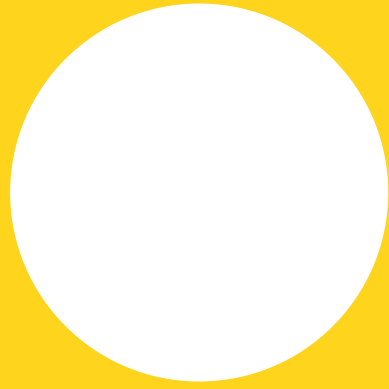


NÚMERO 3 - 2003

**REVISTA DE LA  
REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA  
DE CATALUNYA**



REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 18 - NÚMERO 3 - 2003

# REVISTA DE LA REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

## **JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADEMIA**

**PRESIDENT:** Jordi Sans i Sabrafen  
**VICEPRESIDENT:** Jacint Corbella i Corbella  
**SECRETARI GENERAL:** Francesc M. Domènech i Torné  
**VICE-SECRETARI:** Antoni Tejedo i Mateu  
**TRESORER:** Albert Agustí i Vidal  
**BIBLIOTECARI:** Josep M. Massons i Esplugas  
**VOCAL:** Guillem López i Casasnovas  
**VOCAL:** Josep M. Dexeus i Trias de Bes  
**SECRETARI D'ACTES:** Manuel Camps i Surroca  
**ARXIVER:** Joan Uriach i Marsal  
**PRESIDENTS D'HONOR:** Moisès Broggi i Vallès  
Josep Laporte i Salas

## **CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA**

**DIRECTOR:** Màrius Foz i Sala  
**REDACTOR EN CAP:** Ferran Nonell i Gregori  
**COORDINADOR EDITORIAL:** Antoni Tejedo i Mateu

REDACCIÓ: Ediciones Doyma, S.L. Travessera de Gràcia 17-21. 2on.  
08021 Barcelona

Dipòsit legal: B-3338-86 • ISSN: 1133-3286 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

# REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI

VOL. 18

Núm. 3

SETEMBRE-DESEMBRE 2003

## COL-LOQUI: L' ERROR MÈDIC

Els errors en medicina. Breu apunt històric  
*Jacint Corbella*

71

L'error mèdic. Consideracions sobre les seves causes i conseqüències  
*Josep Maria Mascaró*

75

L'error mèdic en medicina interna  
*Antoni Caralps*

80

L'error mèdic en cirurgia  
*Santiago Dexeus*

82

Conseqüències legals de l'error mèdic  
*Daniel Torras*

85

Problemàtica de l'error mèdic als col·legis de metges  
*Ramón Trias*

89

### Aportació al col·loqui

Error mèdic en pediatria  
*Manuel Cruz Hernández*

94

## EL RACÓ DE LA HISTÒRIA

Josefa Amar, primera dona a l'acadèmia de medicina de Barcelona l'any 1790  
*Edelmira Doménech*

96

El paper de Joan Giné en la construcció de la nova Facultat de Medicina i l'Hospital Clínic de Barcelona  
*JL. Ausín Hervella*

99

## NECROLÒGIQUES

Alfonso Balcells Gorina  
*Josep Espriu Castelló*

106

107

## Col·loqui: L' error mèdic

# ELS ERRORS EN MEDICINA. BREU APUNT HISTÒRIC

Jacint Corbella

Acadèmic numerari

La possibilitat d'error, el fet d'equivocar-se, és inherent a totes les activitats humanes, però un camp en el qual pot tenir una transcendència gran i més visible és el de la medicina.

Cal fer primer un breu apunt per a marcar les fronteres entre el que és un "error" sense cap més qualificatiu i una activitat equivocada per una manca de coneixements, de perícia, o semblant. En aquest cas, el límit entre l'error simple, sense culpa, i la mala praxi, amb responsabilitat, no sempre queda clar i sovint s'interpreta diferent segons el punt de vista de cadascú, principalment de l'afectat, que en rep les conseqüències, o del qui fa l'error.

D'altra banda, cal diferenciar entre els errors que són deguts principalment a un desenvolupament encara insuficient dels coneixements i els errors deguts a una mala aplicació o deducció d'aquests coneixements. Val a dir que sovint les idees que han regit el pensament científic, també el mèdic, han estat errònies. Però això s'ha sabut quan nous coneixements han permès superar els conceptes equivocats. Fou el cas, per exemple, quan es considerava que la terra era el centre de l'univers, abans de l'obra de Copèrnic, o que el fetge era el centre de la circulació. No és ara això el que hem de tractar, però cal assenyalar aquests fets per a no tancar-nos massa en visions concretes i detallades.

### El concepte de la incertesa en medicina

Els errors vistos a distància, amb la perspectiva del temps, han estat freqüents, en bona part per insuficiència de coneixements, de l'estat de la ciència de cada època. Aquest fet era conegut pels propis metges de cada temps i molts eren plenament conscients de la insuficiència dels seus coneixements. Així es va estendre la idea que els coneixements eren incerts.

Com a reacció, van venir llibres per a defensar la medicina d'aquesta acusació d'incertesa. Potser entre els que van tenir més difusió en el nostre mitjà, més influït per la ciència francesa, foren els escrits de Pierre J. G. Cabanis (1757-1808), així l'obra *El grado de certidumbre de la medicina*, publicat a Madrid el 1816, traducció de l'edició francesa de 1803. En coneixem com a mínim dues edicions més en castellà, la de París, de 1826 i la de Barcelona, de 1832: *Del grado de certeza en medicina*, traduïda per Pere Felip Monlau, personatge que va ser important en la medicina espanyola. Aquest llibre tenia una intenció molt més defensora del progrés de la medicina i de

la certesa dels seus coneixements que no pas de dubte. Era de fet una defensa de la professió, que sovint era atacada perquè els coneixements dels metges eren relativament poc valorats.

Per no haver d'entrar en una anàlisi, que hauria de ser llarga, en aquesta introducció històrica, que ha de ser breu, em centraré en un sol tipus d'error, en el qual no sol haver-hi sospita, i em refereixo al diagnòstic de la mort.

### Els problemes en el diagnòstic de la mort

L'error en aquest camp no és pas freqüent, però tampoc no és un fet extraordinàriament rar. A més, per les seves característiques, uns pocs casos poden tenir un gran ressò. L'error en el diagnòstic de la mort té una conseqüència directa: el risc de ser enterrat viu. Aquest punt ha estat causa d'una certa por en molta gent, el que ha motivat una producció considerable de literatura, principalment des de meitat del segle XVIII, tot el segle XIX i encara una bona part del XX.

Diria que no és pas fàcil fer un diagnòstic immediat de mort, i més des que se sap que la pèrdua de la vida no és un procés instantani, sinó que té una certa durada, durant la qual són possibles les tècniques de reanimació (de ressuscitació), tot i que depèn molt de quina hagi estat la causa de la mort.

Fins fa no gaires anys, en perspectiva històrica, era vàlida la frase llatina clàssica "*mortus est qui non respirat*". Una aturada de la respiració equivalia de fet a una mort imminent i gairebé segura. L'inici de les tècniques de reanimació respiratòria, i després la ventilació assistida, han variat el panorama i avui l'aturada respiratòria, tot i que és prou greu, queda més lluny del diagnòstic, i del pronòstic, de mort. Aquest diagnòstic solia ser bastant clar, visible, i d'aquí que en algun cerimonial el fet de posar un vidre o un mirall davant del nas o la boca, per veure si s'entelava o no, es considerés com un signe útil per al diagnòstic de la mort.

Un pas més enllà el trobem en la valoració de l'aturada cardíaca, que era de recuperació extraordinàriament difícil. La manca d'auscultació del batec del cor va ser considerada, en el segle XIX, com un dels signes patognòmics de la mort i el més característic per al seu diagnòstic. No era del tot segur, i més en nens i persones molt obeses, i el silenci havia de ser bastant perllongat: es fixaren límits de dos i de cinc minuts. En el segle XX, la imatge radiològica del cor que no batega, o l'ECG pla, donaven una seguretat tècnica i se'ls ha considerat

com a signes característics indubtables. Fins que, principalment amb els desfibril·ladors, s'ha après a fer bategar altra vegada un cor que s'havia aturat. El tercer element és el concepte de mort cerebral, en el qual no hem d'entrar aquí.

El que cal dir és que, en altres temps, amb possibilitats més reduïdes, o avui, àdhuc amb l'ajut de tècniques més precises, el diagnòstic de mort pot ser equivocat, pot haver-hi error, si no donem temps suficient per tal que es manifestin tots els signes. En farem un breu repàs històric i esmentarem algun fet conegut i, sobretot, l'impacte que va tenir sobre gran part de la societat la por de ser enterrat en vida. Encara avui hi ha gent que té aquests dubtes, però no s'arriba a l'autèntic terror de moltes persones en temps de la Il·lustració o del Romanticisme, i més tard. També cal dir que hi ha molta més llegenda, sovint poc versemblant, que no pas realitat comprovada.

#### Alguns casos certs d'error

Un dels casos més coneguts fou el d'un jove capellà francès que, a la primera meitat del segle XIX, va morir de manera sobtada mentre estava fent un sermó. Hi hagué un dol, la missa de funeral, però en un cert moment, quan ja era dins del taüt, es va despertar. La recuperació fou bastant ràpida. Podia ser una llegenda més, però en aquest cas el que dóna garantia de la certesa del fet ho trobem en una sessió del senat francès de l'any 1866, quan es discutia sobre aquest tema. Aquest cas el va explicar l'arquebisbe de Burdeus, cardenal Ferdinand Donnet (1795-1882), i va dir, amb tot el dramatisme, "*aquell jove capellà és el mateix que ara us parla*". El fet sembla, doncs, realment cert i ha estat recollit per algun dels grans tractats de la medicina legal francesa.

De pròpia experiència personal, recordo el cas d'una senyora, ja bastant gran, que tenia una cicatriu no massa estètica per una traqueotomia. Em va explicar que de petita havia tingut la diftèria i l'havien donat per morta i que, quan ja estava vestida de blanc i al bagul, van veure que respirava i amb un ganivet de cuina li van fer una traqueotomia d'urgència.

I en l'experiència de l'Institut Anatòmic Forense de Barcelona queden les explicacions directes de dos dels subalterns que es van trobar amb aquest fet, ambdós en el cas de nens, que és quan el diagnòstic immediat de mort és més difícil. Un d'ells fou cridat a la sala de pediatria per a recollir el cadàver d'un nen. Quan va arribar, va dir a la monja: "*iHermana, que todavía está vivo!*". En un altre cas recordo l'esglai amb què el mosso de nit m'explicava que havia sentit els plors reals d'una criatura a la sala de baix del dipòsit.

Més enllà queden les dificultats de diagnòstic quan el temps de què es disposa és petit, o bé les circumstàncies fan que hi hagi una allau de cadàvers, que ni tan sols són vistos per metges, com pot ser el cas d'enterraments en terratrèmols o altres accidents, grans inundacions, fets de guerra, i també en temps d'epidèmies. En el relat de la catàstrofe de Bhopal, d'o-

rigen industrial, el desembre de 1984, amb centenars de morts per emanacions d'isocianat de metil, Dominique Lapierre explica documentadament un cas d'aquest tipus en una noia jove, Padmini, considerada morta dues vegades. L'última la van haver de treure de la pira funerària.

Tampoc no són excepcionals alguns relats, tot i que esporàdics, de la premsa del nostre temps, àdhuc amb reclamacions a institucions hospitalàries per algun possible error d'aquest tipus en "cadàvers", més en el cas de nens, que ja havien estat duts al dipòsit.

#### La por de ser enterrat en vida

La literatura global sobre el tema és extensa i, generalment, poc fiable, perquè comença per recollir molts relats que semblen inversemblants i dels quals no hi ha prova ni testimoni directe. Si es fa cas de les descripcions antigues, solen ser anècdotes repetides, variant el nom i el lloc d'una mateixa situació. Un exemple són les històries de la senyora que és enterrada amb un anell posat i, a la nit, quan l'enterramorts el vol robar, es troba amb la persona viva. També els innombrables relats de sorolls dins de la tomba, la qual quan més tard és oberta presenta una escena que demostra que el cadàver es va bellugar: les mans sobre el cap... Aquesta és la literatura.

#### La mort aparent

Una de les circumstàncies que pot induir a error amb més facilitat o que dificulta el diagnòstic són els casos de mort aparent deguts a la permanència en el fred, la congelació. La hipotèrmia és una causa important entre les que poden ser causa d'error. Precisament aquesta és es una de les circumstàncies en què un EEG pla no té validesa suficient per si mateix. També, però menys freqüent, és el cas de persones que han estat submergides en aigües gelades, àdhuc sota una capa de gel, durant un temps llarg. Relats d'aquest tipus es troben més en la literatura mèdica nòrdica i alguns semblen prou verídics. També el cas de l'electrocució, en què sovint la reanimació ha de ser llarga i a vegades sense èxit. Algun cas de les descripcions inicials de Jellinek té prou dramatisme perquè la víctima, malgrat la paràlisi respiratòria, pot mantenir la consciència i adonar-se de la situació i de les conseqüències sobre si es para o no la reanimació. El capítol que estudia la diferència entre "mort real" i "mort aparent" sol ser bastant detallat en alguns llibres.

Farem un breu repàs d'alguns aspectes recollits al llarg del temps. Ben recent és la publicació de la versió castellana del llibre de Jan Bodenson *Enterrado vivo*, amb el subtítol *La aterradora historia de nuestro miedo más primario*. És un estudi molt documentat sobre el tema que separa clarament la llegenda de la realitat.

La difusió social de la por a l'error en el diagnòstic de la mort va tenir el primer moment important (abans el tema hi era, però tenia poc ressò), a partir d'un text de Jakob Winslow (1669-1760) sobre la incertesa dels signes de la mort, *Morte incertae signa*, l'any 1740. Explica algun cas d'error diagnòstic que probablement era cert i en tot cas s'insistia a no fer l'enterrament massa de pressa. L'únic signe segur era la putrefacció.

El llibre va ser traduït aviat al francès per Jean-Jacques Bruhier d'Ablaincourt, metge de París, amb el títol *Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort* i va tenir molt èxit de difusió. Va ser font de polèmica i va influir en certs aspectes de la mentalitat del seu temps, va crear una por i va obrir la via per a prendre mesures que evitessin l'enterrament en vida. No va ser l'únic però sí potser el més important aleshores. La resposta no va ser la mateixa a tots els països. Una primera mesura era retardar l'enterrament. Una altra, guardar el cadàver en un edifici proper als cementiris fins que apareguessin signes de putrefacció, que era considerada com al signe més clàssic de la mort, encara que tardava. Després Bruhier afegeix relats pel seu compte, alguns presos de llegendes antigues. Ràpidament, se'n van fer traduccions a l'italià, l'anglès i l'alemany, que escampen aquesta idea per Europa. Alguns metges presentaven aleshores casos reals coneguts, per a demostrar que el problema existia.

En el segle XIX, i també en el XX, hi ha algunes descripcions, àdhuc en revistes mèdiques, que demostren que l'error en el diagnòstic de la mort és un problema real, tot i que infreqüent. Un nombre bastant elevat de persones, entre elles personalitats conegudes, ordenen en el seu testament disposicions molt precises per a la comprovació efectiva de la seva mort abans de l'enterrament i inclouen, fins i tot, la producció de lesions (per exemple, l'obertura d'artèries o de venes) que assegurin la mort.

#### Cap a la solució: premis per a establir signes certs de mort

Entre les conseqüències nombroses d'aquesta por, en remarcarem dues de signe ben diferent. Una, més en l'esfera social, és la creació de dipòsits per a observar l'evolució dels cadàvers, amb finestres des de fora i sales àmplies i fèrides. Eren les *Leichenhaus*, en algunes ciutats molt luxoses, i que podien ser visitades pel públic, com és el cas de Munic o Frankfurt, que van durar pràcticament fins a la ratlla del 1900. També es van patentar bastants models de "taüts de seguretat".

