància que la imatge trobada mai no volia moure's del lloc de la troballa, de manera que tots els intents de traslladar-la a un altre lloc més adient per ser venerada fracassaven i, misteriosament, retornava a l'indret on havia aparegut. És una prova evident que era precisament aquell indret o paratge el que, des de sempre, havia estat objecte d'atracció i culte.

Moltes de les pràctiques paganes que s'hi feien van continuar arrelades profundament en l'esperit del poble. Amb la cristianització, el lloc privilegiat va persistir i, fins i tot, també alguna d'aquelles pràctiques emprades per a la curació de malalties.

A les nostres terres disposem de molts d'aquests llocs de culte que han



Santuari de Refet

estats motius de pelegrinatge des de temps immemorial a causa de la perseverança dels sofrents a acudir-hi per cercar el remei que per altres mitjans no aconseguïen. Amb referència als santuaris relacionats amb el camp de l'oftalmologia o, emprant el llenguatge popular, el "mal d'ulls" o malalties de la vista, solen coincidir les dues circumstàncies, és a dir, les troballes prehistòriques en llocs de tradició guaridora.

En un treball anterior publicat en el número 34 d'aquesta revista, ja vam estudiar alguns santuaris invocats en les malalties de la vista: la Mare de Déu de Butsenit, Sant Joan de Juncoosa i la Cova Fosca o de la Mare de Déu de l'Albi, i els santuaris de Refet (terme de Seró) i de les Esplugues (terme de Conques), dedicats a Santa Llúcia.

Aquesta santa gaudeix d'una capella a l'església de Sant Llorenç de la ciutat de Lleida, on es conserva el magnífic retaule de pedra de la santa, de mitjan segle XIV, possiblement la millor obra de l'escultor Bartomeu Rubió. També a l'actual fossar del Palau d'Anglesola es troba l'hermita de Santa Llúcia. Uns folis continguts a l'arxiu parroquial de Bellpuig, de l'any 1592, ens permeten saber que ja feia anys que l'hermita estava abandonada. Més tard, es va reprendre el culte arran d'una reial cèdula de l'any 1787.

El contingut d'una visita pastoral a Sunyer el 12 de març de 1716, diu: "En los terminos de dicho lugar una hermita baxo la imbocacion de Santa Luzia la que por razon de las guerras ha estado muy derruida, y reparandola como la reparan en el estado de nuestra visita les concedimos licencia para poner un hermitaño."

Hi ha altres advocacions per a les malalties de la vista. Als goigs de la Mare de Déu de Montmagastrell (poblet agregat a Claravalls, del partit judicial de Cervera), s'hi llegeix: "Als cegos vista doneu i a tot malalt sanitat". Als del Sant Crist de l'Hort, de Bellpuig, s'hi llegeix: "Al cego, contret, lagat lo curau si en vos confia", etc.

**Dos metges lleidatans medievals amb obra oftalmològica**

Durant l'edat mitjana, l'oftalmologia va ser exercida preferentment per metges jueus. El capítol més important era la cataracta.

El 1415, amb la pragmàtica sanció de Ferran I (1412-1416) i la butlla de Benet XIII, els jueus van perdre els privilegis que els havia atorgat Jaume II (1291-1327). A Lleida, la situació es va normalitzar el 1430 gràcies a Alfons V (1416-1458), el qual va atendre les reclamacions dels jueus i en va confirmar els privilegis anteriors.

Les autoritats lleidatanes, però, que sempre havien discrepat de les disposicions permissives del rei Alfons el Magnànim, van acudir a la interven-



Detall del balcó de l'Ajuntament de Cervera

ció de la seva esposa, la reina Maria d'Aragó, i van aconseguir que dictés unes noves ordenances molt restrictives, la qual cosa va provocar que la Cuirassa de Lleida (call) s'anés despoblant. Una d'aquestes disposicions ordenava que cap metge jueu pogués visitar ni subministrar medicines a cap cristià. Aquest fet en limitava extraordinàriament l'exercici professional, i més si tenim en compte que aquestes restriccions provocaven el despoblament del call. No els restava cap altre remei per poder viure que canviar de residència i anar-se'n a llocs on no existís cap limitació.

Davant unes lleis tan restrictives per als jueus de Lleida, els tres germans Abenrabí —Dolç, Ezmel i Cresques— van optar per traslladar-se a Saragossa. Cresques Abenrabí, conegut també com Cresques Abiatar, o simplement Cresques o Abnabari —actualment, a Lleida hi ha el carrer del metge Abiatar—, va estudiar Medicina, tal com havia fet el seu germà. Acabats

els estudis, va sol·licitar del rei Joan II (1458-1479) la preceptiva autorització per examinar-se i poder exercir, cosa que li va ser acceptada. Aviat va adquirir fama com a metge, igual que el seu germà.

Amb els anys, la situació a la Cuirassa lleidatana havia canviat i Cresques va decidir establir-se a Lleida, la seva ciutat natal. Es va especialitzar en el tractament de les malalties dels ulls i la seva cirurgia.

A Cervera havia conegut mestre Johan, metge jueu francès que es dedicava a visitar els malalts dels ulls, especialment els que patien cataractes. Cresques va adquirir molta pràctica en aquest camp i per això el mateix rei Joan II (1458-1479), que el 1468 va perdre la vista, va sol·licitar-ne els serveis.

Atenent les dates més favorables segons l'astrologia, li va agullar la cataracta dreta l'11 de setembre de 1468. Li va assenyalar la data de la intervenció de l'ull esquerre per al dimecres

12 d'octubre, a les 3.30 hores després del migdia, tot i que unes condicions astrofòriques tan favorables no es donarien fins al cap de 12 anys. En la carta on li fixava aquesta segona data li va dir que, com el rei ja sabia, ell era dels metges que defensaven amb més força la intervenció de la cataracta amb l'agulla i que valia la pena sotmetre's a algun perill per adquirir una tan excel·lent cosa com és la vista.

L'altre metge medieval important que comentaré, però amb exercici a Montpeller, va ser Joan Jaume. Es creu que va néixer a Lleida a principis del segle XIV, on va estudiar Medicina. Se'l coneix com Joan Jaume de Montpeller, pel fet d'haver estat professor de la seva Facultat de Medicina. El 1364 va ser nomenat canceller d'aquella Universitat.

El seu pare, mestre Jacme, era un metge conegut de Lleida que va arribar a visitar el rei Jaume II (1291-1327) quan es trobava malalt a Calataiud. El fill, Joan Jaume, va ser metge del rei d'Aragó i dels papes Urbà V (1370), Gregori XI (1372) i Climent VII (1384), i també del rei de França Carles V. Precisament, a instàncies d'aquest rei, va escriure el llibre *Secrets de la pràctica de la medecina*.

Va traduir, de l'àrab al català, el manuscrit de Salomó, fill d'Arit Alcoatí, titulat *De la figura de l'ull*, del qual es conserva un exemplar a la biblioteca de l'Arxiu Capitular de Saragossa. Alcoatí, metge cristià fill de Toledo, malgrat el seu nom àrab, va començar a escriure aquesta obra l'any 1159, quan es trobava a la ciutat de Toledo en poder del rei Alfons de Castella. Allí, va escriure dos capítols. L'any següent, el 1160, se'n va anar a Sevilla en poder de l'emir d'aquell territori, home molt amant dels oftalmòlegs, el qual li va pregar que acabés el llibre, cosa que va complir aquell mateix any.

Joan Jaume explica en el pròleg de la seva traducció que va comprar l'original àrab d'Alcoatí i el va traduir al català. Hi va afegir, amb la finalitat d'ampliar-lo, una petita obra de Galè d'oftalmologia que va titular "De les lletres que Galè va trametre a Coris, el mestre de les malalties dels ulls i de les cures" i també un "Tractat de la composició anatòmica dels ulls". Joan Jaume va escriure més manuscrits, un dels quals va ser un tractat de pestilència, que es conserva a la Biblioteca Universitària de Barcelona.

Estava casat amb Maria. El papa Gregori XI els va enviar el 1378 una indulgència *in articulo mortis*. Aleshores encara era canceller de la Universitat de Montpeller. El 4 de maig de 1384, any de la seva mort, una almoïna de Montpeller li va comprar una casa.

Alcoatí va considerar l'obra una compilació dels coneixements que es tenien de l'ull i les seves malalties i cures. Era un metge cristià, que creia

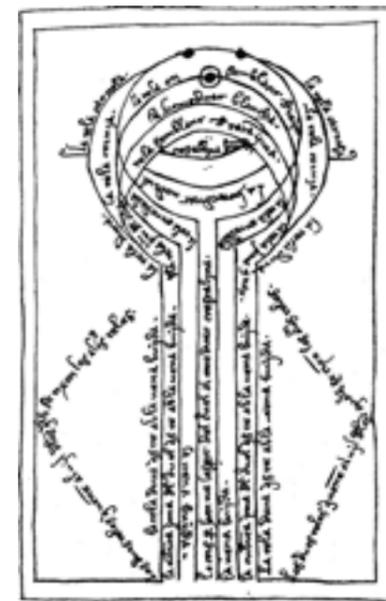
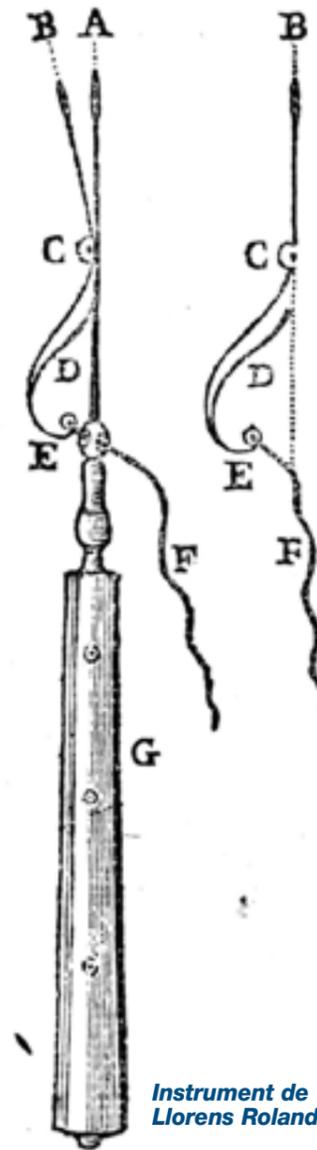


Figura de l'ull segons Arit Alcoatí



Instrument de Llorens Roland

profundament en la creació de tots els nostres òrgans per obra de Déu. Va dibuixar la figura de l'ull i va dir que amb el seu dibuix tothom podria entendre la disposició de les teles i de les humitats que el componen.

Defineix l'ull com un òrgan compost de teles, humitats, lligaments, venes i nervis. Segons els filòsofs, és el més simple dels sentits i correspon al foc, el més noble, fort i altiu dels elements. Té la capacitat de sentir els colors i les figures i de guardar el cos dels mals que li vénen de fora. A més, amb la vista l'home s'alegra la vida.

L'anatomia de l'ull no era descrita igual per tots els autors, sobretot quant al nombre de teles que el componen. L'opinió d'Alcoatí és que el formen set teles (enredada, prima, dura, teranyina, gra de raïm, còrnia i encarnada), tres humitats (cristal·lina, vitrellina i blanca) i les dues venes buides. Ho descriu tot minuciosament, com ho fa també amb les seves malalties.

Un tema interessant és el de les malalties de la tela còrnia, com les úlceres o plagues, les veixigues, les desfetes, etc. Però que són les desfetes? Realment el context no permet conèixer-ne el concepte mèdic d'una forma precisa. Utilitza la paraula *desfeta* en el capítol de les úlceres, que poden ser més o menys profundes. Pel context sembla entendre's que si les úlceres són brutes van acompanyades de moltes sedes i desfetes, fins al punt que si duren algun temps, es cola a través seu la humitat de l'ull, transformada, d'aquesta manera, en apostema. Per tant, sembla que la desfeta forma part del procés de formació de l'apostema (abscess).

Alcoatí descriu un col·liri anomenat greg, copiat del llibre de Joannici (808-873), que és eficaç contra les desfetes blanques, les quals es poden tenyir amb el "col·liri de les magranes". També prescriu, per a les desfetes grosses, posar a l'ull femta d'oreneta pastada amb mel.

El que sí que és cert és que hi ha diverses oracions populars, de contingut diferent segons el lloc geogràfic, que serveixen per guarir la desfeta. Per exemple, a Vilanova de la Barca, hem sentit el següent eixarm: "La mare de Sant Simeó / Que de nom se diu Prefeta / Perquè li diuen Prefeta? / Perquè cura la desfeta / Clara és la Lluna / Clar és el Sol / curaume la vista / per si en cas Déu vol."

En l'última part del manuscrit, Alcoatí recull diverses medicines particulars i compostes per curar les malalties dels ulls. També descriu com s'han de premer i cremar les medicines que componen els col·liris i un secret de Galè per picar o moldre les medicines.

**El lleidatà Domingo Vidal i el Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona**

El 1760 van començar les classes al Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona, fundat i dirigit per Pere Virgili, encara que l'edifici no es va inaugurar fins al 29 de març de 1764. Els estudis duraven cinc anys i les malalties dels ulls s'estudiaven al cinquè curs.

El 1795 es va canviar el pla d'estudis de Pere Virgili pel nou pla de Gimbernà. A partir d'aleshores els estudis duraven sis cursos i l'oftalmologia s'estudiava al tercer (una hora diària durant un mes) i al quart (una hora diària durant quatre mesos).

Les titulacions tenien diferents categories i el Col·legi també donava alguns títols específics, com el de llevadora, el d'oculista i el de dentista. El Col·legi de Barcelona va adquirir a França una col·lecció d'ulls de porcellana que reproduïen les afeccions oculars més freqüents.

El doctor Josep M. Massons ha estudiat a fons el Col·legi de Cirurgia de Barcelona i ha observat que hi havia llocs de Catalunya on els seus fills acudien a estudiar al Col·legi amb especial freqüència. Eren la Seu d'Urgell, Anglesola i les Borges Blanques, tots tres de Lleida.

Un dels estudiants del Col·legi va ser el lleidatà Domingo Vidal, nascut a Vilaller (Pallars Jussà) el 3 d'abril de 1741 i mort el 22 de setembre de 1800. Es va llicenciar el 1780 i va acabar exercint al Col·legi com a bibliotecari i catedràtic.

Va destinar les seves obres a l'ensenyament dels seus alumnes, una de les quals, publicada el 1785, va ser el *Tratado de las enfermedades de los ojos para instrucción de los alumnos del Real Colegio de Cirugía de Barcelona*. El llibre va ser el producte del curs que va impartir als alumnes del Col·legi sobre les malalties dels ulls, que si bé eren les més comunes, eren les menys conegudes. A excepció de les institucions quirúrgiques del cirurgià alemany Lorenz Heister (1683-1758), no hi havia res més en el repertori espanyol que tractés el tema amb extensió.

La composició del llibre es va basar en la pràctica que tenia Vidal sobre la matèria i en el recull de coneixements de diversos autors, sobretot de Deshais Gendron, al qual havia traduït pel fet de semblar-li el més exacte i metòdic. Va dividir les malalties en set seccions: malalties de les parpelles, dels angles dels ulls, les situades entre el globus i les parpelles, les del globus, les de les membranes, les dels humors i les dels nervis òptics.

De cada malaltia en va estudiar les causes, el diagnòstic, el pronòstic i el tractament. Quant a aquest últim, va procurar elegir les fórmules més simples i eficaces des del punt de vista de l'exercici del cirurgià a la capçalera del malalt. Té un interès especial el tractament de la cataracta. En aquest

sentit, Vidal va traduir les reflexions de del cirurgià anglès Percival Pott (1714-1788), el qual discrepava que per operar-se, la cataracta havia de ser madura (cristal·lí dur), tal com opinaven els antics.

Quan Vidal va redactar el llibre, s'havia posat de moda extreure la cataracta en lloc d'abatre-la amb l'agulla, perquè es considerava un mètode més segur, fàcil i eficaç. La majoria de cirurgians, sense cap mena de reflexió, s'inclinaven a favor de la moda i extreïen la cataracta. Percival Pott, si bé no tenia preferència per cap dels dos mètodes, estava convençut que l'extracció comportava més perills i més greus que l'abatiment.

Domingo Vidal, per confirmar aquesta opinió favorable a l'abatiment, manifestà que eren molts els cirurgians espanyols que s'inclinaven a favor d'aquest mètode, com el mateix Llorens Roland, director del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona. També era de la mateixa opinió el cirurgi de París i membre honorari del Col·legi Josep Lante.

Vidal va acabar el tema amb l'anomenada cataracta membranosa, complicació que es pot presentar després de l'abatiment de la cataracta. Per evitar-ho, va proposar un instrument que al mateix temps pogués abatre el cristal·lí i extreure'n la membrana. Aquest instrument tan útil com desconegut l'havia inventat feia més de 30 anys Llorens Roland quan era primer ajudant de cirurgià major de la Reial Armada de Cadis.

#### Els primers oculistes lleidatans del segle XX

En la nostra recerca dels segles XVII i XVIII, als llibres parroquials de Sant Joan de Lleida, no hem trobat oculistes. Solament al segle XIX, en el mateix

arxiu de Sant Joan, hem descobert cinc especialistes: dos oculistes, dos obstetres i un dentista.

Un d'aquests oculistes és Dionisio Arrugaeta Garay, que apareix documentat el 22 de juliol de 1887 en el llibre de matrimonis com a metge cirurgià oculista, natural de Sevilla i veí de Lleida. L'altre és Eduardo Zaragoza Ametller, documentat com a oculista en el llibre d'òbits, el 12 de juliol de 1897, data de la seva mort a causa d'asfíxia per submersió al Segre, a l'edat de 36 anys.

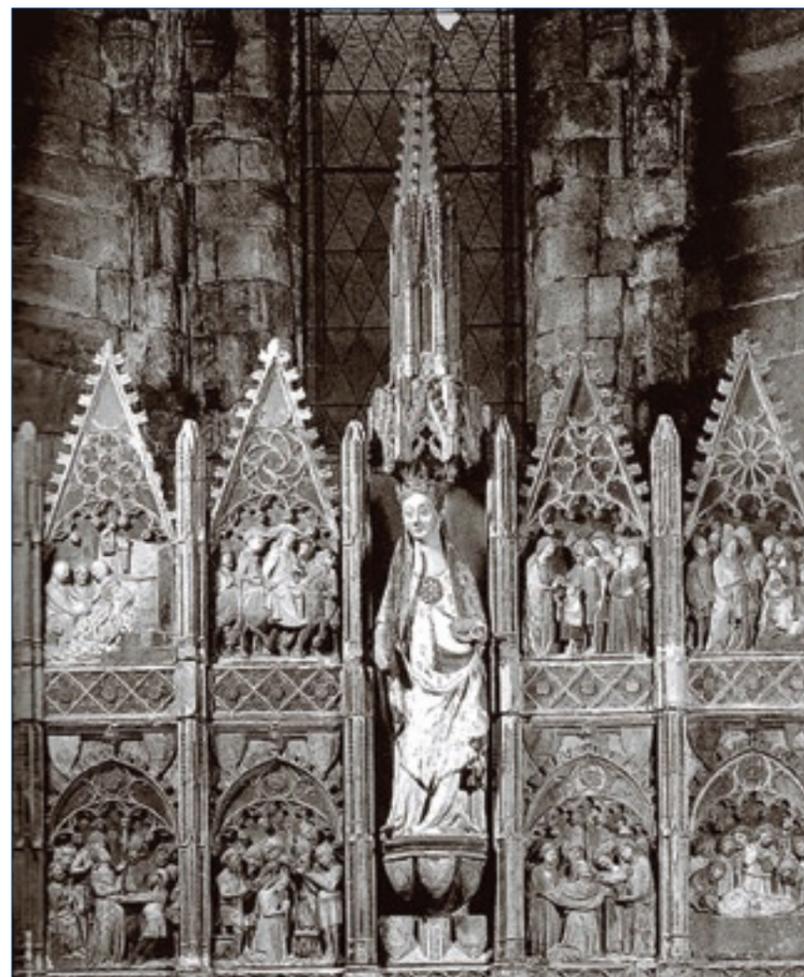
Els primers oculistes del segle XX a Lleida van ser: Dionisio Arrugaeta Garay, Antoni Pujadas Fabregat, Robert Pereña Reichacs, Andrés Zardoya Garcés i Calixte Boldú Vendrell.