L'altra, en l'esfera científica, és la convocatòria de premis, per les acadèmies, principalment la de Ciències de París, per a guardonar els treballs que aportessin un progrés als signes de diagnòstic de la mort. El més conegut fou el premi fundat per Pietro Manni, que havia d'atorgar l'Acadèmia de París. Les dues primeres convocatòries quedaren desertes. La tercera va premiar, el 1848, un treball d'Eugène Bouchut (1818-1891),

que proposava l'auscultació del cor amb un estetoscopi (introduït feia pocs anys per Laennec) i, si hi havia un silenci perllongat, es podia certificar la mort. Aquest signe va ser extraordinàriament valorat. Immediatament, el 1849, Bouchut publicà un llibre de molt èxit: *Traité des signes de la mort*.

Més tard, també per l'Acadèmia, es va atorgar el premi del Marquès d'Ouerches, sobre el mateix tema. I encara un premi Dugate, a finals del segle XIX, que fou guanyat per Severin Icard, el qual va proposar la injecció d'una substància fluorescent que en el cas que es mantingués la vida, i la circulació, donava un color grogós a la pell i verdós als ulls. Va ser un dels signes que van tenir més difusió i considerat com dels més segurs per al diagnòstic cert de la mort.

#### Conclusió

A partir d'aleshores, equivocar-se en el diagnòstic de la mort ja no era tan fàcil, perquè hi havia, d'una banda, una sensibilització sobre el tema i s'hi havien de fixar més i, de l'altra, més estudis que permetien afinar molt més. Passats els anys ràpidament, l'etapa següent obliga a la recerca de nous avenços tècnics i hi ha pressa per a fer aquest diagnòstic, de cara a la utilització dels òrgans. La precisió de les tècniques pot ser molt més gran. Els trasplantaments han fet més per al progrés en el diagnòstic precís de la mort i en la delimitació conceptual del que és aquest fenomen de cessament de la vida que tots els altres fets junts.

#### ELS ERRORS EN MEDICINA: BREU APUNT HISTÒRIC

**La possibilitat d'error, tot i que és inherent a qualsevol activitat humana, té una gran transcendència en el camp de la medicina. Els límits entre l'error (sense culpa) i la mala praxi (amb responsabilitat) no sempre queden clars. Amb la perspectiva del temps, es conclou que molts errors han estat producte de la insuficiència de coneixements en cada època.**

**Al llarg de la història ha tingut molta rellevància l'error en el diagnòstic de la mort. Deixant de costat les versions novel·lades o les llegendes, s'han documentat alguns casos en què persones, sobretot nens, donades per mortes, van recuperar els signes vitals; un d'ells va succeir a Bhopal, durant la catàstrofe ocasionada per les emanacions d'isocianat de metil, el 1984, quan una jove va ser donada per morta en dues ocasions. L'absència de respiració o de batec cardíac, en d'altres temps indicatiu de mort, han deixat de ser-ho després del desenvolupament de les tècni-**

ques de reanimació cardiopulmonar (ventilació assistida, desfibril·ladors). Avui dia, el desenvolupament de les tècniques de trasplantament obliga encara més a ser molt precisos en el diagnòstic de la mort.

#### LOS ERRORES EN MEDICINA: BREVE APUNTE HISTÓRICO

La posibilidad de error, aunque inherente a cualquier actividad humana, posee una gran transcendencia en el campo de la medicina. Los límites entre error (sin culpa) y la malpraxis (con responsabilidad) no siempre quedan claros. Con la perspectiva del tiempo, se concluye que muchos errores han sido producto de la insuficiencia de conocimientos en cada época.

A lo largo de la historia ha tenido mucha relevancia el error en el diagnóstico de la muerte. Dejando de lado las versiones noveladas o la leyendas, se han documentado algunos casos en que personas, sobre todo niños, dadas por muertas, recuperaron los signos vitales; uno de ellos ocurrió en Bhopal, durante la catástrofe ocasionada por las emanaciones de isocianato de metilo, en 1984, cuando una joven fue dada por muerta en dos ocasiones.

La ausencia de respiración o de latido cardiaco, en otros tiempos indicativos de muerte, han dejado de serlo tras el desarrollo de las técnicas de reanimación cardiopulmonar (ventilación asistida, desfibriladores).

Hoy día, el desarrollo de las técnicas de trasplante, obliga aún más a ser muy precisos en el diagnóstico de la muerte.

#### MEDICAL ERRORS: A BRIEF HISTORICAL NOTE

Although inherent in any human activity, the possibility of error is highly significant in the field of medicine. The boundaries between error (without blame) and malpractice (with liability) are not always clear. With hindsight, many errors have been caused by insufficient knowledge in the period in which they occurred.

Throughout history, error in the diagnosis of death has been highly important. Leaving aside examples from novels and legends, several cases have been documented of individuals, especially children, taken for dead who subsequently recovered vital signs. One of these cases occurred in Bhopal during the catastrophe caused by the methyl isocyanide leak in 1984 when a young girl was taken for dead on two occasions.

In the past, the absence of breathing or heartbeat indicated death. With the development of cardiopulmonary resuscitation techniques (assisted ventilation, defibrillators), this is no longer the case.

Today, the development of transplantation techniques necessitates even greater accuracy in the diagnosis of death

# L'ERROR MÈDIC. CONSIDERACIONS SOBRE LES SEVES CAUSES I CONSEQÜÈNCIES

Josep Maria Mascaró\*  
Professor Emèrit de Dermatologia de la Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona

*"Tothom s'equivoca i el risc es més gran perquè cadascú segueix la seva pròpia veritat. El defecte no és en haver pres un camí equivocat sinó en no aconseguir una altra veritat."*  
(Pascal, Pensaments, 863)

Fa trenta anys vaig llegir amb interès un llibre titulat *Els errors judicials* del famós advocat francès René Floriot. És un estudi molt interessant del perquè i el com es donen aquestes equivocacions. Escrit amb coneixement de causa i fi humor pel millor penalista i advocat defensor de llengua francesa del segle XX, es de fàcil lectura per al profà. En aquest llibre analitza els errors de les causes famoses, com la del capità Albert Dreyfus, condemnat per espionatge, reconegut innocent després i indultat, o la del pagès Gaston Dominici, sentenciat a mort per l'assassinat de la família Drumond, crim que no havia comès. Tots aquests processos van omplir pàgines dels diaris d'aquells temps i continuen essent objecte de discussió i de tesis jurídiques. Aquell llibre va quedar arraconat a la meua memòria fins que vaig llegir un article de Penson i un grup d'oncòlegs, anomenat "Errors mèdics", que va donar-me la idea de tractar aquest tema a la nostra Reial Acadèmia. Caldria dir, per a començar, que equivocar-se no és solament un fet freqüent en l'home (*errare humanum est*) sinó que és propi de la natura, que admet l'existència del desordre particular (com la proliferació cel·lular anàrquica que acaba amb l'individu, la catàstrofe que pot fer desaparèixer una espècie, o el fenomen còsmic que arriba a destruir un cos espacial) dins de l'evolució general de les coses. A la natura els errors es repeteixen i multipliquen, malgrat que existeixen mecanismes capaços de reparar les fallides. Sovint aquests errors són finalment favorables per a la pròpia espècie i per a l'evolució de l'univers (per exemple, els dinosaures havien de desaparèixer perquè poguessin existir noves espècies). La combinació dels errors i de l'atzar van ésser moltes vegades la font de descobriments. Els navegants espanyols van

trobar el continent americà com a conseqüència del seu esforç per cercar una ruta més curta cap a l'Extrem Orient en direcció oest. En medicina la llista de descobriments fortuïts, sovint fruit d'equivocacions, és impossible de transcriure: des de la vacuna de la ràbia a l'activitat dels antipal·lúdics en el lupus eritematós i la del zinc en la acrodermatitis enteropàtica. Fins i tot la fórmula de la Coca-Cola, prodigi d'èxit alimentari, econòmic i social del segle XX, va ésser l'afortunada conseqüència d'un descuit. Tot això serveix per a il·lustrar la llarga llista de troballes nascudes de l'error, l'atzar o el raonament incorrecte.

Parlant de l'error mèdic, per les seves conseqüències pràctiques, és particularment important el que es refereix a l'equivocació en el diagnòstic i el tractament.

Tots ens hem equivocat alguna o moltes vegades. El metge que creu que mai s'ha equivocat o bé no ha tingut encara prou experiència o va fer una medicina tan defensiva que va fer poc per a solucionar els problemes dels seus malalts o, el que és encara pitjor, no te consciència dels seus errors.

Avui, en el programa que entre els distingits ponents hem preparat, farem una revisió dels múltiples aspectes de l'error mèdic. Vull agrair a tots el seu esforç i la seva col·laboració. Gràcies als seus coneixements i al seu treball ha estat possible aquesta sessió. I molt especialment vull fer patent el meu reconeixement i donar la benvinguda al advocat Daniel Torras, expert en el tema de reclamacions per errors o danys mèdics, per la seva aportació al col·loqui.

A continuació veurem quines són les possibles causes i conseqüències de l'error mèdic.

## I.- Causes del error mèdic

### A) Per absència de coneixement.

L'absència de coneixent pot tenir diferents orígens:

**1) Absència de coneixement per la seva inexistència.** El coneixement, doncs, no existeix encara, fet pel qual no hi ha responsabilitat. L'error és fruit del seu temps. És el que

\*Acadèmic numerari: Moderador del col·loqui



veiem en els metges de les comèdies de Molière que, per manca de base clínica i científica, descriuen les manifestacions i les alteracions atribuïnt a la malaltia fets que li són aliens. Fins al segle XIX se suposava que les tnyes serien sempre incurables perquè el paràsit proliferava tan profundament en els cabells que seria impossible destruir-lo. D'això va néixer la dita "és tan dolent com la tinya". Avui hi ha molts espais en blanc en el coneixement de moltes malalties; per exemple, en cas de les transmeses per prions. Però equivocar-se a trobar solucions en el que és desconegut no porta culpabilitat ni té possibilitat d'esmena. El temps és l'únic que podrà posar-hi un remei, potser per a futures generacions.

**2) Absència de coneixement per falta de preparació o d'actualització.** En aquest cas el coneixement existeix, però el metge l'ignora. Durant la seva formació ha adquirit nocions i habilitats que després utilitzarà en l'exercici professional. Però malgrat que rebin la mateixa quantitat de coneixements no tots en treuen el mateix profit. D'altra banda, si amb els anys el coneixement no s'actualitza (formació continuada), el professional queda fora de l'actualitat. És el cas del metge que no prescriu medicacions relativament recents perquè les desco-neix.

**3) Utilització incorrecta del coneixement.** En aquest cas el coneixement existeix però no s'utilitza de forma adient. Se sap el què, però s'ignora el com i el perquè. L'exemple seria la prescripció d'una medicació sense indicar les condicions necessàries per a l'òptima eficàcia (per exemple, el cas de les tetraciclines, que no s'ha d'ingerir amb làctics o que poden ésser fotosensibilizants). Com a anècdota recordo que, fa anys, vaig sentir dir a un conegut dermatòleg que era estrany que hi haguessin pomades d'ACTH.

**4) El coneixement existeix però no s'aplica.** En aquest apartat intervé la problemàtica discutible del criteri individual. El clínic sap que hi ha un procediment adient i eficaç, que altres metges farien servir, però s'absté de fer-ho sense raons vàlides i priva el malalt d'un bé al qual tenia dret. Les raons poden ésser moltes. Una és la por dels efectes secundaris (l'actitud conservadora no és criticable en si mateixa, però deixar sistemàticament el que pot resoldre un problema acostuma a ésser equivocat).

L'altra raó que acostuma a argumentar-se és que l'experiència personal no està d'acord amb el que diu la literatura. Cal dir que, tot i respectant l'opinió de tothom, l'experiència de molts acostuma a ésser més valuosa que la d'un sol si hi ha una discordança.

Aquest apartat és polèmic i només incloc com a error els casos notoris de rebuig sistemàtic, no justificat, d'un mètode avalat per l'evidència i que la majoria prescriu.

## B) Per decisió errònia.

Un plantejament pot ésser equivocat per una sèrie de factors:

**1) Mal plantejament per estudi insuficient del malalt.** Per exemple, a les multitudinàries consultes dels ambulatoris d'algunes institucions públiques el metge de vegades intenta fer un diagnòstic sense examinar el malalt. He vist un pacient amb lesions papuloses palmars i que explicava que tenia tanta pruïja que no podia dormir a la nit; diagnosticat com un líquen pla, sense un examen i un interrogatori correcte, de fet, patia conjuntament una sífilis secundària i una sarna.

**2) Mala selecció entre les opcions.** En arribar al diagnòstic o a prendre la decisió terapèutica, entre les diferents opcions i possibilitats, s'escull la menys valuosa de totes. Un pacient de psoriasi ve a consultar preocupat per l'afectació de les ungles; entre les diferents medicacions que poden ésser utilitzades per a la malaltia, escollir el metotrexat no és encertat, perquè, tot i que eficaç per a les altres manifestacions del procés, és poc efectiu per a onicopatia psoriàsica, perquè inhibeix el creixement de l'ungla.

**3) Mala valoració de la relació risc/benefici.** Quan s'indica una exploració o un tractament, hom es decideix per un que porta un risc innecessari en relació amb el benefici. Sol·licitar una arteriografia per a un problema vascular de poca importància pot no estar justificat, pel risc d'una embòlia per cristalls de colesterol, quan existeix l'alternativa d'altres exploracions no invasores. Un tractament prolongat amb corticoides sistèmics en un adolescent pot determinar efectes secundaris desproporcionats per tractar una alopecïa areata. Probablement la corticoteràpia sistèmica (i la tòpica prolongada en zones extenses) sigui un dels tractaments que hagi provocat mes iatrogènia en els darrers quaranta anys.

**4) No rectificació de decisions que no han donat bon resultat.** El metge està tan convençut de tenir la raó que persisteix en un tractament ineficaç, o que dona efectes secundaris no acceptables. Sovint no fa cas del que diu el malalt. Exemple: un pacient li diu al dermatòleg que quan es posa la solució tòpica de clindamicina per a una folliculitis de la barba té diarrea. El metge li diu que això no és possible. Però és cert. Va venir a veure'm i és un dels tres casos que he vist de diarrea per clindamicina tòpica.

En algun cas la insistència pot ésser "per a no perdre l'autoritat sobre el malalt", sense recordar que -fins i tot en cas que es provi el contrari- el malalt te raó. L'autoritat no està renyida amb la modèstia.

Quan el metge està convençut de tenir la raó i el malalt o l'evolució li porten la contrària cal que es pregunti: "¿l si fos jo l'equivocat?". I cal tornar a valorar el problema. Equivocar-se

és humà, fins i tot de savis, però perseverar en l'error és de necis i pot ésser culpable.

**5) Decisió errònia per excés.** Excés en l'exploració (estudis innecessaris, amb risc o efectes secundaris) o en el tractament. Exemple de tractament en excés és l'administració de diversos antibiòtics sistèmics, sense pauta acceptada que ho recomani, en processos infecciosos que poden ésser resolts amb un de sol o sense cap.

**6) Decisió errònia per raonament equivocat.** És coneguda la història d'un biòleg estudiós del comportament de les puces que en va ensinistrar una fins a aconseguir que saltés quan li manava. Després li va tallar les potes i va veure que no obeïa la seva ordre. Va concloure l'experiment anotant en el seu diari: *"Quan a una puça se li tallen les potes es torna sorda"*. Quan es troba una teoria que ens explica un mecanisme fisiopatològic, o l'acció d'un agent terapèutic, l'important no és que la hipòtesi sigui possible sinó que resulti veritable. Malgrat que es puguin trobar diferents idees plausibles, el que compta és que una d'elles sigui certa.