#### Dionisio Arrugaeta Garay

L'oculista Arrugaeta, molt vinculat a Saragossa, va intervenir fonamentalment de manera activa en la Junta del Col·legi de Metges i també en el Cos de Beneficència Provincial, que es va crear per tirar endavant el projecte del nou Hospital Provincial de Santa Maria.

L'any 1911, ja estava adherit al Col·legi de Metges. El desembre de 1913, com a tesorero de la Junta, va informar sobre l'estat de la caixa, que comptava amb 91 pessetes. El pressupost va ser aprovat per unanimitat i el president, el doctor Vicens, va assenyalar que l'estat econòmic relativament pròsper havia permès satisfer les despeses del Col·legi únicament amb el segell de certificacions, sense cap quota dels col·legiats. Amb això va fer veure als associats la gran conveniència de complir l'acord d'estampar el segell en els certificats.

El gener de 1914, va ser designat per la Comissió Provincial, en virtut de concurs, metge civil propietari de



Retaule de Santa Llúcia (Església de Sant Llorenç de Lleida)

la Comissió Mixta de Reclutament per a aquell any. En la Junta General del Col·legi del 15 de novembre de 1914, Arrugaeta va ser ratificat com a tesorero de la nova Junta, en la qual també va continuar com a president el doctor Josep M. Vicens.

El 12 de juny de 1915, la Diputació va constituir el Cos Facultatiu de la Beneficència Provincial, format pels doctors Francesc Fontanals, Marià Torres, els tres metges de l'Hospital (Eusebi Bellí, Joan A. Inglés i Joan Llorens) i els doctors Arrugaeta, Rabasa i Castro, metges especialistes de la Beneficència. El president de la Diputació va encarregar a aquest cos un informe sobre les condicions higièniques de l'Hospital Provincial. Sis dies després, es va aprovar, per unanimitat i sense cap discussió, l'informe llegit pel doctor Inglés.

El 25 d'octubre de 1915 es va celebrar una sessió del Cos mencionat sota la presidència del president de la Diputació. Aquest va exposar el pensament de la Diputació de construir un hospital que reunís les condicions d'higiene i de capacitat reclamades per les necessitats de la província. Va afegir que el nou edifici, a més de ser capaç

d'albergar 200 malalts per cobrir les necessitats provincials, havia de reunir les condicions prescrites per la ciència moderna. L'objecte de la reunió era que pel Cos Mèdic Provincial es dictaminés sobre les característiques dels nosocomis moderns perquè, en vista de l'informe que s'emetés, l'arquitecte provincial pogués portar a terme el projecte del futur edifici. L'informe es va encarregar als doctors Fontanals, Llorens i Rabasa.

Precisament, quan va tenir lloc l'esmentada sessió, feia pocs dies que havien estat nomenats nous catedràtics de la Facultat de Medicina de Barcelona, els doctors Joaquim Peyrí (Dermatologia), Josep A. Barraquer (Oftalmologia) i Francisco de Sojo (Otorinolaringologia). Aquí comença l'Oftalmologia com a assignatura separada de la Cirurgia, a Catalunya. Dionisio Arrugaeta continuava sent tesorero de la Junta del Col·legi.

De vegades, algun company metge acabava en la més absoluta misèria. Així va passar amb el doctor Celestino Darán, de Guissona, que tenia una filla dement a qui va recloure en un manicomí pagant pensió de primera, fins que va quedar inutilitzat per treballar. Aleshores va traslladar la filla al manicomí de Sant Boi, com a pobre. El col·legi, l'any 1917 i següents, va obrir una subscripció per ajudar-lo amb unes quantitats mensuals. Dels 200 metges que hi havia a la província, solament s'hi van subscriure uns quants. Entre els metges de la capital hi van participar cada mes els tres oculistes de la ciutat: Arrugaeta, Pujadas i Pereña. Els metges altruistes havien d'enviar l'ajuda al tesorero del Col·legi, que, com hem dit, era el doctor Arrugaeta, oculista de la rambla de Ferran.

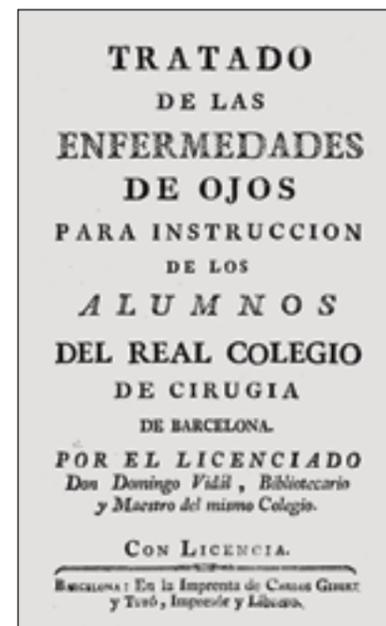
Els tres oculistes eren del sector de metges partidaris de la col·legiació obligatòria, de manera que el 1917 ja s'havien col·legiat. El març de 1918, ja eren 86 els metges col·legiats, en una llista dels quals figuraven Arrugaeta i Pujadas, que havien abonat la quota anual de 5 pessetes. En faltaven encara 114 per pagar-la.

L'agost de 1918, s'estava a punt de començar les obres del nou Hospital Provincial. En una primera fase es va projectar la construcció per atendre 100 malalts, amb la possibilitat d'ampliar-lo fins a 200. Es faria a base de pavellons aïllats: medicina de dones, medicina d'homes, cirurgia de dones, cirurgia d'homes i pediatria. Com a pavellons d'especialitats, solament hi hauria el de dermatologia i venèries, on també s'atendrien els presos. Finalment, hi hauria un pavelló per a contagiosos i un altre d'observacions. Entre les diverses dependències de l'edifici hi hauria també la policlínica, on tindria cabuda l'oftalmologia.

El fill del doctor Arrugaeta, Andrés Arrugaeta Franco, el mes de juny de



Edifici de la gota de llet i dispensari municipal de Lleida



Tratado de las enfermedades de los ojos para instrucción de los alumnos del Real Colegio de Cirugía de Barcelona, de Domingo Vidal

1918, va acabar el batxillerat amb excel·lents notes.

**Antoni Pujadas Fabregat**

Ja vam estudiar extensament la figura del doctor Pujadas en el número 64 d'aquesta revista, motiu pel qual solament incidirem en alguns aspectes de la seva biografia.

Antoni Pujadas es va instal·lar a Lleida l'octubre de 1916. L'any següent, quan ja feia 15 anys que es publicava el *Boletín Médico*, el seu director, el doctor Joan Llorens i Fàbregues, va renunciar a la direcció de la revista, que va passar a mans del doctor Amali Prim. El doctor Pujadas va ocupar llavors el càrrec de secretari de redacció.

L'abril de 1917, el doctor Pujadas va publicar al butlletí un treball que posteriorment va recollir la revista de Madrid *Farmacopea Española*, "Peligros de la dacriocistitis crónica". Segons la seva experiència, a l'oculista, se li presentava el malalt quan l'afecció ja s'havia complicat greument amb una úlcera infectada de la còrnia o bé amb la panoftàlmia o flegmó total de l'ull. Després d'explicar la teoria i les complicacions, va relatar dos casos de dos pacients seus: el d'un home de 81 anys amb resultat de mort i el d'una dona de 71 anys a qui li va poder solucionar.

El mateix mes, va ser nomenat per al càrrec de metge oculista del dispensari gratuït del Centre Obrer del carrer de Catalunya. El mes de juny va publicar, també al *Boletín Médico*, "La pupila estàtica", treball en el qual va repassar les causes més importants de les midriasis i de les miosis.

La tardor de 1919, hi va redactar una necrològica del catedràtic d'Higiene de la Facultat de Barcelona, doctor Rodríguez Méndez. Després de descriure la seva figura i el seu estil davant els alumnes —Pujadas havia estat alumne seu—, va manifestar que si Espanya gaudís de la facultat d'encunyar els seus professors a voluntat, el motlle a l'estil Rodríguez Méndez seria dels que més mereixerien reproduir-se.

El 28 de maig de 1920 va dimitir definitivament la Junta del Col·legi i es van convocar eleccions. La nova junta va ser presidida pel doctor Josep Estadella Arnó i hi va entrar com a secretari el doctor Pujadas.

El gener de 1931, Pujadas ja havia passat de secretari a director del *Boletín Médico* i continuava com a secretari de la Junta del Col·legi, amb el doctor Estadella com a president. El febrer de 1931, la junta gremial per al repartiment de quotes fiscals va determinar incloure els oculistes Pereña i Pujadas a la segona categoria i els oculistes Arrugaeta i Calixte Boldú Vendrell a la tercera. Abans, el 1928, Pujadas paga una patent de primera i el doctor Robert

Consultorio de enfermedades de los ojos  
a cargo del Médico-oculista  
**Doctor Antonio Pujadas**  
Ex-interno pensionado por oposición en la Facultad de Medicina de Barcelona.  
Cirugía ocular :: Refracción :: Curación radical de las granulaciones  
**EXÁMENES COMPLETOS DEL OJO**  
Consulta: De 10 a 1 mañana y de 4 a 6 tarde  
Plaza de la Constitución, 22, primero. - LÉRIDA

DIONIS ARRUGAETA  
METGE - OCULISTA  
RAMBLA PEÑERA, 10 - 1.ª  
LLEIDA

CALIXTE BOLDÚ METGE-OCULISTA  
Ex-Profesor A. de la Facultad de Medicina de Barcelona  
Ex-Ayudante del Doctor Arrugaeta  
Graduació de la vista. - Operacions  
Consulta: de 10 a 11 i de 4 a 6  
PLAZA DE LA PABERIA, 14 - PRAL. 1.ª  
LLEIDA

Targetes de visita d'oculistes lleidatans

R. PEREÑA  
MEDICO-OCULISTA  
LIBERTAD, 2 \* \* \* \* LERIDA

**Antoni Pujadas, ja situat a Reus, se sentia encara lligat a la ciutat del Segre, lloc on havia desenvolupat l'oftalmologia**

Pereña, de segona. Per aquelles dates va morir a Montblanc la nena Adela Pujadas, filla del farmacèutic d'aquella població i neboda del doctor Pujadas.

L'octubre de 1931 es va organitzar a l'Hospital de Santa Maria un curs elemental de cardiologia, dirigit pels caps de servei de la clínica mèdica, els doctors Joan Llorens i Fàbregues i Francesc Serra Salses. El doctor Pujadas hi va participar el 14 de novembre amb l'examen del fons de l'ull en medicina

interna i, especialment, en les malalties cardiovasculars. En el curs va intervenir també el doctor Agustí Pedro-Pons amb un discurs sobre el diagnòstic i el tractament de l'angina de pit.

Pujadas, com ja vam explicar en l'anterior treball, es va traslladar a Barcelona en plena Guerra Civil, el 1938, on va estar col·legiat poc temps, ja que el 8 d'agost de 1941 es va col·legiar a Tarragona per exercir a Reus, on va restar fins a la seva mort. El trasllat a Barcelona va anar acompanyat de l'expedient de responsabilitats polítiques, que li va ser molt perjudicial a causa de la seva activitat a Lleida. No obstant això, Pujadas, ja situat a Reus, se sentia encara lligat a la ciutat del Segre, lloc on havia desenvolupat l'oftalmologia i les seves inquietuds. Per aquest motiu, a finals de 1950, sense deixar l'exercici a Reus, es va donar d'alta una altra vegada al Col·legi de Lleida per poder-hi visitar cada quinze dies. Aquesta doble col·legiació va durar fins al gener de 1953.

Aquesta segona etapa d'exercici a

Lleida, però, la va suportar molt malament, perquè no es va sentir tractat com ell esperava per part del col·legi al qual havia estat tan lligat. La situació durant la postguerra havia canviat molt i també la direcció del Col·legi. La Comissió Gremial d'aquest li va assignar una contribució industrial molt més alta de la que, segons la seva opinió, li corresponia, ja que solament visitava dos dies al mes. Tant és així, que Pujadas va manifestar al president, el doctor Manuel Mercé, que creia que el Col·legi no havia de servir per fastiguejar determinats col·legiats, sinó per avaluar la quantitat de treball que feia cada metge amb la finalitat de distribuir amb la major equitat possible les càrregues tributàries d'Hisenda. A més, li va dir que si no era atès contra la contumàcia de cacs de la Junta Gremial es defensaria amb els recursos que la llei li atorgava, que no eren pocs.

**Andrés Zardoya Garcés**

El 1911, l'oftalmòleg Andrés Zardoya Garcés ja estava adherit al Col·legi de Metges de Lleida i va ingressar 115 pessetes al Montepio de Médicos Titulares. El gener de 1912, juntament amb el doctor Babiera, formaven la Comissió d'Especialitats del Col·legi.

L'any 1914 va morir el seu fill Enrique, de 24 anys, també metge, amb exercici a Dosrius (Barcelona), prop de Mataró. Prèviament, havia exercit a l'Hospital d'Utxesa, de la Companyia Canadiense, i a Menàrguens. El president del Col·legi, Josep M. Vicens, va presidir el dol al costat de la família.

**Robert Pereña Reixachs**

Nat a Lleida el 1890 i mort a Sant Just Desvern l'1 de juliol de 1952, Robert Pereña va ser fill de Manuel Pereña i Puente, advocat i diputat republicà per Lleida i germà del conegut Alfred Pereña. Va fer els primers estudis a Lleida i va cursar Medicina a Barcelona. Va ampliar estudis a Montpeller amb el doctor Lagrange, es va especialitzar en Oftalmologia i es va establir a Lleida. Pereña va ser president de l'Associació de Música de Lleida i, de 1932 a 1936, president del Comitè Paritari de Lleida. De conviccions polítiques republicanes, va ser el primer cap del servei d'Oftalmologia del Dispensari Municipal. Va fundar i dirigir el *Nou Butlletí Médico* fins a l'any 1936. Després de la Guerra Civil es va retirar a Sant Just Desvern, on va tenir cura de la Biblioteca de l'Ateneu.

El 30 d'agost de 1912, quan era metge d'Artesa de Lleida, es va morir el seu fill Robert. No va ser fins al febrer de 1916 que va obrir el seu consultori d'Oftalmologia a Lleida. Justament un any després, la seva filla es trobava delicada de salut, però el mes

de maig de 1917 el matrimoni va tenir un nou fill.

En passar l'Hospital de Santa Maria de municipal a provincial, l'1 de gener de 1915, els facultatius del centre van haver de dimitir dels càrrecs de metges municipals titulars pel fet de resultar-los incompatible l'exercici d'ambdós càrrecs. Aleshores, la labor dels metges municipals, de caràcter domiciliari, era pesada, ja que comprenia l'assistència mèdica i quirúrgica dels malalts pobres del seu corresponent districte, el desenvolupament de la inspecció sanitària, les visites domiciliàries, la pràctica de vacunacions, el reconeixement dels quintos, l'emissió de dictàmens i informes, els serveis de desinfecció i de tractament antiràbic, etc.

L'Ajuntament, en perdre el domini sobre l'Hospital, va voler crear un servei mèdic municipal més ambiciós que es traduís en un edifici que allotgés un dispensari municipal, una casa de socors i una gota de llet. Aquesta

**BIBLIOGRAFIA**

CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: "Antecedents prehistòrics del santuari de Butsénit". A: Llibre d'Actes del II Congrés Internacional d'Història de la Medicina Catalana. 1982, II, 117-121.  
CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: "Orígens i evolució d'alguns santuaris lleidatans". A: Annals de Medicina de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. 1979, LXV, núm. 2, 267-278.  
CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: "Santuaris lleidatans amb tradició mèdica". Lleida, 1981.  
CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: "Origen prehistòric d'alguns santuaris invocats en les malalties de la vista". Butlletí Médico. Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Núm. 34. Maig de 2002, 20-23.  
CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: "L'activitat sanitària de l'oftalmòleg Antoni Pujadas". Butlletí Médico. Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Núm. 64, maig de 2007, 27-30.  
CAMPS CLEMENTE, M.; CAMPS SURROCA, M.: "Orígens i evolució del Col·legi de Metges de Lleida". Col·legi de Metges de Lleida. Lleida, 2003.  
CORBELLA, J.: Història de la Facultat de Medicina de Barcelona (1843-1985). Fundació Uriach 1838. Barcelona, 1996.  
DEZTANY, L.: Alcoati. Llibre de la figura del uyl. Barcelona, 1933.  
GUERRA, F.: Historia de la Medicina. Tomo II. Ediciones Norma, S.A. Madrid, 1985.  
MASSONS ESPLUGAS, J.M.: "Els estudiants del Real Colegio de Cirugía de Barcelona". Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència. 1994, vol. XXI, 9-65.  
VIDAL, D.: Tratado de las enfermedades de los ojos para instrucción de los alumnos del Real Colegio de Cirugía de Barcelona. Biblioteca de la Real Academia de Medicina de Catalunya. 1785.

institució de triple funció realment no es va iniciar fins al començament de 1916, quan una disposició ministerial va atorgar a la Paheria determinades rendes procedents de l'antiga fundació de la Pia Almoïna per poder-hi fer front. Es va determinar que en el futur dispensari municipal s'hi involucraria també el servei domiciliari que ja funcionava, però en males condicions. Lleida tenia 28.000 habitants.

Aquesta institució trifuncional havia d'estar al càrrec de metges que poguessin dedicar-hi moltes hores, rebent a canvi una retribució adequada. Caldria, també, desglossar els càrrecs facultatius, separant-los completament.

El mes de maig de 1917, mentre s'estava construint l'edifici, van ser nomenats per als càrrecs vacants de metges titulars interins els doctors Cava, Rabasa i Pereña. Van substituir així els antics titulars Bellí, Inglés i Llorens, que havien passat a servir la Diputació; per al de director del Dispensari Médico es va nomenar el doctor Artur Hellín i per al de la Gota de Llet, el doctor Attilio Sales, aleshores metge titular de l'Albi.

En la Junta General del Col·legi del 23 de novembre del 1918, es va procedir al nomenament de les comissions científiques. La d'Especialitats es va encarregar als doctors Babiera, Rabasa i Pereña, tots tres de Lleida, i al doctor Colàs, que exercia a Vilanova de la Barca.

L'1 d'abril de 1919 es va inaugurar amb gran solemnitat l'edifici Gota de Llet, el Dispensari Municipal i la Casa de Socors. Disposem d'algunes dades estadístiques del moviment de malalts dels ulls. Així, en la sala de malalties dels ulls del Dispensari Municipal, el mes de juliol de 1920 es van practicar 280 cures i 2 operacions, i hi van ingressar 9 malalts nous.

El mateix mes de juliol, el doctor Pereña va ser designat per formar part de la Junta Local de Reformes Socials i el mes d'agost va sofrir un seriós accident de cotxe sense lamentables conseqüències.

Per fer-nos-en una idea, el setembre de 1920 exercien a Lleida 38 metges, dels quals 3 eren oculistes: Arrugaeta, Pujadas i Pereña. Aquell mateix mes, en el Dispensari Municipal van ingressar 7 malalts oftalmològics i es va fer la cura dels ulls a 189 pacients. El mes d'octubre d'aquell any, el moviment de malalts dels ulls va augmentar: 14 ingressos, 235 cures i 2 operacions oftalmològiques. Anys després, el setembre de 1931, el doctor Pereña va perdre la seva mare, Maria Reixachs i Carles, als 77 anys d'edat. Era, també, la mare política del doctor Humbert Torres.