**7) Decisió errònia per rigidesa de criteri.** Això pot passar per no conèixer el principi de la necessitat de valorar el que és l'individual abans que el genèric; amb altres paraules, que malgrat que encara que el més freqüent sigui la regla, l'excepció és possible, succeeix i ha de ser tinguda en compte. En Pascal diu que, entre les causes bàsiques de l'error, la primera ve de prendre-ho tot literalment (és a dir, al peu de la lletra).

### C) Per actuació deficient.

El metge, encara que sap el que cal fer, ho fa inadequadament.

**1) Per no prosseguir amb l'estudi del malalt.** L'actuació deficient resulta de no haver continuat amb l'estudi del pacient un cop es té l'orientació diagnòstica i s'ha plantejat l'estratègia a seguir. Un tractament adient pot deixar de ser-ho i fins i tot pot ser nociu o insuficient si no es continua valorant l'estat i l'evolució del malalt.

**2) Per valoració equivocada de les conseqüències.** Un dels meus mestres explicava que, en els seus inicis, extirpant un quist del clatell, va veure com el malalt presentava una paràlisi sobtada perquè es tractava d'un meningoencefalocèle no diagnosticat. És clar que abans de començar una intervenció quirúrgica cal preguntar-se si s'està capacitant i equipat per a afrontar les possibles complicacions.

**3) Per acció retardada o insuficient.** El metge no es decideix per una actuació o ho fa tardanament. Pot ésser el cas del

dermatòleg que veu un home gran amb un zòster facial incipient i no s'atreveix a fer-li un tractament amb aciclovir, o un antivíric semblant, per por de la possible toxicitat renal; triga dies i, mentrestant, apareix la paràlisi que hagués pogut prevenir-se.

L'acció insuficient o l'absència d'acció (que és el grau màxim d'actuació insuficient) pot ésser degut a la "medicina defensiva" que s'exerceix per por de les conseqüències legals en cas de fallida o de complicació del tractament. Quan hi ha una terapèutica que porta un risc, el metge pot preferir l'abstenció per a evitar el perill d'un procediment legal o d'una reclamació. Però aquesta medicina defensiva és equivocada, en no tenir en compte, abans de tot, el que veritablement convé al malalt. És una forma d'error per omissió.

**4) Per suggeriment imprecís.** El metge fa de vegades comentaris sense instruccions precises del que el malalt ha de fer. És relativament freqüent que se li digui al malalt que el medicament que pren per un altre motiu és perjudicial per al que ens ve a consultar. El malalt pot pensar que el comentari és una ordre i deixar la medicació sense consultar-ho amb aquell que li va prescriure; la conseqüència pot ésser un agreujament de la malaltia de base. Comentar-li que un medicament pot agreujar-li la prujia, ésser la causa de la seva erupció o empitjorar-li, no vol dir que es prohibeixi que prengui aquell medicament; cal posar-se en contacte amb el metge tractant abans de prendre aquesta decisió (supressió/substitució). Un exemple: un malalt a qui el dermatòleg va dir-li que l'antidepressiu que prenia agreujava la seva psoriasis; el malalt va deixar-lo i poques setmanes més tard es va suïcidar per empitjorament sobtat del seu procés psiquiàtric.

### II.- Aspectes ètics de l'error mèdic

Cal considerar dos aspectes. En primer lloc, què ha de fer el metge quan s'adona que ha comès un error? La segona qüestió es veure quina ha d'ésser l'actitud si descobreix l'error d'un altre metge.

No cal dir que el primer ha d'ésser la correcció de l'error, propi o aliè, amb les mesures adients per a aturar o contrarestar les conseqüències negatives. Un element a considerar és la problemàtica i la necessitat d'explicar al malalt, la seva família o a altres metges que hi ha hagut una equivocació. En la major part dels casos l'explicació directa és fàcil i és preferible a ocultar-ho, i encara pot augmentar la confiança d'un i altres en qui sap reconèixer la seva fallada i està disposat a prendre ràpidament mesures per a evitar-ne les conseqüències. Però és evident que, quan no hi ha relació prèvia o si és difícil amb l'entorn del pacient, o si el metge no té seguretat en sí mateix o manca de caràcter, explicar la equivocació pot ésser difícil i delicat.

Tot i que no hi ha un procediment ideal, en cas de dubte és millor compartir el problema amb un company i demanar-li opinió sobre el cas específic. Dir la veritat mai no és dolent encara que, algun cop, pugui ésser delicat i inicialment semblar contraproductiu. Com a consell genèric no és ètic aconsellar de "no faltar a la veritat sense dir tota la veritat", malgrat que, en casos puntuals, pugui ésser l'actitud menys nociva.

Igualment cal fer quan l'error ve d'un altre metge: el més convenient és parlar amb qui s'ha equivocat, amb simplicitat, modèstia i en profit del malalt, malgrat que això pugui representar un problema. El *savoir faire* de cadascú pot permetre d'aconseguir l'objectiu sense ofendre ni entorpir les relacions. Així doncs, a la pregunta genèrica "Cal aplicar sempre l'ètica de la veritat?", la resposta es també genèrica: "Dir la veritat mai és intrínsecament dolent i, per tant, sempre és recomanable".

### III.- Aspectes psicològics de l'error mèdic

El reflexe inicial de qui s'ha equivocat, si n'és conscient, acostuma a ésser de preocupació, por (per les possibles conseqüències per al malalt i per a si mateix) i ansietat. El pes de la responsabilitat pels efectes de l'error pot ésser molt gran i acompanyar-se de sentiment de culpa, hi hagi o no negligència en l'origen de la fallada.

El millor és poder compartir la contrarietat amb altres companys. Això ajuda a treure l'ansietat i la tendència a maximitzar el problema ("visió depressiva"), a minimitzar-la ("visió maníaca") o a negar-lo o a atribuir-lo a un altre (malalt, familiar o metge, "visió paranoide") en el soliloqui de qui manté per a ell mateix el que li sembla inacceptable.

Cal un recolzament moral i raonar per què ha passat. No s'ha d'oblidar sinó treure conclusions per a arribar a solucions i a prevenció per al futur. En suma, assumir responsablement el problema i prendre decisions.

Qui pensa que mai no pot errar hauria de plantejar-se com ajudaria a un altre a qui li arribés: així trobarà les solucions que caldria per a si mateix si un dia li passa a ell.

### IV.- Conclusió

Aquesta sessió té per objecte considerar les causes i possibles conseqüències de l'error mèdic, una problemàtica sovint oblidada. Les causes de l'error mèdic són diverses i l'origen pot ésser variat. Les conseqüències, psicològiques, ètiques i legals poden tenir una enorme importància.

La revisió des dels diversos aspectes que hem vist avui demostra la complexitat del tema que interessa totes les institucions mèdiques (col·legis de metges, facultats, societats i acadèmies).

Abans de donar pas al col·loqui, vull recordar una frase d'aquell advocat, René Floriot, de qui he parlat a la introducció. Diu: "L'home més honrat i respectat pot ésser víctima de la Justícia. Un bon pare, un bon marit, quina fatalitat podria fer-lo passar per un home deshonest i, fins i tot, un criminal? Aquesta fatalitat existeix i porta un nom: l'error judicial".

Podem canviar la frase i aplicar-la al tema que ens ocupa avui. Un bon metge, honrat, conscient i capaç, pot trobar-se al centre d'una causa per error mèdic (cert o imaginari, a causa d'una fallada pròpia o no). Aquest error mèdic pot originar-li sentiments de culpa, procediments legals, inhabilitació i condemna. El coneixement de les causes de l'error mèdic i de les seves conseqüències pot ésser d'utilitat per a prevenir que tingui lloc i contribuir al fet que disminueixin els possibles i greus efectes per a ambdues parts: metges i malalts.

### REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Floriot R. Les erreurs judiciaires. Flammarion. Paris 1968.
2. Laín Entralgo P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Salvat. Barcelona 1988.
3. Mascaró JM. El futuro de la Dermatología. Conjetura sobre el horizonte tecnológico. Actas Dermosifilogr 2000; 91: 239-243.
4. Mascaró JM. La ética y la estética en Dermatología Cosmética (Soliloquio sobre normas y derechos a una juventud aparente) Actas Dermosifilogr 2001; 92: 124-126.
5. Pascal B. Pensées. Fragments polémiques. Section XIV Copie 226, 863 y Les figuratifs. Section X Copie 31, 648. Livre de Poche 1972.
6. Penson RT, Svendsen SS, Chabnert BA, et al. Errores médicos: taller sobre las perspectivas personales. Oncologist 2001; 6: 100-107.
7. Reason TJ. Human error. Cambridge: Cambridge Univ Press 1991 p 302.
8. Rosner F, Berger JT, Karek P, et al. Disclosure and prevention of medical errors. Committee on Bioethical Issues of the Medical Society of the State of New York. Arch Intern Med 2000; 160: 2089-2092.
9. Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, et al. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. J Gen Int Med 1997; 12: 770-775.

### L'ERROR MÈDIC. CONSIDERACIONS SOBRE LES SEVES CAUSES I CONSEQÜÈNCIES

**Equivocar-se és un fet freqüent en l'home i la natura. La combinació d'error i d'atzar ha estat, en ocasions, font de descobriments. L'error mèdic pot originar-se per una absència de coneixements (per la seva inexistència, manca d'actualització, utilització incorrecta o manca d'aplicació), per una decisió errònia (per estudi insuficient del pacient, mala selecció de les opcions, mala valoració de la relació risc/benefici, actuació per excés, raonament equivocat, rigidesa de criteri) o per actuació deficient (no finalitzar l'estudi, valoració equivocada de les conseqüències, acció retardada o deficient, instruccions imprecises). Una vegada comès l'error, s'han de posar els mecanismes per a corregir-lo. Encara que sigui difícil i delicat, s'ha d'ex-**

plicar al pacient o a la família la naturalesa de l'error. Si és necessari, s'ha de comentar i compartir el cas amb un col·lega, fet que afavorirà la disminució de l'ansietat. El coneixement de les causes de l'error mèdic pot contribuir al fet que disminueixin els possibles i greus efectes que recauen sobre ambdues parts: els metges i els pacients.

#### EL ERROR MÉDICO. CONSIDERACIONES SOBRE SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Equivocarse es un hecho frecuente en el hombre y en la naturaleza. La combinación de error y azar ha sido, en ocasiones, fuente de descubrimientos.

El error médico puede originarse por una ausencia de conocimientos (por su inexistencia, falta de actualización, utilización incorrecta o falta de aplicación), por una decisión errónea (por estudio insuficiente del paciente, mala selección de las opciones, mala valoración de la relación riesgo/beneficio, actuación por exceso, razonamiento equivocado, rigidez de criterio) o por actuación deficiente (no finalizar el estudio, valoración equivocada de las consecuencias, acción retrasada o deficiente, instrucciones imprecisas).

Una vez cometido el error, se deben poner los mecanismos para corregirlo. Aunque sea difícil y delicado se debe explicar al paciente y/o a la familia la naturaleza del error. Si es necesario, se debe comentar y compartir el caso con un colega, hecho que favorecerá la disminución de la ansiedad.

El conocimiento de las causas del error médico puede contribuir a que disminuyan los posibles y graves efectos que recaen sobre ambas partes: médicos y pacientes.

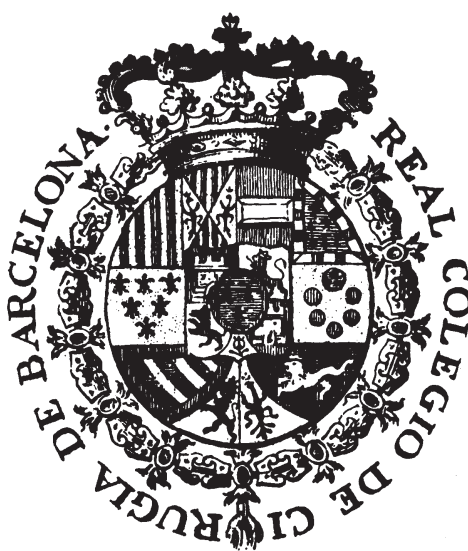
#### MEDICAL ERROR. CONSIDERATIONS ON ITS CAUSES AND EFFECTS

Errors are frequent in human beings and nature. The combination of error and chance has sometimes been a source of discovery.

Medical error can be caused by lack of knowledge (which can be inexistent, out of date, incorrectly used or not applied), by a wrong decision (due to insufficient investigation of the patient, poor choice of options, poor evaluation of the risk/benefit ratio, over-zealous intervention, faulty reasoning, rigid criteria) or by defective procedure (incomplete investigation, faulty evaluation of consequences, delayed or insufficient action, imprecise instructions).

Once an error has been committed, the mechanisms to correct it should be initiated. Although potentially difficult and delicate, the nature of the error should be explained to the patient and/or the patient's family. If necessary, the case should be discussed and shared with a colleague, which helps to reduce anxiety.

Knowledge of the causes of medical errors can contribute to reducing their possible serious effects on both parties: physicians and patients.



# L'ERROR MÈDIC EN MEDICINA INTERNA

Antoni Caralps Riera  
Especialista en Medicina Interna i Nefrologia

La medicina interna inclou el diagnòstic, el tractament i el pronòstic de les malalties en les persones adultes, i combina els exàmens clínics amb els complementaris. L'internista no utilitza tècniques agressives, en general. Per a assolir aquests objectius, cal coneixement i competència. El coneixement és la ciència i la competència és l'aptitud; ambdues es refereixen a aspectes orgànics, però també psicològics i socials, i s'han d'aplicar amb humanitat i moralitat. Tant el coneixement com la competència s'haurien d'actualitzar d'una forma continuada i d'avaluar periòdicament amb un control de qualitat.

Error és quan el metge ha actuat correctament però ha errat i negligència és quan el metge no ha actuat correctament i ha errat. Nosaltres ens referirem a totes dues situacions amb el terme genèric d'error.

## CAUSES D'ERROR

### Per ignorància

El metge no coneix bé la malaltia, el tractament, el pronòstic i/o no sap interpretar les proves.

### Per incompetència

Manca d'atenció.

Oblits.

No estableix un lligam.

Examen imperfecte.

Desorganització i mentides per a justificar-la.

Actituds irracionals.

Defectes en el procés del diagnòstic. El diagnòstic s'ha de fer pas a pas, fins i tot i sobretot en el cas del metge intuïtiu. En aquest sentit, és molt útil elaborar un informe complet oral i escrit en acabar la visita, perquè verbalitzar el procés diagnòstic es racionalitza i obliga a donar explicacions de tot.

No consultar llibres o d'altres col·legues. Karl Popper proposa una nova ètica professional basada en la tolerància entre col·legues, el diàleg, el treball en equip i les sessions d'epicrisi. Ell diu que és humanament inevitable cometre algun error i que cal aprendre d'aquests errors.

### Per ignorància i incompetència plegades

Moltes situacions, entre elles la malaltia del metge.

### Precarietat

De temps

De mitjans

### Comentari

L'error, de vegades, no té conseqüències o són intrascendents, però d'altres són gravíssimes. Cada dia augmenten les reclamacions pels errors i això porta el metge a practicar el que se'n diu medicina defensiva, amb munts de proves innecessàries que encareixen els procediments i que poden tenir efectes secundaris seriosos. La informació que el metge està obligat a donar al malalt i al seu entorn ha d'incloure l'error que ha comès? Dificilíssima qüestió que jo no contestaré.

El defugiment de l'error ha de començar ja en la etapa de pregrau de l'ensenyament de la medicina. Informació i coneixement no són el mateix, diu Oriol Bosch. Cal qualificar al màxim la informació perquè amb el mínim d'informació es pugui transmetre el màxim de coneixement. El coneixement teòric s'hauria d'aplicar immediatament en situacions pràctiques o semblants a les reals, perquè l'alumne estructurí en el seu interior el coneixement i perquè hi reflexioni. També caldria com abans millor ensenyar i avaluar no sols els coneixements sinó també la competència i explicar als alumnes els errors que cometien els metges. Tot això per a aconseguir que el metge novell es converteixi prestament en un expert. I és que l'experiència té un gran valor, però més pel que s'ha reflexionat que pel que s'ha viscut.