M. Camps Surroca  
M. Camps Clemente

# Simulación médica y seguridad clínica

Se conoce como simulación el proceso de diseñar un modelo de un sistema real y llevar a cabo experiencias con él, con el fin de comprender el comportamiento del sistema y/o evaluar nuevas estrategias para el funcionamiento del mismo, dentro de los límites impuestos por unos criterios establecidos. Desde hace años, la simulación se aplica en multitud de procesos industriales, aeronáuticos, nucleares, etc. El objetivo de la simulación es mejorar la eficiencia de un sistema y su producto final, que conducirá a la formación de profesionales de alta responsabilidad. Estos profesionales tendrán la oportunidad de enfrentarse a situaciones críticas, normalmente poco frecuentes, en condiciones experimentales recreadas virtualmente, para desarrollar las aptitudes necesarias y responder adecuadamente en caso de situación grave real.

Los profesionales sanitarios deben abordar cada día un número de decisiones muy alto en comparación con otros ámbitos profesionales. Decisiones sobre diagnósticos, tratamientos, cuidados, derivaciones, seguimientos, etc. Y, además, estas deben ser tomadas en condiciones de incertidumbre, y en muchos casos con tiempo limitado.

Tras la publicación, en 2000, del informe de Kohn LT *To Err is Human*, se han sucedido multitud de estudios sobre la seguridad del paciente. En España, el informe ENEAS pone de manifiesto que el 9,3% de los pacientes hospitalizados sufren algún efecto adverso. Otros estudios afirman que como media el 70% de ellos derivan de factores humanos, y la tendencia general indica que son debidos a fallos del sistema más que a acciones de un individuo concreto. Todo ello genera una preocupación creciente en el ámbito sanitario y político, tanto nacional como internacional, que ha motivado la creación, desde la Unión Europea, del EUNetPas (European Union Network for Patient Safety). Entre los objetivos de esta red, destacan conocer el verdadero alcance del problema estandarizando las estadísticas, intercambiar las diferentes experiencias, desarrollar iniciativas conjuntas y aconsejar a los responsables educativos sobre la enseñanza en seguridad del paciente, estableciendo programas de formación reglados, sobre todo en las áreas donde las decisiones están más protocolizadas y donde las técnicas son frecuentes. Todo ello debería evitar o minimizar el problema.

cas son frecuentes. Todo ello debería evitar o minimizar el problema.

En este contexto, y siguiendo la estela de otras industrias que hace tiempo han identificado las consecuencias de los fallos de sus sistemas, el entrenamiento con simuladores es determinante. En los últimos años, su presencia es creciente en la enseñanza de la medicina y la enfermería, gracias a que un gran número de estudios apoya su uso adicional en los métodos tradicionales de enseñanza y complementa otras iniciativas de seguridad del paciente a lo largo del proceso de entrenamiento clínico.

En la figura 1 se muestra el denominado círculo del aprendizaje, que está formado por: conocimiento teórico, adquisición de habilidades, simulación virtual (ordenador), simulación en grupo (escenarios interactivos) y paso a la experiencia asistencial (clínica). Para poder "cerrar" este círculo es imprescindible incorporar la simulación en todas sus vertientes.

Desde todos los ámbitos académicos se aconseja que la formación médica sea cada vez más práctica y



Figura 1. Círculo del aprendizaje



- 1- Box Reanimación
- 2- Quirófano
- 3- Sala de exploración
- 4- Consulta de primaria
- 5- Almacén
- 6- Consulta especialidades
- 7- Aula reunión
- V- Ventanas de control

Figura 2. Proyecto de asignación de espacio del CISC

que una parte importante se realice en entornos de casos clínicos, pacientes simulados, algoritmos clínicos por ordenador, técnicas en maniqués y, finalmente, en simuladores de alta gama, de gran realismo. Estos aparatos replican respuestas fisiológicas a determinadas maniobras o tratamientos administrados por los alumnos, que no solamente entrenan en protocolos y habilidades, sino que pueden valorar el trabajo en equipo.

Las ventajas de la simulación son, entre otras, las siguientes: practicar procedimientos en entornos realistas, entrenamiento eficaz, practicar variaciones clínicas difíciles o raras y entorno controlado y seguro para los alumnos sin daño para los pacientes. También ofrece la posibilidad de repetir hasta la perfección y utilizar múltiples estrategias de enseñanza, se adapta al nivel de dificultad deseado, permite el reciclaje y la valoración conjunta al acabar, con datos objetivos y en tiempo real, lo cual favorece el refuerzo positivo y establece los puntos a mejorar. Actualmente se utiliza para la valoración del pregrado a través de las ACOE, y es probable que, de forma progresiva, se utilice para la recertificación profesional.

Con la nueva estructuración de los estudios de Medicina adaptada al Plan Bolonia, muchas competencias profesionales a conseguir durante el período de formación de pregrado son tributarias de ser realizadas en aulas de habilidades. A principios de los años noventa, nuestra Facultad de Medicina, conjuntamente con Enfermería, fue pionera en dotarse de material de simulación médica, constituyendo, en aquel momento, una meritoria apuesta de futuro que durante estos años ha sido valorada muy positivamente por los alumnos. La utilización de los maniqués de reanimación cardiopulmonar ha familiarizado la simulación entre los médicos en los cursos de postgrado y la organización de simulacros de medicina de catástrofes multitudinarios ha contribuido a darla a conocer entre la población.

Dentro de la apuesta estratégica efectuada por la Facultad de Medicina, la reciente adquisición de nuevos simuladores (SIMAN, MICROSIM y Auscultación Cardiopulmonar), el desarrollo de simuladores para la búsqueda de lesiones ecográficas y punciones ecoguiadas que complementan a los existentes, y la nueva área destinada a Laboratorio de Habilidades (ver figura 2) nos sitúa entre las facultades de Medicina capaces de competir en este tipo de formación académica.

Con el objetivo de impulsar esta iniciativa, en 2008 se constituyó el Centro de Investigación y Simulación Clínica (CISC) para la utilización, divulgación, investigación docente y desarrollo futuro del área, que pretende

CLASIFICACIÓN DE LAS COMPETENCIAS Y HABILIDADES DISPONIBLES EN EL CISC	
Oferta	Recurso docente
<b>HABILIDADES TÉCNICAS</b>	
Punciones: venosas, arteriales, lumbares	Simuladores específicos
Suturas piel y subcutáneo	Piel artificial. Modelo biológico
Suturas de tendones	Material biológico
Crico / Traqueotomía	Simulador específico. Modelo biológico
Toracostomía. Toracocentesis	Simulador específico. Modelo biológico
<b>PROCEDIMIENTOS / EXPLORACIONES</b>	
Manejo de vía aérea	Varios simuladores de distinta complejidad
Vías centrales (yugular, subclavia, etc)	Modelo de simulación específico
Punciones ecoguiadas	Simuladores plásticos específicos
Ecografía	Modelos normales y patológicos
Reanimación	Maniqués. DEA. Megacode. SIMAN
Auscultación cardio-pulmonar	Simulador de arritmias, soplos, rones.
<b>CASOS CLÍNICOS</b>	
Casos clínicos en grupo	Aulas adaptadas
Casos clínicos grabados y on-line	Grabación casos reales
Casos clínicos interactivos (ordenador)	MICROSIM. Software adaptado
<b>ESCENARIOS CLÍNICOS</b>	
Casos clínicos complejos	SIMAN. Debriefing posterior
Entrevista clínica	Consultas simuladas con control
Habilidades de comunicación	Aulas adaptadas
<b>EVALUACIÓN DE EQUIPOS</b>	
Casos clínicos complejos en grupo	SIMAN. Debriefing posterior.
Evaluación de grupos "in situ"	Traslado de simuladores a centro de trabajo
Simulacros de accidentes catastróficos	Montaje, evaluación del simulacro

Tabla 1. Competencias y habilidades disponibles en el CISC

La simulación ofrece la posibilidad de repetir hasta la perfección y utilizar múltiples estrategias de enseñanza

La Facultad de Medicina y la Escuela de Enfermería de la UdL fueron pioneras en dotarse de material de simulación médica a principios de los noventa

Con el objetivo de impulsar la formación con simuladores, en el 2008 se creó el CISC

abrirse a los profesionales interesados en este tipo de docencia, aumentando su valor añadido y posibilitando la consecución de los ambiciosos objetivos marcados. Los objetivos y posibilidades en simulación que puede ofrecer el CISC se sintetizan en la tabla 1.

La experiencia adquirida durante estos años posiciona a la Facultad de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL) y al CISC en un buen lugar dentro de las nuevas tendencias de formación médica. La UdL tiene presencia en la Sociedad Europea de Simulación en Medicina (SESAM) y es miembro de la junta directiva de la recientemente creada Sociedad Española de Simulación Médica.

A continuación, presentamos, de forma más detallada, dos tipos de ámbitos de simulaciones complejas: simulación en anestesia (como ejemplo de escenarios asistenciales interactivos) y simulación de catástrofes (que necesitan de una planificación multidisciplinar y colaboración con agentes políticos, fuerzas de seguridad, sanidad, protección civil, etc.).

Ramon Nogué, Javier Trujillano y José María Sistac

Centro de Investigación y Simulación Clínica (CISC). Facultad de Medicina de la Universitat de Lleida



**Figura 3. Toda simulación debe acabar con valoración y discusión (debriefing)**



**Figura 4. Manejo de vía aérea. Escenario de quirófano simulado**



**Figura 5. RCP con desfibrilación. Escenario de quirófano simulado**

# La simulación clínica en anestesiología y reanimación

Los primeros trabajos para desarrollar un simulador a escala real los realizó Sierra Engineering Company en los años sesenta. El modelo fue denominado Sim-One y carecía de los avances informáticos que con el posterior desarrollo de estos sistemas nos han permitido una aproximación totalmente fiel a la realidad del paciente que vamos a tratar.