Per a acabar, vull dir, amb tota la meua humilitat i modèstia, que el quefer del metge és molt difícil i que són moltes les circumstàncies que poden portar-lo a errar. Els metges han de saber combinar en la seva escala de valors, i en relació amb d'altres metges, la comprensió i el rigor. I han de cercar contínuament la perfecció professional, per difícil que aquesta recerca sigui, perquè tenen l'obligació d'aconseguir-la.

#### L'ERROR MÈDIC EN MEDICINA INTERNA

Es revisen les possibles causes de l'error mèdic en medicina interna, les quals poden agrupar-se en diferents apartats: per ignorància, per incompetència (oblits, manca d'atenció, desorganització, defectes en el procés diagnòstic, absència de consulta a col·legues o a bibliografia específica), per totes dues parts o per precarietat (de temps o de mitjans). L'augment de les reclamacions per error mèdic poden conduir a la pràctica d'una medicina defensiva, fet que encareix el procediment i pot provocar efectes adversos. La prevenció de l'error hauria de començar ja en la fase de pregrau. A part de la transmissió de coneixements teòrics, caldria que es formés i s'avalués la competència global del futur professional. Caldria explicar als alumnes els errors dels seus futurs companys metges. L'experiència té molt valor, més per la reflexió que se'n fa que pels fets viscuts. Els metges han de perseguir contínuament l'excel·lència professional.

#### EL ERROR MÉDICO EN MEDICINA INTERNA

Se revisan las posibles causas del error médico en medicina interna, las cuales pueden agruparse en diferentes apartados: por ignorancia, por incompetencia (olvidos, falta de atención, desorganización, defectos en el proceso diagnóstico, ausencia de consulta a colegas o a bibliografía específica), por ambas o por precariedad (de tiempo o de medios). El aumento de las reclamaciones por error médico pueden conducir a la práctica de una medicina defensiva, lo cual encarece el procedimiento y puede provocar efectos adversos.

La prevención del error tendría que empezar ya en la fase de pregrado. Aparte de la transmisión de conocimientos teóricos, tendría que formarse y evaluarse la competencia global del futuro profesional. Habría que explicar a los alumnos los errores de sus futuros compañeros médicos. La experiencia tiene mucho valor, más por la reflexión realizada sobre la misma que por los hechos vividos. Los médicos han de perseguir continuamente la excelencia profesional.

#### MEDICAL ERROR IN INTERNAL MEDICINE

The possible causes of medical error in internal medicine are reviewed. These can be grouped under several headings: those caused by lack of knowledge or incompetence (oversights, lack of attention, disorganization, defects in the diagnostic process, failure to consult colleagues or the literature on the topic), or by a mixture of both elements, or by a lack of time or resources.

The increase in medical malpractice suits can lead to the practice of defensive medicine, which makes medical care more expensive and may have adverse effects.

The prevention of error should begin during undergraduate training. In addition to theoretical knowledge, training in overall competence should be given to future doctors and should be evaluated. The errors of medical students' future colleagues should be explained. This experience is highly valuable, more for the act of reflecting on errors rather than for the facts themselves. Physicians should continually strive for professional excellence.



# L'ERROR MÈDIC EN CIRURGIA

Santiago Dexeus  
Càtedra d'Investigació en Obstetrícia i Ginecologia. Institut Universitari Dexeus. Universitat Autònoma de Barcelona

## UNA DIFERÈNCIA SUBTIL

La diferència entre error i negligència és, des del punt de vista legal, importantíssima; tanmateix, si bé en medicina hi ha certes situacions en les quals es fa difícil esbrinar si pertanyen al terreny de l'error o de la negligència, en el cas de la cirurgia, el límit és molt ambigu. És ben conegut que la **medicina defensiva** ha menat a una inútil allau de proves i actes mèdics innecessaris. El cirurgià només pot intentar una certa protecció amb els anomenats "consentiments informats", el valor legal dels quals és molt relatiu.

La complexitat de l'acte quirúrgic, que en tantes ocasions requereix de la improvisació en els gestos, fa molt difícil de diferenciar què es pot considerar error i què negligència.

En un llibre que ha publicat recentment, Cristóbal Pera cita Leriche (1879-1955) i el seu famós discurs sobre *Philosophie de la Chirurgie* (1951) i compara l'actitud del cirurgià davant del camp quirúrgic amb "la arena del ruedo de los profesionales de las corridas", és a dir, la responsabilitat recau totalment en el cirurgià, sense cap paliatiu.

Però posem com a exemple un cas ben conegut: l'oblit d'una gasa en el camp quirúrgic. En l'actualitat no existeix cap quiròfan en el qual no es dugui a terme un rigorós control de les gases. Dues en són les responsables: la instrumentista, que ha de verificar que cada paquet de gases lliurat contingui el nombre d'unitats que enregistra la circulat de quiròfan, i la circulat mateixa, que n'efectua el recompte final. El cirurgià ha de verificar que no resti cap element aliè en cloure la intervenció, però si rep la informació que no falta cap gasa (i es tracta d'un error), confiarà en la veracitat de la dada i realitzarà una exploració rutinària que pot no descobrir res d'estrany en un abdomen difícil. Qui n'és el responsable i quin el grau de responsabilitat? Error o negligència?

## ERROR QUE POT SER INTERPRETAT COM A NEGLIGÈNCIA

La cirurgia és per definició una especialitat mèdica en la qual l'aptitud i els coneixements no són suficients sense una habilitat manual i una resistència física que permeti completar l'acte curatiu pretès.

La lesió produïda per un moviment en falç no pot ser interpretada com una negligència i sí, en canvi, com un error que li pot succeir a qualsevol cirurgià. De fet, en nombroses intervencions es produeixen accidents intrínsecs a la tècnica. En la ginecologia oncològica, la dissecció ganglionar en el transcurs de la limfadenotomia aòrtico-pèlvica tot sovint s'acompanya de lesions de grans vasos que es corregeixen en el curs de la intervenció, sense que es considerin accidents infreqüents. El mateix succeeix en les grans disseccions, les quals obliguen a desplaçaments d'òrgans i estructures veïnes. El que considero primordial és que el cirurgià estigui capacitat per a la resolució de qualsevol accident propi de la tècnica que està desenvolupant. No es pot considerar un error i en tenim la prova en les minses denúncies que es produeixen si es compleixen dos requisits primordials: informar degudament el pacient abans de la intervenció dels riscos que comporta i, en el cas que es produeixi un "accident", cal informar-ne el pacient i explicar-li les mesures quirúrgiques que s'han adoptat per tal de resoldre'l.

Un cirurgià pot ser acusat de negligent si no té en consideració el cansament que li poden ocasionar les intervencions i programa de manera inadequada el seu quiròfan. Negligent és qui oblida una preparació adient, tant per a ell com per al seu equip.

Un greu error que serà imputat com a negligència és, si un possible demandant en tingues coneixement, que el cirurgià ha dut a terme la intervenció d'una patologia que no és de la seva competència o sobre la qual no té prou experiència –tema del qual parlaré a continuació–.

## ERROR PER INCOMPETÈNCIA

És obvi que la complexitat que ha adquirit la cirurgia actual està en desacord amb la figura del cirurgià, capaç d'operar-ho tot. La subespecialització s'ha imposat en totes les grans àrees de la cirurgia, especialització necessària bé sigui per la complexitat de la cirurgia d'un determinat òrgan o per la constant aparició de tècniques innovadores.

El cirurgià que té molta habilitat en una determinada cirurgia pot tenir dificultats a l'hora de reciclar-se. L'actitud correcta és deixar-ho en mans dels experts i no intentar, per un simple protagonisme o una competitivitat incorrecta, embrancar-se en tècniques que no domina i que, a més, a mesura que acumuli errors, el faran sentir cada cop més angoixat, ja que la seva cirurgia es tornarà més perillosa.

També el sistema sanitari pot induir a errors. La llei de subespecialitzacions en preveu la creació de tantes com es creguin necessàries, sempre que una altra especialitat ja existent no n'impugni la seva aprovació. Així, per exemple, el cirurgià ginecòleg oncològic ha de tenir unes habilitats i capacitacions que res no tenen a veure amb les pròpies de la cirurgia ginecològica. Amb tot, la subespecialitat no ha estat concedida, per la qual cosa qualsevol ginecòleg pot operar un càncer de mama o la complicada cirurgia de la neoplàsia d'ovari. Aquesta situació dona peu a cirurgies plenes d'errors conceptuals i de tècniques inadequades i permet que un determinat hospital de primer nivell, per prouja professional, vulgui abastar tot el que per llei li pertany, amb el consegüent risc per a les pacients i pitjors resultats en xifres de curació.

L'absència d'un barem exacte de mínims i màxims aplicable als diferents nivells hospitalaris no permet la canalització dels casos difícils cap a hospitals de referència, els quals adquiriria un major nombre de casos, la qual cosa possibilitaria l'aplicació de noves tecnologies i el seu aprenentatge. Si bé aquest defecte es dona en el sector públic, en el privat té connotacions encara menys justificables. La por a perdre el protagonisme del cas, i la consegüent remuneració, són excuses per tal de no remetre el pacient a d'altres companys que estiguin més "al dia". Tant en l'escenari de la medicina pública com en el de la privada es pot donar la paradoxa que una mateixa patologia sigui tractada de manera totalment diferent, i que una de les opcions estigui totalment obsoleta.

#### LES CORBES D'APRENTATGE

És ben conegut que l'aplicació de qualsevol tècnica nova requereix una corba d'aprenentatge que serà menys lesiva com més gran sigui l'ajut del mestre o tutor. Tots els qui tenim obligació docent vers els residents sabem que cada ingrés d'una nova generació sol anar acompanyat d'un augment de la petita morbiditat quirúrgica. És interessant constatar que aprenen abans a nuar més o menys correctament que a desinfectar-se les mans de manera adient. Gairebé es pot prendre com un insult l'instruir el futur especialista en aspectes tan essencials com vestir-se amb correcció, mascareta, etc., col·locar-se els guants o moure's pel quiròfan, i que el "natural" sigui passar del no-res en quirúrgica a l'ajudant experimentat.

#### LA CIRURGIA ESPECTACLE

Res més perillós que la realització d'un acte quirúrgic per un suposat "virtuós", en el programa d'un curs, simposi o congrés. Es pretenen gestos contundents que demostrin decisió i seguretat, quan en d'altres circumstàncies i en l'anonimat de tots els dies molt probablement s'operaria de manera ben diferent. No es pot acceptar que la cirurgia espectacle pugui constituir un factor d'error que gravi la morbiditat operatòria. No es pot tampoc oblidar que la cirurgia no és tan sols l'acte quirúrgic, sinó també la indicació i l'elecció de la tècnica. En molts casos el cirurgià convidat desconeix el malalt i no s'atreveix a refusar indicacions que li vénen imposades. Tot això pot condicionar un increment considerable dels errors quirúrgics que entren a formar part del capítol del que és evitable.

#### L'ERROR MÈDIC EN CIRURGIA

**La complexitat de l'acte quirúrgic fa molt difícil la diferència entre el que es pot considerar error i negligència. La cirurgia és, per definició, una especialitat mèdica en què l'aptitud i els coneixements no són suficients sense una habilitat manual i una resistència física que permeti completar l'acte curatiu pretès. En nombroses intervencions es produeixen accidents intrínsecs a la tècnica. No es pot parlar d'error si es compleixen dos requisits: informar adequadament el pacient, abans de la intervenció, sobre els riscos que comporta i, en el cas que es produeixi un accident, informar el pacient i explicar-li les mesures quirúrgiques que s'han adoptat per a resoldre'l. Es considera negligència fer una intervenció per a la qual no es té la preparació adequada o fer-ho en condicions de cansament.**

**El sistema sanitari també pot afavorir la comissió d'errors. Encara que la subespecialització s'ha imposat en totes les grans àrees de la cirurgia, la llei de subespecialitzacions no concedeix totes les que serien necessàries; per exemple, un cirurgià ginecòleg-oncològic precisa adquirir unes competències més específiques que les d'un ginecòleg i, en canvi, aquest últim pot legalment fer-se càrrec de la complicada cirurgia de la neoplàsia d'ovari.**

**És important assenyalar l'existència de les corbes d'aprenentatge: l'ingrés d'una nova promoció de residents en formació comporta un petit augment de la morbiditat quirúrgica.**



### EL ERROR MÉDICO EN CIRUGÍA

La complejidad del acto quirúrgico hace muy difícil la diferencia entre lo que se puede considerar error y negligencia. La cirugía es, por definición una especialidad médica en que la aptitud y los conocimientos no son suficientes sin una habilidad manual y una resistencia física que permita completar el acto curativo pretendido. En numerosas intervenciones se producen accidentes intrínsecos a la técnica. No puede hablarse de error si se cumplen dos requisitos: informar adecuadamente al paciente, antes de la intervención, sobre los riesgos que comporta y, en el caso de que se produzca un accidente, informar al paciente y explicarle las medidas quirúrgicas que se han adoptado para resolverlo. Se considera negligencia realizar una intervención para la cual no se tiene la preparación adecuada o hacerlo en condiciones de cansancio.

El sistema sanitario también puede favorecer la comisión de errores. Aunque la subspecialización se ha impuesto en todas las grandes áreas de la cirugía, la ley de subspecializaciones no concede todas las que serían necesarias; por ejemplo, un cirujano ginecólogo-oncólogo precisa adquirir una competencias más específicas que las de un ginecólogo y, en cambio, este último puede legalmente hacerse cargo de la complicada cirugía de la neoplasia de ovario.

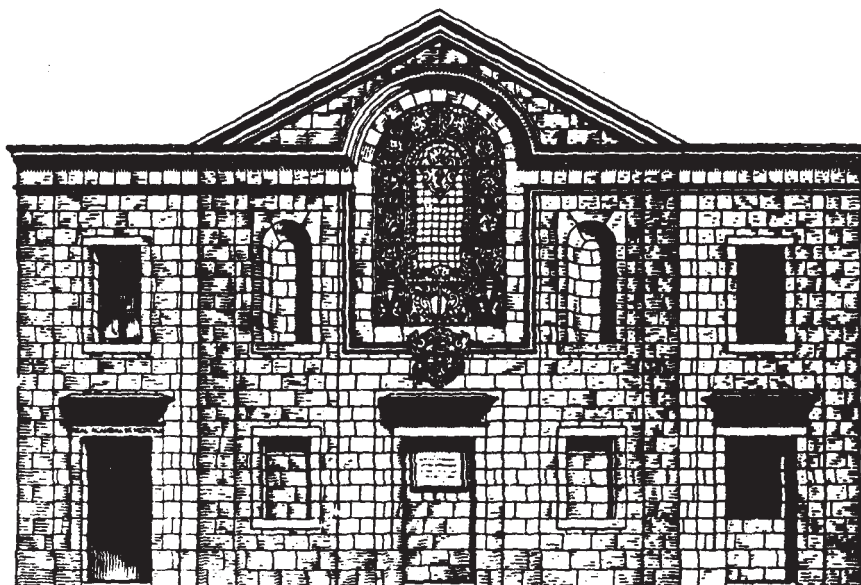
Es importante señalar la existencia de las curvas de aprendizaje: el ingreso de una nueva promoción de residentes en formación conlleva un pequeño aumento de la morbilidad quirúrgica.

### MEDICAL ERROR IN SURGERY

Because of the complexity of surgery, differentiating between what can be considered an error and negligence is difficult. By definition, surgery is a medical specialty in which aptitude and knowledge are insufficient unless combined with the manual dexterity and physical stamina to complete the curative act attempted. In numerous interventions, accidents intrinsic to the technique occur. An error cannot be considered to have occurred if two requirements are met: before the procedure, the patient must be adequately informed of its risks and, if an unforeseen event occurs, the patient must be informed and the surgical procedures adopted to resolve it must be explained. Negligence consists of performing an intervention without adequate training or in a state of tiredness.

The health system can also encourage errors. Although subspecialization has been introduced in all the major surgical specialties, the law of subspecialization is inadequate; for example, a surgeon specializing in gynecological cancer needs to acquire more specific skills than a gynecologist. In contrast, the latter can legally perform the complex surgery of ovarian neoplasms.

The existence of a learning curve is important; a new intake of residents produces a slight increase in surgical morbidity.



## CONSEQÜÈNCIES LEGALS DE L'ERROR MÈDIC

Daniel Torras  
Advocat

Abans de tot, i per ser correcte amb tothom, he d'aclarir que en el meu despatx –dedicat a temes de responsabilitat civil– em trobo gairebé sempre a l'altre costat: el meu client és un perjudicat per un suposat error mèdic. Penso que aquest és l'únic motiu pel qual se m'hagi convidat aquí, perquè els metges disposin d'un punt de vista diferent; atès que, perquè els defensin en hipotètics incidents en els quals puguin trobar-se involucrats, els metges ja disposen d'excel·lents advocats relacionats amb el Col·legi de Metges, que, arribat el moment, els poden assessorar degudament.

Qui no comet errors? Doncs per no tenir-ne, efectivament, s'ha de ser, en primer lloc, un bon professional, però amb això no n'hi ha prou: s'han de portar molt pocs malalts; s'han de tenir poques intervencions; com més activitat, més risc. I no ho hem d'amagar: en tots els àmbits –en el sistema de vida actual– l'encariment dels serveis i la necessitat d'optimitzar-los econòmicament, ens aboca –en totes les parcel·les de la vida– a fer més feina de la que calia fer.

L'error està present a totes les professions i activitats. La gran diferència rau només en el fet que el subjecte passiu de les activitats dels metges és el cos del seu client. En qualsevol altra professió un error es pot comentar entre les parts interessades, fins i tot amb certa hilaritat i comprensió. En el tema mèdic tot és transcendent.

D'una manera simplificada, es pot dir que d'un error mèdic se'n pot derivar un procés judicial que pot comportar una condemna que va des d'una multa fins a tres anys de presó, amb inhabilitació especial per a l'exercici de la professió per un període d'un a quatre anys. Però jo mai no he vist un jutge que es capfiqui en la persecució i la penalització d'un metge: es busca tan sols una justificació per a indemnitzar el perjudicat i les condemnes, en conseqüència, són simbòliques i mínimes.

Defugiré refugiar-me en tecnicismes i en graduacions de l'error, segons la seva gravetat (això ja ho trobarem en qualsevol sentència del Tribunal Suprem), i sobre si el fet en qüestió pot ser constitutiu de delictes (penal) o si se'n desprèn tan sols una responsabilitat civil (o administrativa, en el cas que hi concorri algun determinat organisme): ens referim a l'error mèdic sense contorns.

La jurisprudència ve diferenciant l'error professional de l'error del professional. El primer és el que resulta de la intervenció d'un professional amb manca de formació o coneixements. El

metge s'ha llançat a una actuació per a la qual no tenia preparació o formació. És una mica difícil de defensar aquesta classe d'error, car tothom ha d'ésser conscient de les seves limitacions, i desistir de fer el que no s'està preparat per fer (sempre que situacions d'urgència o similars no exigeixin una immediata actuació).

No se m'escapa que d'aquí també se'n deriva un greuge per a la professió de metge; en qualsevol altra activitat –i, almenys, durant el període de formació– a qui més i a qui menys li estan permeses “certes llicències” per a anar-se foguejant... “Estàs començant, si no surt bé a la primera vés provant que ja n'aprendràs”, com sovint se sent en altres àmbits. En certa manera, sembla que al metge se li exigeixi començar sabent-ne: però, en fi, s'ha de prendre com una derivació més de la professió.

Una altra cosa ben diferent és l'error del professional. Aquest és l'error que comet el facultatiu. I més que “comet” jo voldria dir “en el qual en un moment donat es troba involucrat”. I dic “es troba” perquè moltes vegades ni és d'ell –sinó de l'equip–, però per la *culpa in eligendo* o *in vigilando* li reverteix; o perquè, sent realment ell l'autor material de l'acte que no ha estat l'apropiat, no és producte d'una gran negligència, sinó res més que el resultat percentual de probabilitats que es deriva d'un determinat volum d'intervencions. Quantes vegades a la carretera diem: “Quina sort he tingut aquí, perquè m'he rescatat l'accident!” Igualment, en medicina –o en qualsevol altra professió– un lapsus es pot tenir en qualsevol moment.

Doncs bé, segons el meu parer, el problema rau no en l'error mateix, sinó gairebé sempre en l'obstinació a defensar-lo a ultrança. I aquesta posició neix gairebé sempre de l'asseguradora, que no del metge, que voldria veure resolt el malson i oblidar-se'n al més aviat possible.

En un accident de circulació amb la culpa definida, l'asseguradora es limita a esperar que es produeixi la sanitat definitiva per a indemnitzar. La gran diferència és en el fet que en els accidents de trànsit, en què els conductors fan el denominat comunicat amistós i un dels dos reconeix la culpabilitat, el tema ja queda simplificat a una qüestió de precisar el quàntum del perjudici. La situació que sorgeix és idèntica quan no hi ha aquest comunicat amistós i hi intervé ja sigui la patrulla de la Guàrdia Urbana, ja sigui els Mossos d'Esquadra, que confeccionen el corresponent atestat d'accident, del qual resulta la responsabilitat d'un dels conductors.

Davant d'aquesta situació, l'asseguradora ja és conscient que no pot fer volar coloms, i que el que ha de fer és negociar i aconseguir pagar el menys possible. De res li serveix arribar a judici, on acabarà pagant amb interessos i, segons la mena de procediment, amb costes de la part contrària, i –sempre– idèntica les seves.

Aquí sorgeix la gran diferència amb els temes mèdics, en els quals no hi ha “declaració amistosa d'accident”, ni intervenció d'organismes independents per a dictaminar sobre la responsabilitat; i diríem més: hi ha un gran hermetisme i oposició a facilitar documents que sobre el paper s'està obligat a facilitar al pacient, és a dir, la víctima de l'error.

El dictamen sobre l'actuació qüestionada sempre l'haurà de fer un altre metge, és a dir, un col·lega. I la protecció corporativista fa que l'asseguradora, que compta amb un servei especial per a aquests casos, i un servei mèdic disposat a justificar situacions que, des d'un punt de vista profà, són difícilment justificables, es veu amb cor de defensar qualsevol situació, i no solament defensar, sinó que, a més, amb èxit. I obliga l'asseguradora, d'aquesta manera, que el metge en qüestió elucubri amb el seu neguit durant els dos o tres anys que pot durar tota aquesta tramitació penal. I, a vegades, amb una condemna posterior que s'hauria pogut evitar si en el moment oportú s'hagués transgít en l'assumpte.

És a dir, en certa manera, l'asseguradora fa servir el metge per a defensar el seu patrimoni, no en base al fet que no sigui responsabilitat del metge, sinó perquè és coneixedora que la víctima trobarà moltes dificultats per a demostrar-la, perquè per al metge el millor seria que indemnitzessin el perjudicat, i tema tancat.

Personalment, m'he trobat en un judici, sense cap proposició prèvia d'arranjament extrajudicial (cosa diferent és quan hi ha una oferta i la reclamació de l'afectat pot ésser exagerada, cas en què lògicament és inevitable la celebració del judici), en la qual el facultatiu s'ha equivocat i ha operat un ull per un altre, i ja estava admès que era així. Però a l'acte del judici compareix un perit justificant aquesta actuació dient que “a la llarga també s'hagués hagut d'operar l'altre”, obviant, entre altres coses, que per a operar un ull concret s'ha de fer prèviament una preparació (o sigui, que no sols no s'opera l'ull afectat, sinó que l'altre s'opera sense prèvia preparació). Doncs tothom defensava aquesta actuació, fins i tot el forense. Dit això, he d'admetre que, personalment, considero que és un error molt fàcil de cometre. Jo, a la meua professió, d'aquests tipus en cometo força. Per a una persona aliena a la professió mèdica, aquesta mena de recolzament per a tractar de justificar els evidents errors mèdics, aquesta actuació ve a ser com si un conductor atropellés algú en un pas de vianants en verd (sense testimonis) i que, aprofitant que no hi passava ningú més, truqués un parell de coneguts perquè vinguessin a declarar que el que tenia verd era ell. Si un metge té aquest accident i truca un amic metge perquè li faci aquest servei, els puc assegurar que es trobarà amb una negativa del seu company: “ho sento, però jo això no ho faig”. No obstant això,

si del que es tracta és de mirar de treure de la trifulga un company metge, com que planen en l'esperit conceptes com “un dia m'hi puc trobar jo” o “amb això defenso la professió”, i a sobre reben la trucada de l'asseguradora –fins ara Winterthur–, que es presenta com a advocat del Col·legi de Metges, perquè és des d'allà des d'on treballen determinats dies de la setmana, i li recorda que es tracta d'ajudar un company amb problemes i que, si no ho fem així, ens encarriran la pòlissa d'assegurances, potser com a primera reacció dirà que no vol barrejar-s'hi, però davant la insistència hi ha moltes possibilitats que hi acabi accedint. Pot ser també que, a vegades, s'arribi a aquesta qüestió per una elecció purament i exclusivament escrupolosa del metge en qüestió, que rebutja tota mena de negociació i que no vol “pel seu prestigi”, ni amistosament, es reconegui una responsabilitat seva, encara que amb això s'eviti el procés. Jo no ho faria. Un metge pot creure que no és responsable davant una situació concreta, quan jurídicament se'l considera d'aquesta manera.

Ara bé, també cal precisar que s'ha de donar l'oportunitat a l'asseguradora perquè tracti de transgít amistosament. Si s'ha comès un error, s'ha de declarar així, ben clarament, quan es comunica la incidència a l'asseguradora; si no s'admet que se li ha escapat el bisturí, lògicament, l'asseguradora rebutjarà qualsevol reclamació. No s'ha de tenir por: ja se'n guardarà –pel que l'hi va– de no ensenyar aquesta declaració a tercers; i així se li dóna la possibilitat de transgít i solucionar-ho.

Amb això s'arranjaria tot? No, sempre continuariem estant davant del problema de les possibles reclamacions exagerades, el problema del quàntum.

Recomano que el metge, en cas d'estar involucrat en un error, designi un advocat de la seva confiança, perquè pugui fer veure a l'asseguradora que no és raonable seguir rebutjant la negociació, i perquè pugui fer de mitjancer entre les posicions petrificades de l'advocat del perjudicat i el de l'asseguradora (que continuarà sent el seu, perquè defensarà els seus interessos; designant-ne un el metge no renuncia al de l'asseguradora). Pot temptejar l'advocat del perjudicat: “... mira, si baixeu les vostres pretensions, jo també parlaré amb l'advocat de l'asseguradora per tal d'intentar arribar a un acord”.

Amb tot, s'ha d'admetre que les suposades víctimes no sempre ho són: totalment d'acord. Sovint vénen al despatx pacients que, en veure als diaris determinat comentari sobre un suposat error mèdic, o la notícia d'una sentència condemnatòria, vénen a veure si hi ha quelcom a reclamar en el seu cas, que no té res d'error mèdic. Tots estem d'acord que s'ha d'analitzar sempre molt el client i tractar, per part nostra, de fer-lo desistir de reclamacions no fonamentades. Vulguin creure que ja fem de garbell.

### Cap a una objectivació del concepte de culpa

El Tribunal Suprem, l'any 1943, va començar amb una emblemàtica sentència –després seguida per d'altres– a modifi-

La jurisprudència diferencia entre l'error professional (provocat per la manca de formació o de coneixements) i l'error del professional (que acostuma a ser el resultat percentual de probabilitats derivat d'un determinat volum d'intervencions). Al contrari del que passa en altres àmbits, com en el dels accidents de trànsit, no existeix una "declaració amistosa d'accident" ni intervenen organismes independents per a dictaminar la responsabilitat. El dictamen sobre l'actuació qüestionada el durà a terme un altre metge, fet que afavoreix la protecció corporativista. Això anima les companyies asseguradores a defensar situacions difícilment justificables.

Amb una finalitat clarament de protecció social, des de fa uns anys existeix un corrent jurisprudencial, originat en el dret anglosaxó, que parteix de la base que les pèrdues i els danys accidentals s'han de considerar com a costos imputables a la societat; és la teoria de l'empresa-responsabilitat. En el camp de la medicina, s'observa la tendència de desplaçar la responsabilitat del metge cap al centre mèdic. El que finalment compta és que la persona perjudicada, o els seus familiars, rebin una indemnització.

#### **CONSECUENCIAS LEGALES DEL ERROR MÉDICO**

El error está presente en todas las profesiones y actividades. La peculiaridad en el caso de la profesión médica estriba en que el sujeto pasivo de la actividad del médico es el cuerpo de su cliente; en el caso médico, todo lo que ocurre es transcendente.

La jurisprudencia diferencia entre el error profesional (provocado por la falta de formación o de conocimientos) y el error del profesional (que acostumbra a ser el resultado porcentual de probabilidades derivado de un determinado volumen de intervenciones).

Al contrario de lo que ocurre en otros ámbitos, como en los accidentes de tráfico, no existe una "declaración amistosa de accidente" ni intervienen organismos independientes para dictaminar la responsabilidad. El dictamen sobre la actuación cuestionada lo realizará otro médico, lo

cual favorece la protección corporativista. Ello anima a las compañías aseguradoras a defender situaciones difícilmente justificables.

Con una finalidad claramente de protección social, desde hace unos años existe una corriente jurisprudencial, originada en el derecho anglosajón, que parte de la base de que las pérdidas y daños accidentales se han de considerar como costos imputables a la sociedad; es la teoría de la empresa-responsabilidad. En el campo de la medicina, se observa la tendencia de desplazar la responsabilidad del médico hacia el centro médico. Lo que finalmente cuenta, es que la persona perjudicada, o sus familiares, reciba una indemnización.

#### **LEGAL CONSEQUENCES OF MEDICAL ERROR**

Errors are made in all professions and activities. The distinguishing feature of the medical profession is that the passive object of medical activity is the client's body; in medicine, everything that happens is important.

Jurisprudence distinguishes between professional error (caused by lack of training or knowledge) and errors made by medical professionals (which usually result from the risk of an adverse event associated with a given number of interventions).

Unlike other fields, such as road traffic accidents, there is no such thing as an "uncontested accident report" nor do independent bodies intervene to assign liability. The medical report on the course of action under investigation is written by another physician, which favors the closing of ranks. This encourages insurance companies to defend situations that are difficult to justify.

With the aim of protecting society, for several years there has been a legal trend, originating in Anglo-Saxon law, based on the view that accidental loss and damage should be considered as costs attributable to society; this is the theory of corporate liability. In the field of medicine, there is a tendency to shift liability from the physician to the medical center. What finally counts is that the injured party, or the relatives, receives compensation.

# PROBLEMÀTICA DE L'ERROR MÈDIC ALS COL·LEGIS DE METGES

Ramon Trias i Rubies  
Acadèmic numerari

La història de la medicina ens ensenya que les grans mutacions de l'exercici mèdic evolucionen seguint els grans avenços científics. Això imposa als seus protagonistes un esforç ordenat i adaptat a les característiques socioeconòmiques de cada època. Les característiques de l'època actual manifesten la necessitat de mecanismes reguladors de la professió mèdica i, d'acord sempre amb el progrés científic, es confirmen els col·legis oficials de metges (COM) com als agents que tenen la funció específica de regular la vida mèdica segons normatives emanades de la moral i el dret.

Per casualitat o intencionadament, els encarregats de redactar les lleis que ens afecten han estat quasi sempre aliens a la nostra professió. Sovint aparegudes per sorpresa, han estat sempre tenaçment combatudes per nosaltres, en algunes ocasions abans de la seva promulgació oficial. A pesar de les protestes, rarament s'han obtingut resultats mes enllà de canviar una coma o afegir un article (Danón).