Cuando todavía no se había extendido demasiado la aplicación de la simulación a la anestesiología y sus áreas de conocimiento, Gravenstein ya señaló que la anestesiología poseía cuatro habilidades que se debían conocer: comprensión de los hechos, entendimiento de los conceptos, habilidades manuales y respuestas rápidas. La formación con simuladores nos permite desarrollarlas con seguridad e ir perfeccionándolas hasta conseguir prácticamente su completo dominio.

Los simuladores constituyen una valiosa herramienta de aprendizaje, ya que pueden reproducir algunos o todos de los aspectos de la práctica diaria en anestesiología, con el fin de mejorar la aplicación de los conocimientos de los especialistas, tanto a nivel

Los simuladores pueden reproducir todos los aspectos de la práctica diaria en anestesiología

Se mejora el dominio de las situaciones críticas y del proceso cognitivo de toma de decisiones de los anestesiólogos

Durante el proceso de entrenamiento, se incide en el aprendizaje de conceptos, la celeridad y el trabajo en equipo

individual como, sobre todo, en equipo (ver tabla 2). Mediante el software de control, manejo y programado por los instructores, estos simuladores generan todas las señales que reproducen un estado clínico determinado del paciente. A su vez, permiten recoger todas las acciones que desarrollan las personas que están siendo instruidas, para su posterior análisis y corrección, si procede.

Las ventajas de utilizar estos sistemas son múltiples y, sin duda, constituyen el futuro del aprendizaje médico. Sólo por reseñar algunas, podemos decir que, independientemente de no existir ningún riesgo para el paciente, como si fuesen aplicadas en la vida real, permiten la grabación de los casos simulados para su posterior análisis y autocrítica. De esta manera, se mejora muy sustancialmente el dominio de las situaciones críticas en anestesiología y del proceso cognitivo de toma de decisiones de los anestesiólogos.

Los sucesos pueden repetirse tantas ocasiones como se requiera, permitiendo continuas correcciones hasta la resolución definitiva de todos los eventos que puedan plantearse, sin riesgo vital alguno, para que posteriormente puedan ser aplicados con una mayor seguridad y celeridad en situaciones reales. En este sentido, el papel de los instructores y la posterior discusión de los hechos son fundamentales (ver figura 3).

Durante el proceso de entrenamiento se incide en el aprendizaje de conceptos y utilización de los recursos disponibles, celeridad en la toma de decisiones y, sobre todo, en fomentar el trabajo en equipo, repartiendo la carga y la adecuada comunicación

entre los participantes. Se hace especial hincapié en las capacidades de liderazgo de la persona responsable del paciente.

Cuando realizamos la simulación, lo más importante desde el inicio no está ya tanto en saber detectar y atajar el problema, sino en aprender a que estas resoluciones se realicen en equipo, con coordinación y reconociendo y corrigiendo sistemáticamente los errores producidos. Todo con un único objetivo: calidad asistencial para nuestros pacientes.

Los nuevos planes de estudio definidos por Bolonia también han abierto nuevas posibilidades de formación. Permitirán a la anestesiología y a la reanimación implicarse, no sólo en el paciente en el medio hospitalario, sino cubrir todas sus áreas de influencia, que tradicionalmente han estado limitadas. En este sentido, ya existen países donde se utiliza la simulación en la formación de anestesiólogos, e incluso evaluación de los especialistas en formación. Es el caso de Israel, Finlandia y el Reino Unido, por citar algunos.

La OSCE (Objective Structures Clinical Examination) consiste en el desarrollo de múltiples estaciones para evaluar los conocimientos. En el Reino Unido se ha incorporado para acceder al Fellow del Royal Collage of Anesthesiologist (FRCA) e incluye la realización, dentro de la OSCE, de técnicas de resucitación, examen físico, habilidades comunicativas, monitorización y eventos anestésicos.

Por otro lado, el programa israelí realiza un OSCE tras 4 años de for-

mación para poder acceder al Board. La prueba utiliza el mismo sistema y modelo del que disponemos nosotros y evalúa las siguientes habilidades: manejo del enfermo politraumático,

RCP, aparición de problemas perioperatorios, conocimientos en ventilación mecánica y técnicas de anestesia locorregional. Todo ello basado en los conocimientos e indicaciones de las guías que existen al respecto.

Por todo esto, atendiendo a la rápida evolución de la simulación que se está produciendo en numerosos países, debemos implicarnos activamente en la introducción en nuestra facultad y centros hospitalarios. Es necesario ofertar las múltiples posibilidades formativas que nos ofrece a todos los profesionales de la medicina, tanto a los inmersos en el grado como a los especialistas en formación o en cursos de reciclaje profesional adecuados a las diferentes ramas de la medicina. Nuestra participación activa dentro del CISC es fundamental para conseguir estos objetivos. Debe llegar el día en que todo profesional, no ya sólo anestesiólogo, sino de cualquier otra especialidad, haya realizado múltiples simulaciones antes de contactar con el paciente real. Se garantizará, de esta forma, una actuación conocida, segura y eficiente.

**José María Sistac y Antonio Montero**  
Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Arnau de Vilanova Lleida. CISC

APLICACIÓN SIMULADORES EN ANESTESIA Y REANIMACIÓN (Ejemplos)	
<b>SITUACIONES GENERALES</b>	<b>RESPIRATORIAS</b>
Manejo de vía aérea	Broncoaspiración
Manejo de dispositivos supraglóticos	Crisis asmática aguda
Manejo de dispositivos infraglóticos	Broncoespasmo
Intubación con Fibrobronoscopios	Contusión pulmonar
Situaciones de ventilación - no intubación	Edema de lengua
Situaciones de no ventilación - intubación	Hipo e hiperventilación
Broncoespasmo	
Laringoespasmo	<b>METABÓLICAS</b>
Neumotórax	Acidosis - alcalosis
Reacciones alérgicas	Crisis Tirotoxicas
Anafilaxia	Cetoacidosis
Reacciones transfusionales	Coma hiperosmolar
Eclampsia	Alteraciones del potasio y sodio
	Hiper - hipoglucemia
<b>CARDIOVASCULARES</b>	Hipertermia maligna
RCP básica y avanzada	Crisis adisoniana
Arritmias	
Fibrilación ventricular	<b>POLITRAUMATISMOS</b>
Asistolia	Manejo integral del politraumatismo grave
Contusión cardiaca	
Edema pulmonar	<b>NEUROLÓGICAS</b>
Embolia grasa	TCE
Embolismo pulmonar	Hemorragia intracranial
Hemorragia aguda	Retraso del despertar (BIS y Entropía)
Hipertensión	Toxicidad anestésicos locales
Hipotensión	Disreflexia autonómica
Taponamiento pericárdico	
<b>PATOLOGÍAS CONCRETAS</b>	<b>FALLOS EQUIPO ANESTESIA</b>
Combinaciones de casos - escenarios	Válvulas
	Fallo eléctrico
	Fallo de cal sodada
	Desconexiones

**Tabla 2. Aplicación de simuladores en anestesia y reanimación**

# Simulación de catástrofes

La realización de simulación de catástrofes (simulacros) es una necesidad que se origina en una sociedad moderna que debe de poner a prueba los mecanismos y medios disponibles para afrontar eventos como accidentes, incendios, desastres naturales, acciones terroristas, etc. que puedan desbordar la respuesta habitual ante problemas que envuelvan a pocas víctimas. Organismos sin carga política, o sin conflicto de intereses con otras agrupaciones, pueden organizar estos simulacros de una forma más eficiente.

Nuestra Facultad de Medicina (como parte de la Universidad de Lleida), dentro del Máster de Urgencias y Emergencias (con 6 ediciones de experiencia), ha colaborado en la organización, realización y valoración de simulacros cada vez más complejos (tanto en número de víctimas implicadas como en dificultad técnica). Los simulacros de catástrofes forman parte del catálogo del CISC completando el apartado de simulaciones con participación multidisciplinaria.

La realización de un simulacro consta de 3 fases: diseño, ejecución y valoración.

## Fase de diseño

A la hora de elegir el tipo de simulacro, deben tenerse en cuenta las condiciones del entorno social: deben elegirse los eventos con mayor posibilidad de producirse. En una ciudad como Lleida, las catástrofes más probables se originarían de los accidentes múltiples de circulación (mucho tránsito y condiciones de niebla extrema), derrumbe de edificios, accidentes de trenes (gran túnel que atraviesa la ciudad), espectáculos con gran público, incendios, etc. Nosotros hemos elegido los distintos tipos de catástrofe según una búsqueda histórica (archivos de prensa).

Una de las tareas que supone un mayor esfuerzo (con aspectos hasta diplomáticos) es poner en contacto y coordinar a todas las fuerzas participantes en la simulación. Más de 500 personas han participado en los últimos simulacros que se han realizado, en los que intervienen fuerzas políticas (alcaldes, delegado de Sanidad, etc.), cuerpos de seguridad (Mossos d'Esquadra, Policía Local, etc.), Protección Civil, Cruz Roja, SEM, hospitales (HUAV, comarcales, etc.), CAP, psicólogos, medios de comunicación (siempre se sigue este tipo de evento por todos los medios), personal voluntario (estudiantes y profesores del máster) y los alumnos que hacen



Figura 6. Imágenes de simulacros realizados en diversas ediciones del Máster de Urgencias y Emergencias

El Máster de Urgencias y Emergencias ha colaborado en varios simulacros complejos

Un simulacro consta de 3 fases: diseño, ejecución y valoración

Los participantes no conocen el estado de las víctimas implicadas

las funciones del personal asistencial y coordinación médica.

Un simulacro debe acercarse a la realidad. Para hacerlo, debemos tener un modelo que se aproxime a las posibles condiciones ante un evento real. Los participantes conocen la fecha y hora del inicio de la catástrofe (y también algo del tipo de accidente al que se enfrentarán), pero no conocen el número de víctimas implicado (ni cuántos muertos) ni el estado y posible evolución de las víctimas que irán atendiendo.

Las víctimas también deben tener

aspectos reales. Disponemos de un banco de víctimas (casi todas traumáticas) que se ha creado a partir de pacientes reales con diverso grado de gravedad. Las víctimas no son estáticas, ya que tienen un tiempo de reanimación, estabilización y traslado definido. Si no se cumplen estos tiempos, o no se realizan las medidas adecuadas, el paciente empeora y puede morir. Este tipo de víctimas posibilita que se pueda evaluar la actuación, tanto de forma individual como del conjunto del simulacro.

En las diversas reuniones con todos los participantes (encuentros que empiezan seis meses antes del simulacro y que pueden requerir más de dos al mes) se planifica toda la ejecución de la simulación. Se comienza con la elección del día y hora (por las implicaciones que tiene en el tráfico, personal, etc.). Deben contemplarse desde aspectos de circulación (corte de calles, retirada de zonas de aparcamiento, vías de llegada al hospital, etc.), de seguridad (policía y Mossos d'Esquadra, perímetros de actuación, etc.), de comunicación (prensa, reporteros, cámaras, etc.) hasta una posible retirada de los medios implicados si se produce un hecho real que precisa de su participación.

## Fase de ejecución

La fase de ejecución dura aproximadamente de 2 a 3 horas. Puede

dividirse, de forma esquemática, en varios apartados:

- Momento del accidente (hora de inicio).
- Aviso (establecer una persona que puede avisar al 112).
- Primera llegada de efectivos (pueden ser Policía Local, Bomberos, Mossos, etc.).
- Valoración del tamaño de la catástrofe (pedir más ayuda).
- Llegada del primer escalón médico.
- Control de la zona (Policía Local, Mossos).
- Primera selección de víctimas (protegidos por bomberos).
- Establecer una primera selección.
- Primeros desplazamientos de víctimas (transporte-inmovilización).
- Llegada de más efectivos sanitarios.
- Montaje del Puesto Médico Avanzado (PMA).
- Establecer noria pequeña (de lugar catástrofe a PMA).
- Atención-estabilización de víctimas en PMA.
- Establecer urgencias relativas y urgencias absolutas.
- Determinar prioridad de evacuación.
- Noria de ambulancias.
- Transporte a hospitales.

Durante esta fase deben tenerse en cuenta aspectos de seguridad real (hay un equipo de SEM con activación y operatividad real). Las comunicaciones entre el equipo asistencial y los diversos cuerpos participantes es fundamental (los mayores problemas detectados suelen ser los relativos a la fluidez en la comunicación). También es importante el seguimiento del simulacro por los componentes de la dirección del mismo y los evaluadores (internos y externos).

Todo este proceso debe registrarse de forma gráfica (vídeo y fotografías), tanto de forma docente (posterior evaluación) como por parte de los medios de comunicación que realizan un seguimiento exhaustivo. Se puede aumentar la complejidad de un simulacro con un mayor número y gravedad de las víctimas, con mayor dificultad del proceso de transporte y evacuación o diseñando catástrofes con más de un foco de atención (similares a lo

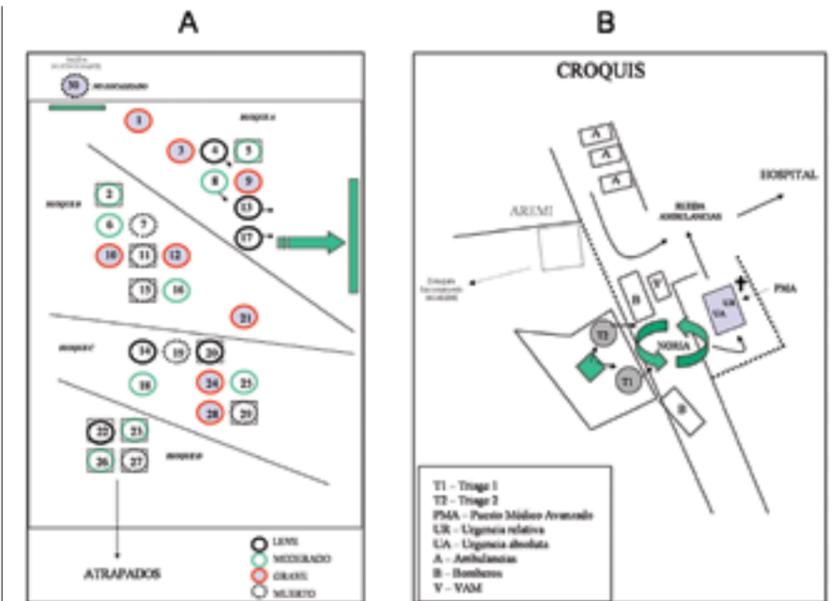


Figura 7. Ejemplo de croquis de simulacro de múltiples víctimas. (A) Disposición de las víctimas en aula con derrumbe de techo. (B) Croquis de las fases del simulacro

ocurrido en el atentado terrorista de Madrid, donde había varias bombas a la vez).

## Fase de valoración

Es necesario que todos los participantes de un simulacro evalúen su actuación. Es fácil hacer una valoración de la atención a las víctimas si conocemos su posible evolución y si no son atendidas correctamente. El papel de éstas es fundamental, y este rol suele adjudicarse a personal entrenado (profesionales sanitarios). Deben disponer de un guión que contenga sobre lo que pueden informar (constantes, dolor, etc.), material de simulación de heridas y fracturas y un control del tiempo en el que son atendidas y evacuadas.

Hay una primera fase de evaluación en conjunto (al acabar el simulacro) con todas las entidades colaboradoras y una posterior evaluación individual. Desde el punto de vista docente, la valoración de los médicos participantes es el objetivo principal. Los médicos que toman parte en la simulación pueden tener papeles asignados como víctimas, médicos asistenciales,

coordinadores o evaluadores. Por otra parte, la valoración de un simulacro pone casi siempre en evidencia problemas de medios, coordinación o comunicación a la hora de enfrentarse a un hecho real. Este es el objetivo social de los simulacros.

Cada vez se aceptará más la realización de simulacros, que también partirán de distintos ámbitos (empresas, compañías de seguros, ayuntamientos, etc.). Nosotros, desde la Facultad de Medicina, debemos seguir ofreciendo esta opción dentro de la cartera de posibilidades que se incluyen en el CISC.

El ambiente que se crea durante la realización del simulacro consigue poner a prueba las habilidades necesarias para atender un alto volumen de víctimas. El caos que se produce (sin la carga emocional de víctimas reales) es fundamental para comprender y prepararse para un hecho real que, aunque no deseable, acabará por ocurrir.

Javier Trujillano y Ramon Nogué  
Centro de Investigación y Simulación  
Clínica (CISC). Facultad de Medicina. Universidad de Lleida

## BIBLIOGRAFÍA

1- Del Moral I, Rabanal JM, Díaz de Terán C. Simuladores en Anestesia. Rev Esp Anestesiol Reanim 2001; 48: 415-422.  
2- Wass V, Van der Vucuten C, Shatzr J et al. Assesment of clinical competente. Lancet 2001; 357: 945-949.  
3- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competente. JAMA 2002; 287:226-235.

4- Papadakis MA. The stip 2 clinical skills examination N Engl J Med.2004; 350: 1703-1715.  
5- Grube C, Sinner B, Boeker T et al. The patient simulation for taking examinations: a cost effective tool? Anesthesiology 2001; 95: A1202.  
6- Weller JM, Bloch M, Young S, et al. Evaluation of high fidelity patient simulation in assesment of perfomance of anesthetist. Br J Anesth. 2003; 90: 43-47.

7- Forrest FC, Taylor MA, Postlethwaite K et al. Use of a high-fidelity patient simulator to develop testing of the tecnicnal performance of novice anaesthetist. Br J Anesth 2002; 88: 338-344.  
8- Berkentadt H, Ziv A, Gafni N, et al. Incorporating simulation based objective structured clinical examination (OSCE) into the Israeli national board examination in anesthesiology. Anesth Analg 2006; 102: 853-858.

# Violencia en la pareja

Cuando trabajamos con parejas donde se ha instalado el maltrato, nos hacemos muchas preguntas: ¿Qué es lo que empuja a un hombre o a una mujer a maltratar a su pareja? ¿Por qué la persona agredida se queda en una relación que le hace daño? ¿Todas las parejas con violencia tienen la misma dinámica? ¿Existen grados en la violencia? Y si es así, ¿cómo medirlos?

Definición de *violencia* del Consejo Europeo (1986): "Cualquier acción u omisión cometida dentro del marco de la familia por uno de sus miembros, que amenace la vida, la integridad física o psicológica, o la libertad de otro miembro de la misma familia, o que dañe seriamente el desarrollo de su personalidad." De esta definición se extrae: primero, contempla tanto las acciones como las omisiones llevadas a cabo en un contexto familiar; segundo, cualquier miembro de la familia puede ser el responsable del maltrato, y, tercero, la protección es para cualquier miembro de la familia que la necesite.

La responsabilidad de la agresión es del que la ejerce, pero para modificar la situación es necesario que se produzcan cambios tanto en éste como en la persona que recibe la agresión, y en la interacción de las partes. Nuestro papel como terapeutas es ayudarles a comprender qué papel están haciendo cada uno.

De esta manera, tendremos en cuenta los factores que pueden desencadenar la violencia, la dinámica de las parejas donde se ha instalado el maltrato y los indicadores de riesgo.

## Factores desencadenantes de la violencia

Factores socioculturales: los seres humanos creamos unas bases sociales para relacionarnos entre sí, unos códigos que nos facilitan la convivencia con el grupo social y que entendemos como cultura. Las sociedades más adelantadas tienen más violencia doméstica.

Los participantes del maltrato suelen concebir, en muchas ocasiones, unos patrones de género estereotipados o rígidos, ya sea por parte de un

miembro de la pareja (generalmente hombre) o de ambos.