La Llei de Sanitat de 1855 obligava a tots els professionals de la ciència de curar (de qualsevol classe o categoria), en el moment d'establir-se, a presentar el títol que autoritzava a exercir la professió al subdelegat de Governació. Establia també, a cada província, un Jurat Mèdic amb atribucions per a prevenir, amonestar, qualificar les faltes comeses pels professors en l'exercici de les seves facultats, fins i tot regularitzar en certs casos els honoraris, i reprimir tots els abusos que es poguessin derivar de la pràctica mèdica.

Els col·legis professionals es formen a finals del segle XIX a l'Estat Espanyol, com a conseqüència de la promulgació de la Llei Moyano de Sanitat el 1858. La reunió definitiva per a l'organització dels COM se celebrà el 29 d'agost de 1894 a la seu de l'"Acadèmia Médico-Farmacéutica" (Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya), entitat promotora de la creació de col·legis en l'àmbit sanitari, en què s'aprovaren els primers estatuts i el reglament, sota l'impuls dels dirigents del Gremi de Metges Cirurgians. Segons els estatuts, hom pretenia la unió dels col·legiats, la millora de la vida professional, la vetlla pels interessos morals en el seu exercici i la defensa dels drets, exclouent tota discussió religiosa i política.

Es constitueix el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), amb el convenciment que és imprescindible que els metges participin en la regularització del seu exercici professional i que s'aprovi per consens un codi de conducta

aplicable a tots els metges, regulat per la Comissió Deontològica, i que sigui la Junta de Govern que l'apliqui i sancioni quan sigui necessari. Les finalitats primordials del Col·legi de Metges són:

L'ordenació de l'exercici de la medicina, la representació i la defensa dels interessos professionals dels col·legiats.

La salvaguarda i observança dels principis ètics i legals de la professió, així com l'elaboració de les normes deontològiques pertinents i la vigilància del seu compliment.

Dur a terme tota mena d'activitats de caràcter científic, cultural i d'assistència social, adreçats a la millora dels col·legiats.

Vetllar per una regulació eficient, justa i equitativa de l'assistència sanitària i de l'exercici de la medicina, i participar en la defensa i la tutela dels ciutadans com a destinataris de l'actuació professional dels metges.

D'aquesta manera els col·lectius professionals fan palès davant de la societat i, per tant, del malalt que qualsevol queixa o desviació del correcte exercici serà estudiat per experts en la matèria i que es podrà actuar, amb fonament, contra els infractors. Això no obstant, no són Tribunals d'Honor corporatius i, per tant, estan sotmesos a allò que marca la judicatura; així doncs, el ciutadà podrà en tot cas recórrer als Tribunals de Justícia.

L'ensenyament de la deontologia ocupa un espai modest al final de la llicenciatura en medicina i cirurgia, dins del programa de medicina legal. Tanmateix, hauria de merèixer la consideració d'ésser la introducció a l'exercici de les responsabilitats mèdiques i hauria d'ésser l'ocasió per a una reflexió personal com a introducció a una professió fèrtil en casos de consciència. La deontologia (*to deon*, allò que s'ha de fer) se situa entre la moral i el dret, cavalcant entre una i l'altra. La moral diu el que està bé (i el que està malament), el dret el que és just (i el que està prohibit), la deontologia indica què s'ha de fer en diverses circumstàncies.

La naturalesa de les responsabilitats del metge (salut, vida), el caràcter original del contracte tàcit que lliga metge i malalt, el gran nombre de "casos de consciència" a què s'enfronta la medicina fan del tot necessari, sigui quin sigui l'estatus en el qual s'exerceix la medicina, l'aplicació de les regles de la deontologia, perquè el poder del metge és considerable i el malalt, per necessitat, hi confia. Però la deontologia és quelcom de concret i matisat, on es barregen principis de moral, principis

jurídics, modalitats d'aplicació d'aquests principis, regles de costums i recomanacions.

La deontologia és objecte d'estudis inexhauribles, ha d'evolucionar amb els canvis, amb les tècniques mèdiques i amb les transformacions socials. Ha de contenir un patrimoni moral sòlid, el d'una civilització que respecta la llibertat, l'individu i la vida humana. La llibertat del malalt, la independència del metge, la consciència professional en són les condicions rellevants.

La missió del Col·legi Professional és vetllar per a garantir a la societat el correcte exercici de la professió i, per això, disposa del Codi Deontològic consensuat pels mateixos professionals i que preveu sancions contra els infractors. De la mateixa manera que el Col·legi Professional vetlla pels interessos de tots els ciutadans, és obvi que també ho ha de fer, i amb més exigència, envers els seus col·legiats.

Avui el debat se centra en l'error mèdic i cal explicar de quina manera el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) ha enfocat la problemàtica que genera la conflictivitat malalt-metge.

El marc legal vigent legitima l'actuació de la institució col·legial quan es produeix una reclamació a un metge per part d'un pacient, o bé quan un company metge sol·licita la tramitació d'un expedient intern per a determinar si la conducta professional que es denuncia s'adequa o no al Codi de Deontologia.

La petició d'intervenció i de reclamació al metge és l'anomenada *via col·legial*, la qual, a més de corregir les vulneracions deontològiques existents en la conducta denunciada, té com a finalitat última constatar aquells elements o conductes de risc en la pràctica mèdica i predicar quin ha de ser el comportament professional èticament desitjable; és a dir, prevenir futures reclamacions per infraccions idèntiques.

La via col·legial, com a alternativa de reclamació als metges, s'ha potenciat i consolidat els últims anys com a instrument idoni per a resoldre qüestions diverses i, a més, amb resultats satisfactoris per les parts implicades.

L'elecció de la via col·legial comporta els avantatges següents per als **metges**:

Prevenió de judicialització del conflicte sotmès a consideració.

Prevenió de la conducta infractora –amb l'assessorament legal i ètic sobre la conducta professional que seria desitjable– per a evitar-ne la reiteració. I, també, amb l'adopció, si s'escau, de mesures de vigilància i control de l'exercici professional denunciat, de cara al futur, per tal de minimitzar o fer desaparèixer el risc inherent a la forma d'exercir la medicina.

Increment de la utilització de l'assessorament col·legial sobre ètica mèdica i la deontologia codificada, com a font auxiliar, doctrinal o normativa en suport de les decisions preses pels jutges en les seves sentències.

Els avantatges que, com a contrapartida, obtenen els pacients que opten per aquesta via són:

L'adopció d'una resolució raonada i objectiva i, per tant, de qualitat.

Informació sobre el procés assistencial i, concretament, una explicació entenedora de la valoració deontològica de les conductes assistencials denunciades.

L'adopció d'una resolució en un termini més curt que en d'altres instàncies. Aquest any, la mitjana de resposta ha estat de 2,4 mesos.

La percepció que els metges prenen consciència, en cada cas, de la incorrecció o la inadequació de la seva manera d'actuar i que se'ls exemplifica la conducta correcta, tant des del punt de vista legal com ètic.

El risc inherent a tota actuació mèdica o quirúrgica i la preeminència del metge en l'aplicació i la presa de decisions diagnòstiques, terapèutiques, pronòstiques o de prevenció, donen lloc al fet que es concreti en ell l'**exigència de responsabilitat**, que el porti a una situació conflictiva davant dels tribunals. L'increment de situacions conflictives amb els metges col·legiats de Barcelona van fer que el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) s'interessés a oferir un sistema que protegís els col·legiats enfront de les reclamacions de què eren objecte, fos en l'àmbit judicial (penal o civil) o en l'àmbit extrajudicial.

Es tracta d'un tema delicat, tant per al ciutadà com per al professional, per motius molt diferents. El ciutadà desconfia dels col·legis professionals perquè intueix el corporativisme com a element altament distorsionador que tem que es pugui reflectir en els judicis. El metge tem les repercussions, de tot ordre, i les conseqüències de la responsabilitat que generen els seus actes o decisions. En especial les principals preocupacions són les repercussions patrimonials i la pèrdua de confiança en si mateix, en els seus malalts i en la societat en general. Aquesta problemàtica s'agreuja considerablement amb la intervenció de la justícia, que fa públic el problema i l'empitjora encara més amb la intervenció dels mitjans de comunicació. Finalment, tant o més important és la repercussió emocional que viu el propi metge quan és conscient del problema que genera la seva acció sobre el malalt.

Aquesta problemàtica, en els nostres ambients concretament, comença a detectar-se en la dècada dels 70, cosa que propicia l'inici de l'**assegurança per responsabilitat professional**. Durant la dècada dels 80, en augmentar considerablement el volum de reclamacions, es constitueix una nova formulació de l'assegurança, en què el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) busca intervenir en la gestió de la sinistralitat per tal de fer-la més eficient, tant amb la introducció de peritatges mèdics en l'estudi de cada responsabilitat, com acordant les accions a emprendre de cara al demandant, ja sigui indemnitzant o defensant el

metge acusat. Així, se subscriu una pòlissa d'assegurances que té per objecte evitar que el metge judicialment condemnat hagi de suportar les conseqüències patrimonials derivades d'una actuació mèdica irregular, alhora que es compleix el desig de garantir al malalt la reparació del dany causat.

Coneixedors que els procediments judicials són llargs i causen gran tensió en les parts implicades en el litigi, es va aconseguir que l'asseguradora acceptés la constitució d'una comissió amb representants del col·lectiu mèdic de Catalunya, a través del Consell de Metges de Catalunya, de l'Administració Sanitària, a través del Servei Català de la Salut, i de l'asseguradora. Les funcions primordials de la comissió eren:

L'anàlisi de la praxi mèdica reclamada.

Autoritzar, si fóra el cas, els acords econòmics indemnitzadors dels danys ocasionats per aquells actes mèdics on s'observi l'existència d'una acció o omissió no maliciosa, però que resulta culpable o negligent pel que fa al metge.

Un nexa causal entre acció o omissió i el dany produït, sempre que aquest dany no sigui atribuïble a un fet imprevisible o inevitable.

La nostra experiència en el desenvolupament d'aquesta Comissió, que anomenem de seguiment de Responsabilitat Civil, fa que creguem que pot ésser considerada com a l'inici d'un camí per a la constitució d'un Tribunal d'Arbitratge que permeti:

Conèixer l'entorn de les reclamacions contra els metges.

Disposar d'informació que afavoreixi el fonament d'un sistema de prevenció.

El denominat **model català de responsabilitat civil** es recolza en la capacitat resolutiva provada i en l'eficàcia contrastada en més de cinc mil sinistres.

Com a característiques més importants tenim:

- a) Unes pòlisses que assegurin conjuntament administració, centres concertats, metges i infermers en la mateixa companyia.
- b) Un blindatge cap al sistema perquè no es doni el cas que algú es defensi atacant a l'altre (centre contra metge o a la inversa).
- c) Un sistema que no duplica l'administració de recursos econòmics ni humans, perquè el conjunt de la sinistralitat es reparteix entre els diferents col·lectius.
- d) Un sistema que delega qualsevol decisió a unes comissions formades per asseguradora, institucions, metges i infermers permet que els casos i la seva resolució es vegin i fallin conjuntament.
- e) Amb independència del lloc d'origen del sinistre i de les seves repercussions actuals i futures a la resta del sistema.

Malgrat totes aquestes iniciatives, que aconsegueixen reunir tots els possibles implicats (col·legis professionals, companyia asseguradora, agents públics i privats que formen el conjunt d'implicats en l'exercici de la sanitat), no s'aconsegueix la contenció dels costos, encara que sí el nombre de demandes. En la dècada dels 90 i més encara a partir de l'11 de setembre del 2000 les assegurances es tornen molt més exigents i moltes de les companyies, i algunes són de les més importants, es retiren del mercat per por de no poder assumir els costos que generen totes aquestes reclamacions. El nivell assegurador del mercat està enormement restringit; hi ha poca capacitat per a cobertures internacionals i poques companyies disposades a ni tan sols endegar un diàleg constructiu que comporti crear una assegurança, a fi de complir alhora amb les expectatives de l'assegurat i amb les previsions de sinistralitat de l'asseguradora.

El 2001, les úniques companyies disposades a entrar a analitzar aquests tipus d'assegurances van ser: Mapfre, (solament al País Basc), St. Paul, Winthertur i Zurich. Enguany, Mapfre considera que les administracions públiques no són assegurables en l'actual marc jurídic, St. Paul està en procés de venda o sortida del mercat espanyol, i Winthertur tanca aquest ram d'assegurança professional a tot Europa. Per tant, queda solament Zurich amb vocació per a seguir en aquest tema, i Musini per a qüestions puntuals. Podria succeir que arribéssim a definir què és un error mèdic o sanitari, o del sistema, però que no tinguéssim cap asseguradora disposada a cobrir els riscos dels nostres professionals i centres, que si arriba el cas hauran de respondre amb el seu propi patrimoni en reclamacions futures.

#### Comitè de Tutela i Comitè d'Experts

S'ha posat en marxa un sistema d'anàlisi i de detecció dels problemes i de gestió de conductes de risc i prevenció d'errors mèdics, seguit de propostes de rehabilitació o tutela, més que de sanció, que intenta assolir una efectivitat superior a la disciplinària. Aquest sistema reforça el vessant preventiu i permet garantir un millor control i alhora la defensa de la professió. En definitiva, es tracta d'evitar el problema i, per tant, haver de sancionar.

Amb aquesta doble visió, l'any 2002 es va crear el Comitè de Tutela i Inspecció i el Comitè d'Experts Col·legials, i es va reforçar la Unitat Tècnica, que presta suport a la Junta de Govern i la Comissió de Deontologia, en la tasca de control de l'activitat professional i de tutela dels metges.

Els objectius són:

Respondre col·lectivament i amb agilitat als supòsits de mala praxi i possibilitar la reducció dels procediments judicials. Disposar de criteris objectius en el moment de fixar les quantitats a indemnitzar.

Amb els elements descrits i l'establiment d'un servei permanent d'assessorament, de defensa i de prevenció es conforma el sistema de protecció dels metges a Catalunya.

El Servei de Responsabilitat Professional, des de la seva integració en l'Àrea de Praxi i, principalment durant l'any 2002, ha tingut l'ocasió d'intercanviar experiències concretes i puntuals sobre l'impacte que les demandes i querelles han provocat en els **metges implicats**, i contrastar-les amb les dades internacionals sobre metges d'altres països que han estat afectats per aquest problema, a través de les dades subministrades pel Servei de Recerca i Documentació. El resultat obtingut permet afirmar que:

La confrontació amb un pacient, a conseqüència d'una demanda o una querella, constitueix (principalment si la querella o denúncia és penal) una de les pitjors experiències emocionals que un metge pot patir, i per a la qual ningú no està preparat.

Els metges necessiten ser educats i formats per a gestionar els riscos personals i professionals derivats dels litigis.

Cal implantar serveis de suport per a l'estrès del litigi i establir vies alternatives a la penal per a jutjar els casos de mala praxi no dolosos.

El Servei de Responsabilitat Professional del Col·legi de Metges de Barcelona suposa un fenomen original dins del panorama nacional: exerceix d'assessoria jurídica però és expert en la gestió de riscos i prevenció de demandes, una activitat molt poc implantada a Espanya.

L'anàlisi de les demandes també permet concloure que s'ha produït un descens en la deferència als metges que, aparentment, es contradia amb les enquestes generals que destaquen la professió mèdica com la que inspira més confiança als ciutadans. De fet, el problema és que s'ha evolucionat cap a una societat orientada als drets i a la queixa en l'àmbit de la salut, i poc conscienciada pel que fa als deures i els compromisos que hauria d'assumir envers la seva pròpia salut.

Per a concloure, és molt important d'ara en endavant promoure fòrums de debat com el que avui estem fent, per a intentar conscienciar no només els estaments jurídics i l'opinió pública, que són fonamentals, sinó també a les asseguradores que estan passant un moment històric.

#### REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS - 2001. La prévention et la protection dans la société du risques: Le principe de Précaution  
Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols y Lucas. La Gestión de los errores Médicos nº 7 - 2002  
Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Barcelona. Historia de nuestro Colegio, por el Dr. José Danón Bretos  
Informe Anual 2000 - Col·legi de Metges de Barcelona.  
Informe Anual 2001 - Col·legi de Metges de Barcelona.  
Informe Anual 2002 - Col·legi de Metges de Barcelona  
Edició a cura de Tibidabo Edicions, SA. El Col·legi de Metges de Barcelona i la Societat Catalana del Seu Temps (1894 -1994). Autors: Cèlia Cañellas, Rosa Toran i Josep M. Solé Sabaté.

#### PROBLEMÀTICA DE L'ERROR MÈDIC EN ELS COL·LEGIS DE METGES

Entre les finalitats primordials dels col·legis de metges hi ha l'ordenació de l'exercici de la medicina, la representació i la defensa dels interessos dels col·legiats i el vetllar per una regulació eficient, justa i equitativa de l'assistència sanitària i l'exercici de la medicina, i participar en la defensa i la tutela dels ciutadans com a destinataris de l'actuació professional dels metges. Així doncs, els col·lectius professionals remarquen davant de la societat que qualsevol queixa o desviació del correcte exercici seran estudiats per experts en la matèria i que es podrà actuar, amb fonament, contra els infractors. Això no treu que el ciutadà pugui recórrer, com és obvi, als tribunals de justícia.

En els últims anys s'ha potenciat la denominada via col·legial com a alternativa de reclamació als metges. L'elecció d'aquesta via té avantatges per als metges (prevenció de judicialització, prevenció de la conducta infractora, increment de la utilització de l'assessoria col·legial sobre ètica i deontologia com a font auxiliar de suport de les decisions preses pels jutges en les seves sentències) i per als pacients (adopció d'una resolució raonada i objectiva, informació sobre el procés assistencial, adopció d'una resolució en un termini de temps més curt que en altres instàncies, percepció que els metges prenen consciència, en cada cas, de la incorrecció en la seva manera d'actuar).

Es comenten diversos aspectes sobre l'assegurança per responsabilitat professional, la seva història i la problemàtica actual.

#### PROBLEMÁTICA DEL ERROR MÉDICO EN LOS COLEGIOS DE MÉDICOS

Entre las finalidades primordiales del Colegio de Médicos está la ordenación del ejercicio de la medicina, representación y defensa de los intereses de los colegiados y el velar por una regulación eficiente, justa y equitativa de la asistencia sanitaria y el ejercicio de la medicina, y participar en la defensa y tutela de los ciudadanos como destinatarios de la actuación profesional de los médicos. Así pues, los colectivos profesionales remarcan ante la sociedad que cualquier queja o desviación del correcto ejercicio serán estudiados por expertos en la materia y que se podrá actuar, con fundamento, contra los infractores. Ello no quita que el ciudadano pueda recurrir, como es obvio, a los Tribunales de Justicia.

En los últimos años se ha potenciado la denominada vía colegial como alternativa de reclamación a los médicos. La elección de esta vía tiene ventajas para los médicos (pre-



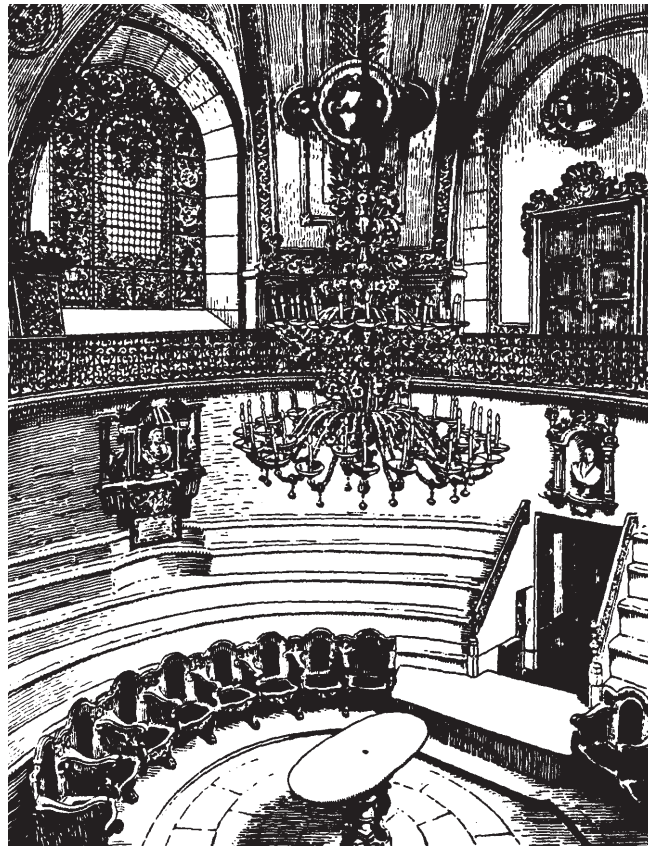
vención de judicialización, prevención de la conducta infractora, incremento de la utilización de la asesoría colegial sobre ética y deontología como fuente auxiliar de soporte de las decisiones tomadas por los jueces en sus sentencias) y para los pacientes (adopción de una resolución razonada y objetiva, información sobre el proceso asistencial, adopción de una resolución en un plazo de tiempo más corto que en otras instancias, percepción de que los médicos toman conciencia, en cada caso, de la incorrección en su manera de actuar.

Se comentan diversos aspectos sobre el seguro por responsabilidad profesional, su historia y la problemática actual.

#### **THE PROBLEMS OF MEDICAL ERROR IN MEDICAL REGULATORY BODIES**

Some of the main aims of medical regulatory bodies are to regulate medical practice, represent and defend their members, oversee the efficient, fair and equitable regula-

tion of health care and medical practice, and participate in the defense and protection of society as the object of medical activity. Thus, medical regulatory bodies serve to let society know that any complaint or deviation from professional practice will be examined by experts in the subject and that, when there is just cause, action can be taken against infractions. Obviously, this does not mean that the general public cannot seek recourse in the courts. In the last few years, seeking recourse through the medical regulatory bodies has been encouraged as an alternative when making complaints against physicians. The choice of this route has advantages for physicians (avoidance of the legal process, prevention of infractions, increased use of the regulatory body's guidance on ethics and codes of professional practice as an additional source of support for decisions taken by judges when passing sentences), as well as for patients (adoption of a reasoned and objective resolution, information on the healthcare process, a shorter waiting period for a resolution, the perception that, in each case, physicians become aware of the failure to act correctly). Several aspects involved in malpractice insurance, its history and current problems are discussed.



## Aportació al col·loqui

# ERRORS MÈDICS EN L'EDAT PEDIÀTRICA

Manuel Cruz Hernández  
Acadèmic Numerari

Segons ha recordat encertadament el Dr. Josep Ma. Mascaró, moderador d'aquest necessari col·loqui, l'error mèdic ha existit sempre i és possible que continuï existint. La medicina és cada vegada més científica, però encara té un *component* d'art i, per tant, més difícil de quantificar i d'avaluar. Encara que la revisió presentada pels ponents ha estat suficient per a mostrar el panorama actual i el preocupant futur, algunes puntualitzacions específiques poden ajudar a completar-lo. Per exemple, en els grups de població més vulnerables o de major risc a patir les conseqüències de l'error mèdic, com són l'edat geriàtrica i l'edat pediàtrica, a la qual em refereixo en aquest comentari.

És tradicional el perill freqüent de cometre algun error mèdic en pediatria. D'aquí el recel de molts a tractar nens i la necessitat d'una especialització, basada en una sèrie de fonaments biològics, que a aquestes altures del segle XXI són bastant ben assumits i que no és precís de detallar. N'hi ha prou amb dir que el fenomen del creixement i el desenvolupament, o sigui, la maduració, presideix tota la fisiopatologia del nen i de l'adolescent, i que d'aquí deriven les seves peculiaritats, que tindran el seu obligat reflex en l'activitat diagnòstica i terapèutica.

La major part del que s'ha exposat en aquest *Col·loqui sobre l'error mèdic* es podria aplicar al menor, però amb algunes excepcions, que tenen suficient transcendència per a no ometre-les. Atesa l'amplitud de la qüestió, caldria resumir-ho en els punts bàsics següents:

Pel que fa a l'error diagnòstic, es tindran en compte:

*Factors d'errors dependents del menor.* Es poden citar especialment els símptomes sovint atípics i variables amb l'edat (com deia el vell professor, "s'equivoca el malalt"); les conegudes peculiaritats de l'anamnesi (gairebé sempre a través d'una tercera persona), de l'examen clínic, adaptat a les dimensions i les reaccions del menor, i dels resultats dels mètodes complementaris de diagnòstic, amb diferències notòries en relació amb l'adult, tant els de laboratori com per la imatge.

*Factors dependents del metge o pediatra.* Destaca la insuficient actualització dels coneixements, ben comentada en el col·loqui, igual que la situació de ser cada vegada més accelerada i facilitada, però amb la paradoxa de rebre molta infor-

mació, però de difícil selecció. Encara cal parlar d'una pràctica clínica no correcta, per exemple i com a novetat, la de deixar-se conduir només per l'evidència basada en la bibliografia. Es parla amb insistència de la manca de temps dedicat a la història clínica, però no n'hi ha prou amb fixar un nombre de minuts (deu, segons la plataforma reivindicativa), sinó que cal que sigui flexible per a adaptar-se a cada situació. Un aspecte nou pot ser la utilització rígida, o no adaptada a l'entorn sanitari propi, de pautes, guies, protocols i algorismes, tot i que en general són un bon mètode per a disminuir l'error pediàtric. Vell és el perill de l'actitud prepotent del pediatra veterà, que pretén continuar actuant dirigit per la seva intuïció i ull clínic. Més noves són les síndromes professionals del metge inquiet, insatisfet, assetjat o "cremat", que van ser coneguts en pediatria, entre els primers, i que poden ser origen de la mala praxi i les seves conseqüències.

*Condicionants de l'entorn.* Poden ser la falta d'atenció a tot el que signifiquen els nous grups de risc. Als esmentats abans per raó d'edat, se'n poden afegir d'altres, en els quals la tasca del metge pot caure amb facilitat en l'equivocació, com la nova patologia de l'immigrant, del marginat, de la família desestructurada o de la drogoaddicció. També cal advertir del perill de no tenir en compte la creixent ansietat familiar davant del nen malalt, atesa l'edat tardana de la maternitat i el creixent caràcter de fill únic, a part de l'estil de vida propi de la ciutat moderna; l'augment creixent de les falses urgències psicosocials, amb la cursa cap a l'hospital o cap al metge en situacions clíniques de pronòstic probablement benigne, el que desvia el temps i l'atenció que s'ha de dedicar a la urgència veritable; l'efecte desfavorable de l'assistència universal o socialitzada, encara que en l'educació sanitària vagi millorant la deficient relació entre pacient i metge, que induïx les famílies a mantenir la seva relació amb un pediatra privat o de mútua.

*Transformacions generals en la medicina actual.* Entre aquestes transformacions es poden esmentar, com a les de major afectació en la medicina de l'edat infantil, el conflicte entre les grans exigències clíniques, administratives i jurídiques, davant de l'enorme amplitud del terreny de la patologia, fet al qual en pediatria se suma l'extensa tasca de vigilar el creixement, el desenvolupament i la nutrició, els progra-

mes de vacunació i tota la important pediatria preventiva. Aquesta tasca es considera massa extensa per a la medicina actual i indueix tant a l'especialització i a la superespecialització creixents com al treball en equip: tenen indubtablement el seus avantatges, però que són d'igual forma l'origen de nous errors, en part originats per la falta de comunicació entre el pacient o la família i el metge responsable de l'assistència, sense oblidar el que pugui derivar-se del canvi intrínsec en el nou professional de la medicina (la meitat són dones, per ara), quan ja no és possible continuar sent un "superman" o una "superwoman" dedicats al seu malalt les 24 hores del dia.

En el terreny de la terapèutica pediàtrica poden repetir-se bastants dels fonaments del possible error abans indicats.

S'agreguen noves motivacions, en part perquè la farmacologia pediàtrica és considerada per molts una assignatura pendent. La situació deficitària no va millorar amb l'espectacular progrés de les ciències mèdiques, sinó que es va veure agreujada quan a la dècada dels 60 del segle XX hi va haver nombroses catàstrofes iatrogèniques, presidides per la síndrome talidomídica, i es van dictar normatives que van limitar els assaigs i les aplicacions farmacològiques noves en les embarassades i en els nens, que des d'aleshores es van convertir en "orfes farmacològics", situació que comença a revertir.

També en obligada síntesi es poden citar com a principals arrels de l'error terapèutic en l'edat pediàtrica:

a) *Errors en la dosificació.* Es poden produir si no es recorda que cal basar-se en la superfície corporal o, almenys, en el pes. En el futur la monitorització serà més fàcil i sistemàtica. Una mica més lluny queda la farmacogenòmica, que permetrà tenir fàrmacs individualitzats per a cada malalt. El fonament de la dosificació diferent en el nen està en les seves diferències en farmacocinètica i farmacodinàmica, que també van madurant amb l'edat. Per exemple, en el recent nascut i el lactant són conegudes les diferències en el metabolisme hídric i proteic, que augmenten la fracció lliure del medicament, igual que la hipofunció hepàtica que altera el seu metabolisme i la mala excreció renal, que augmenta la taxa sanguínia.

b) *Indicacions del tractament no ben individualitzades.* Es donen quan no es compleix el vell aforisme que diu que no hi ha malalties sinó malalts. La correcta indicació terapèutica, en una bona praxi, és tenir en compte aquell vell triangle terapèutic: en una banda el diagnòstic etimològic de la malaltia; en l'altra, el coneixement a fons del fàrmac, i en el tercer les característiques pròpies de cada pacient. Però cal afegir una altra cosa: l'experiència del metge.

c) *Manca d'actualització dels esquemes terapèutics.* Ara la terapèutica ve facilitada per les guies, les pautes, els protocols o els algorismes, però sempre han d'estar al dia i adap-

tades a l'entorn epidemiològic i social en el qual s'està treballant.

d) *Insuficient selecció del fàrmac.* Cal fugir de la prescripció del més recent i generalment més car, buscant el que es conegui millor i tingui menys efectes adversos, el que s'apliqui per la via més convenient (preferentment, l'oral en l'edat pediàtrica) i en la forma galènica més pertinent, com sol ser en el nen la solució oral, la suspensió o el xarop. No s'han d'oblidar aspectes pràctics com el nombre de preses i l'horari, en funció de les propietats dels medicaments i els principis de la cronofarmacologia.

e) *Oblit de l'imprescindible control del tractament prescrit.* La manca de temps o d'interès pot conduir a aquest oblit i d'aquesta forma no es coneix bé la tolerància al medicament i l'eficàcia. Un bon control evitarà al mateix temps l'arrel de nous errors: un mal compliment, una hipodosificació o una sobredosificació (fins a la intoxicació medicamentosa fatal) o l'automedicació no vigilada.

Sense entrar en més detalls, aquestes pinzellades semblen suficients per a subratllar l'interès d'aquest col·loqui, recordant el nen i l'adolescent en el grup de risc per a patir un error mèdic en el diagnòstic i el tractament. Entre un 2 i un 5% de consultes de pediatria tenen alguna cosa a veure amb la iatrogènia. I no només cal tenir cura de forma directa del nen, sinó que cal pensar que aquests errors el poden afectar de manera indirecta a través de l'augment de la despesa farmacèutica i la producció de resistències antibiòtiques, per a alguns la major catàstrofe mèdica del segle XX.