Factores familiares: nos encontramos con diferentes tipologías:

a) Familia que triangula: la contienda entre los padres salpica a todos los miembros de la familia. Son los hijos primogénitos los primeros que, sin querer, son invitados a participar en la batalla.

Cuando un hijo se convierte en aliado de un progenitor, la relación con el otro se complica. Es atrapado en un profundo conflicto de lealtades: ¿Cómo puede querer al que es su enemigo? Y, sin embargo, le quiere y le necesita. Cualquier niño necesita ser protegido y cuidado para tener su dosis necesaria de seguridad y protección, pero es importante remarcar que la necesita de ambos progenitores.

Asimismo, estos niños no saben manejar sus emociones. Han crecido en el miedo, que es una emoción que prevalece sobre las otras y provoca un estado de alerta y paso al acto. Cuando se repite la historia vivida, el género es decisivo para determinar el lugar que ocupará cada uno en una relación de maltrato. Generalmente, los hombres, al tener la fuerza física, aprenden a pasar al acto. Las mujeres, por el aprendizaje de rol femenino a través de la historia, reproducen el desamparo, sin saber siquiera si tienen el derecho de cambiar la situación.

b) Familia que maltrata físicamente: utilizan los golpes en nombre de la educación, abusando del poder que tienen sobre los niños.

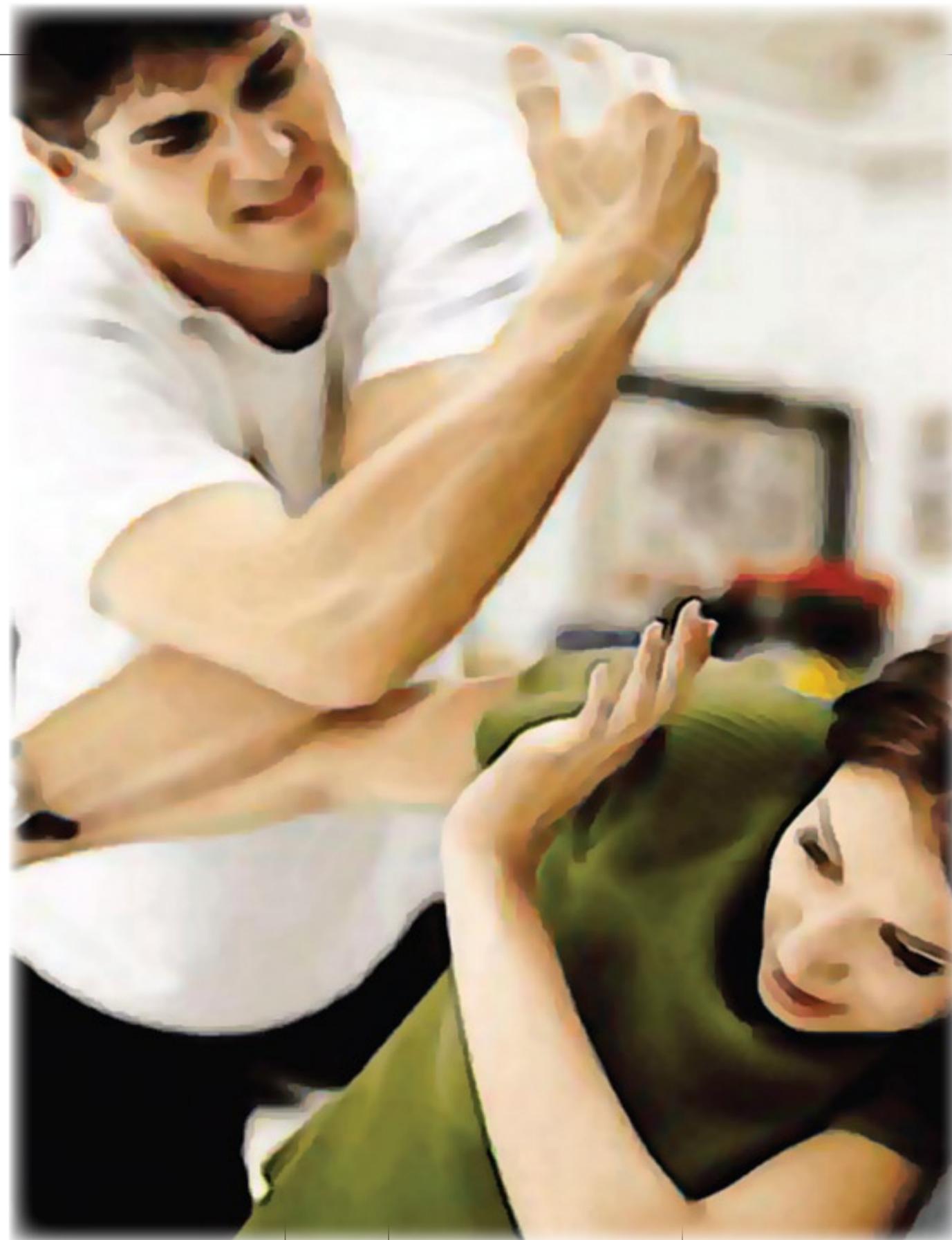
El género juega un papel importante en la reproducción de la violencia. Suelen ser hombres los que primero son violentos con sus padres y, posteriormente, con sus parejas. En cambio, son mujeres las que repiten la situación de indefensión en la pareja.

c) Familia que abandona emocionalmente: la pareja no tiene grandes conflictos en la relación y se les ve desde fuera como una pareja bien avenida. Son una constelación cerrada donde los hijos no tienen cabida.

d) Familias con dificultades para poner límites: la relación con los hijos está marcada por dos ejes relacionados entre sí. Por un lado, está la satisfacción excesiva de las necesidades materiales y, por otro, los padres son incapaces de poner límites, porque los valoran como algo negativo.

## Características de las parejas con problemas de violencia

Dependencia emocional: estas parejas tienen miedo a no ser queridas, a ser abandonadas. En una pareja con dificultades de maltrato, la dependencia emocional tendrá que ver con el contrato inicial de la relación, en el que estará estipulado que las inquietudes



y necesidades personales deberán ser satisfechas en la relación de pareja.

Aislamiento social: la concepción del mundo se centra en la pareja, incluso

la familia de cada uno está fuera del universo propio.

Deficiencias comunicacionales: el punto débil es la comunicación. Cuando

hay un conflicto, el sentido común se obnubila a causa de las emociones y el miedo impide cualquier tipo de interacción fluida.

## Valoración del riesgo

1. No hay consciencia de que se tiene un problema: justifica el maltrato como provocación del otro.

2. Propuesta de un cambio en la relación: cuando la mujer propone una relación más igualitaria, puede haber un incremento de la violencia para intentar regresar al funcionamiento anterior.

3. Clima familiar de tensión y miedo: si prevalece la tensión y el miedo, sus miembros se sentirán paralizados. La persona sometida siente que si dice o hace cualquier cosa puede estallar una bomba de relojería.

4. Maltrato desde la familia de origen: cuando se ha vivido desde la infancia en un medio hostil y tenso es fácil acostumbrarse a vivir con normalidad situaciones extremas.

5. La pareja está centrada en sí misma: tienen pocas relaciones con el exterior (familiares y amigos), dificultades laborales y ausencia de hobbies.

6. Justificación de la violencia: las familias respectivas justifican la violencia y no los apoyarían en el caso de que decidieran separarse.

7. Celos patológicos: control posesivo por parte de uno de los dos, que desconfía —sin motivo— del otro.

8. Obligación de mantener relaciones sexuales: no puede negarse, porque implicaría otra agresión.

Si, además, se presentan una o más de las siguientes situaciones, el riesgo aumenta:

- Amenazas de muerte dirigidas al otro y posesión de armas.

- Psicopatología (trastornos de personalidad) y abuso de sustancias.

- Violencia fuera de casa (agresividad con terceros).

- Frecuencia: en el último año ha habido dos o más actos de violencia.

## Posibles intervenciones

Si la demanda que hacen los implicados en una relación violenta es de terapia de pareja, para poderla llevar a cabo serán necesarias las siguientes premisas:

1. Ambos miembros de la pareja deben aceptar que la violencia es su primer problema.

2. La persona que arremete debe detener su violencia.

3. Ambos deben estar dispuestos a hacer un contrato de no agresión.

En el caso de que sólo uno de los dos sea el que se encuentra francamente mal y no quiera separarse, se le ha de aportar ayuda para reconocer la importancia de su seguridad. Cuando la familia de origen minimiza y/o justifica la violencia, complica la intervención.

M<sup>a</sup> Carmen Anadón  
Psicóloga clínica

Només fins al 31 de desembre  
o fins a exhaurir-ne les existències

4%  
D'INTERÈS  
TÈCNIC ANUAL  
GARANTIT

## planes de pensiones

### CALCULE CUANTO COBRARÁ CUANDO TERMINE SU VIDA LABORAL

Ingresos anuales actuales	Último sueldo percibido en el momento de la jubilación	42 años	50 años	55 años	60 años
100.000	20.000	144.452	174.637	201.513	227.741
40.000	8.000	49.505	44.979	40.693	36.857
20.000	4.000	24.752	22.489	20.346	18.428
10.000	2.000	12.376	11.244	10.173	9.214
5.000	1.000	6.188	5.622	5.086	4.607

## Pla d'Estalvi i Jubilació 105

A Mutual Mèdica treballem per oferir als metges els productes més exclusius i ara, amb més avantatges fiscals. Amb el nostre Pla d'Estalvi i Jubilació 105, obtindrà una rendibilitat excel·lent: el 4% D'INTERÈS TÈCNIC ANUAL GARANTIT durant tota la vigència del contracte, per a les aportacions efectuades durant el trimestre octubre-desembre de 2009. GRAN AVANTATGE FISCAL: fins a un 100% de les aportacions es poden desgravar de l'IRPF tant si es treballa per compte propi com per compte d'altri. Truqui'ns ara i gaudeixi de les millors condicions per a la seva jubilació.



MutualMèdica

De metge a metge