Aquesta reflexió sobre l'error terapèutic s'ha centrat en el principal vessant farmacològic però bastant més es podria afegir si es recorda que no només es cura amb medicaments. Altres vegades seran procediments quirúrgics, com els assenyalats en el col·loqui per S. Dexeus. I, evidentment, radiològics, nutricionals, fisioterapèutics o psicoterapèutics, perquè també la paraula pot ferir en lloc de curar.

Com a docent, he d'esmentar que la lluita contra l'error mèdic i les seves conseqüències ha de començar des del principi: des del moment en què l'estudiant inicia els estudis a la Facultat de Medicina. En aquests anys, cal sembrar els conceptes bàsics, que l'ensenyin a reflexionar, de manera que en el futur pugui abordar per si mateix nous problemes, la solució puntual dels quals no va poder conèixer a la Facultat i, de vegades, ni tan sols suposar. Com en tantes altres situacions, la llicenciatura hauria d'actuar, entre altres fonaments que seria llarg d'exposar ara, com una immunització, que produís "defenses" davant de noves situacions i deixés el futur metge en condicions de resoldre la problemàtica, reactivant la protecció bàsica rebuda. Més endavant, en l'etapa de postgraduat i en la formació mèdica continuada, és el moment d'actualitzar les millors pautes d'actuació ante patologies específiques i evitar, així, l'error mèdic.

## El racó de la història

# JOSEFA AMAR, PRIMERA DONA A L'ACADÈMIA DE MEDICINA DE BARCELONA L'ANY 1790

Edelmira Domènech  
Acadèmica numeraria

L'any 1790 l'Acadèmia Mèdico Pràctica de Barcelona va elegir com a membre, en la categoria de "soci lliure", a Josefa Amar. És la primera dona que ha estat membre de l'Acadèmia. Es tracta d'un fet totalment inusual, però que entra dins de l'esperit de la cultura de l'època aquí: la Il·lustració.

**L'acord.** Es va prendre en la Junta de l'Acadèmia de 22 de novembre de 1790, ocupa 15 línies en el llibre d'actes, i és l'únic tema que consta en l'acta d'aquella sessió. Diu textualment<sup>1</sup>:

*"Noviembre 22 de 1790. En la Junta celebrada el día 22 de 9bre se propuso si, deseando la Academia distribuir los Títulos de Socios Libres a las personas de relevantes luces y bien merecido mérito, seria del caso expedir uno a favor de D Josefa Amar. Expuso el Censor su dictamen, e hizo presente el obstáculo de ser de distinto sexo, y no constarle que las Sras. hayan sido admitidas a las Academias, pero se hizo cargo que las Universidades las habían conferido grados de Doctor y manifestó la instrucción y literatura de la expresada Señora, publicada por los papeles públicos dando noticias de sus obras, en especial por el libro de la Crianza física de las mujeres, por cuyo motivo dejó la elección al arbitrio de la Academia. En consecuencia de todo lo expuesto, y de constar a todos los socios la instrucción de D Josefa de Amar en puntos de Medicina, y de cuanto ha ilustrado al orbe literario con sus escritos, honrando a las damas españolas, y venir de antigua descendencia de Médicos de Cámara muy esclarecidos, se resolvió colocarla en la clase de Socios Libres, y me mandó la Academia le librase el correspondiente título."*

Van assistir a l'acte 14 acadèmics (el nombre de membres era aleshores de 20), els noms dels quals consten al peu de l'acta. Són els doctors: Lluís Prats, Ignasi Montaner, Joseph Ignasi Sanponts, Vicenç Grasset, Bonaventura Casals, Francesc Salvà i Campillo, Llorenç Grasset, Josep Steva, Francesc Sanponts, Vicenç Mitjavila, Tomàs Ventosa, Benito Coll, Gaspar Rosés, Joan Sastre.

A la sessió següent, de 29 de novembre, hi ha una petita referència al cas: *"En atención a haberse creado Socia a D Josefa Amar, y no poder servir para ella ninguno de los títulos impresos, se acordó componer uno de adaptable a ella, y para esto se comisionó al Dr. D. Josef Coll para que lo trabajase y que después de escrito en buena vitella se le remitiera"*<sup>2</sup>

**Els socis lliures.** L'Acadèmia s'havia creat l'any 1770 i tenia inicialment dos tipus de socis: els "socis de Barcelona" i els

"socis foranis", sense que es marquessin diferències entre ells. Els foranis quan estaven a Barcelona podien assistir a les sessions com els que eren habituals de la casa. El 1781 es van iniciar els "socis corresponsals". L'any 1790 hi hagué un cert canvi, bastant profund, en els estatuts de l'Acadèmia i els tipus de socis. Els foranis van passar a dir-se "socis íntimos españoles", també hi hagué els "socis íntimos extranjeros". Tots ells havien de ser metges. Hi ha dues altres categories: els "socis honorarios", que eren personalitats rellevants de la vida social alienes a la medicina. El primer va ser el comte de Floridablanca, que era el primer secretari d'estat.

També hi havia els "socis lliures", que acullen personalitats de la ciència, a l'inici no metges, encara que després també, però residents a fora. El nombre màxim és de 12 i poden ser espanyols o estrangers. A aquest grup pertany Josefa Amar. En aquell any 1790 van ser elegits els sis primers, al capdavant dels quals hi ha Mr. Tillet, president de la Reial Societat de Medicina de París.

Si analitzem la llista d'aquests "socis lliures", podem intuir una mica la intenció de l'Acadèmia. El primer any n'hi ha sis, i es deixen la meitat d'escons per a cobrir més endavant. Els noms són prou importants. El primer, ja s'ha apuntat, és M. Tillet, president de la societat de medicina francesa. Recordem que aleshores el centre més important de la medicina del món és París. Segueix Antoni Martí i Franquès, el savi d'Altafulla, una de les grans personalitats de la ciència catalana, pels seus estudis molt afinats de l'anàlisi de la composició de l'aire. El tercer és Antoni Palau, català, professor de botànica a Madrid. Després Louis Proust, químic francès de primera línia, aleshores professor a Segòvia. Segueix Pedro Gutiérrez Bueno, catedràtic de química de Madrid. Hi ha, doncs, tres químics, un metge francès i un botànic. La sisena electa és una dona que publica sobre temes d'educació de la dona. Sembla bastant clar que l'Acadèmia catalana ha volgut reconèixer i destacar aquesta línia.

**Dades biogràfiques.** Josefa Amar no era metgessa ni sabem que exercís cap activitat sanitària. Cal dir, però, que era de nisaga coneguda de metges a Saragossa i Madrid, el que va influir si més en la seva formació. És un exemple de la instrucció femenina en l'època de la Il·lustració, que a l'Estat Espanyol es va desenvolupar molt poc. La seva obra i la seva personalitat han estat relativament estudiades, però a un nivell bas-

tant erudit que ha transcendit poc. L'estudi més a l'abast és el d'Aurora Rivièr<sup>3</sup>, que seguim en bona part.

Josefa Amar y Borbón va néixer a Saragossa l'any 1753. A la majoria de cites que hem vist, es dona la data de l'any 1749, però en una font que sembla documentada<sup>4</sup>, es diu que va ser batejada a la església de San Miguel de los Navarros el dia 4 de febrer de 1753.

Nasqué dins d'una família de nissaga mèdica per les dues bandes. El pare, José Amar y Arguedes, va ser catedràtic de la Facultat de Medicina de Saragossa i després va anar a Madrid, on fou metge de cambra. La mare, Ignacia Borbón, era filla d'un metge ben conegut, Miguel Borbón y Berné, que també fou metge de cambra. Tant l'avi matern com el pare foren membres de l'Acadèmia Médica Matritense, antecessora de l'actual Acadèmia de Medicina de Madrid. Ambdós, pare i avi, són esmentats en els repertoris clàssics de la medicina espanyola, com a metges importants a la cort, però també amb obra pròpia publicada<sup>5</sup>.

Quan encara era petita, la família anà a Madrid, probablement per influència de l'avi. El pare aviat se situà bé a la cort, on va ser també metge de cambra de Ferran VI i Carles III, junt amb altres honors. Com assenyala Aurora Rivièr, va rebre una educació gens usual aleshores, amb una formació sòlida en llengües clàssiques, però també en les modernes: francès, anglès i italià. Junt amb el castellà, fan sis llengües, fet molt important en una noia a l'Espanya del segle XVIII i que la va dur al cap dels anys a fer traduccions diverses i a publicar també pel seu compte obra pròpia. Per això Rivièr la defineix, a la iníci del seu escrit, com a "traductora y ensayista".

L'any 1772 va tornar a Saragossa, després d'haver-se casat amb Joaquín Fuertes Piquer, jurista destinat a la Reial Audiència d'Aragó. Aleshores va fer la seva obra escrita, i es va relacionar amb la Societat Econòmica de Saragossa, en la qual va ingressar l'any 1782, sense cap dificultat. Quan més tard la van proposar per a la Societat Econòmica Matritense es va plantejar el tema de ser una dona, que es va resoldre creant una "Junta de Damas". El seu marit va morir aviat i després la seva figura s'ha esvaït. Queda el record de la seva participació en les lluites dels setges de 1808 i 1809, durant la Guerra del Francès, i el seu nom està, junt amb el d'altres dones, en el monument a les heroïnes de Saragossa a la plaça del Portillo. Sembla que va morir a Saragossa l'any 1813, segons una làpida funerària. Està enterrada al cementiri de l'Hospital de Nuestra Señora de Gracia. Rivièr asenyala, però, que "altres testimonis allarguen la seva vida fins el 1833"<sup>6</sup>. Té un carrer en el centre de Saragossa i el novembre de 2002 s'acordà donar el seu nom a un Col·legi Públic d'Educació Infantil i Primària, també a Saragossa<sup>7</sup>.

**Obra.** La seva obra escrita és bastant àmplia. El text més important es considera que és el "*Discurso sobre la educación física y moral de las mujeres*", del 1790, on defensa l'educació de la dona, el seu paper a la societat, i que, valorat

tenint en compte les idees del seu temps, significa un pas endavant per al desenvolupament social i intel·lectual de la dona. La seva obra ha estat relativament recuperada en els últims anys, principalment des del punt de vista del seu paper en la pedagogia o amb un enfocament feminista<sup>8</sup>.

A més, té altres escrits. Rivièr cita dues traduccions de l'italià: una defensa de la literatura espanyola, feta per l'antic jesuïta Xavier Lampillas, publicada a Gènova en sis volums, i un assaig de Grisellini sobre instrucció als pagesos sobre temes d'economia agrícola, i també dues traduccions més de l'anglès.

Com a obra pròpia, se cita un text de 1784, ja sobre educació de la dona. També el "*Discurso en defensa del talento de las mujeres y de su aptitud para el gobierno y otros cargos en que se emplean los hombres*", enviat a la Societat Econòmica Matritense, que li va donar una certa fama en aquest camp. Més endavant una "*Oración gratulatoria*" per a aquella societat. Però potser el més important és el text de 1790, tot i que el primer enviat a la Societat Matritense sigui més demostratiu de les seves idees.

La repercussió de la seva obra ha estat tardana, però ara el seu record s'ha incorporat als clàssics del feminisme i de la defensa dels drets de la dona a Espanya, com a precursora, i és recordada aquí i també a fora. Se li han dedicat bastants treballs per part de professores d'universitats foranes, principalment americanes<sup>9</sup>, alguna europea<sup>10</sup> i també per estudiosos espanyols<sup>11</sup>. El juliol de 1999 es va celebrar a Albarracín un curs interdisciplinari sobre "Claves de la Ilustración. Josefa Amar y Borbón. La figura y la obra".

#### NOTES

1. "Libro de Acuerdos y resoluciones de la Academia Médico Práctica de Barcelona", tomo I, (1770-1795), pp. 218-219.
2. *Ibid.*, p. 219
3. Rivièr Gómez, Aurora: "Amar Borbón, María Josefa (Zaragoza, 1749 - 1813?)" in Martínez, C; Pastor, R; de la Pascua, MJ; Tavera, S: "Mujeres en la historia de España. Enciclopedia biográfica" Barcelona (Planeta) 200, pp. 209-212, amb Bibliografía específica, pp. 747-748.
4. cita xarxa: [http://fyl.unizar.es/latassa/A/Latassa\\_016](http://fyl.unizar.es/latassa/A/Latassa_016), consultat el 02.01.2004
5. — v. Hernández Morejón, Antonio: "Historia bibliográfica de la medicina española" Madrid (Vda. Jordán, i altres), 1842-1852, 7 vols. v. t. VII, pp. 60-61 (Miguel Borbón) i VII, 345-346 (José Amar). — v.t. Chinchilla, Anastasio: "Anales históricos de la medicina en general y bibliográficos de la española en particular. Historia d la Medicina Española", Valencia Imp. López y Cia. i altres), 1841-1846, 4 vols. v. t. III, pp. 134-136 (Borbón) i IV, pp. 58-59 (Amar).
6. Rivièr, A. loc. cit. p. 212.
7. Resolució del Departament d'Educació i Ciència del Govern d'Aragó de 18 de novembre de 2002, publicat al Boletín Oficial de Aragón de 2 de desembre.
8. Rivièr, A. loc. cit. pp. 747-748. Aporta 13 cites bibliogràfiques.
9. Constance Sullivan de la Universitat de Minnesota, a Minneàpolis; Carmen Chaves Tesser (abans, McClendon) de la de Georgia, a Atlanta, i Elizabeth Franklin Lewis, del Mary Washington College, a Friedericksburg, Virginia.
10. així el treball de Katalin Kéri, en llengua magyar
11. així els de Manuel López Torijo (1984), Montserrat Huguet (1989), i entre els més recents els de Mónica Bolufer, Aurora Rivièr, Victoria López Cordón, Meri Torras i A.M. Fernández Poncela.

# EL PAPER DE JOAN GINÉ EN LA CONSTRUCCIÓ DE LA NOVA FACULTAT DE MEDICINA I L'HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

J. L. Ausín Hervella

El centenari de la mort de Joan Giné i Partagàs ens permet recordar quina va ser la seva aportació en algunes facetes del procés de modernització de la nostra medicina, en aquest cas, de les dues institucions bàsiques en la docència i l'assistència i els edificis que les albergaven: la Facultat de Medicina i l'Hospital Clínic.

No farem ara la història completa del procés perquè no és l'ocasió i solament aportarem algunes pinzellades en els punts en els quals Giné està més implicat. La funció de motor de la modernització de la nostra medicina, que Corbella li atribueix, té en aquestes institucions una manifestació capdal'. Ningú no ha treballat tant per tal que es fessin realitat. Es tracta de situacions molt diferents. Pel que fa a la Facultat, la raó era fonamentalment aconseguir una edificació i la dotació d'unes instal·lacions adequades per a la docència teòrica, els gabinets d'investigació, la biblioteca, etc. Tot, qüestió de diners.

Respecte de l'Hospital, era molt més. D'una banda, era passar d'haver d'utilitzar un establiment obsolet en tots els aspectes i que en gran part tractava la docència com una activitat intrusa, i arribar a tenir un hospital modern, de gestió pròpia, orientat al compliment integrat de les funcions d'assistència, de docència i d'investigació. Però el canvi que es demanava sobre l'Hospital sobrepassava en molt l'interès de la docència, ja que estaven en joc molts aspectes de canvi social, del pas d'una reminiscència de l'*Ancien Régime* a la nova Europa, de l'autoritat basada en la revelació, als valors positivistes i democràtics. Per tant, el canvi de modernització era molt superior respecte de l'Hospital que sobre la Facultat. De fet, veurem com Giné, que demanava les dues coses, sempre insistí molt més en el tema de l'Hospital.

L'Hospital de la Santa Creu estava administrat en teoria per una junta amb dos canonges de la catedral de Barcelona i dos representants de l'ajuntament, normalment regidors. Però l'estudi de les dinàmiques habituals evidenciades en els actes i els testimonis dels contemporanis fan saber que el pes de l'element clerical era molt superior al civil. L'Hospital procedeix de l'època en què els homes de religió apareixen com els administradors dels fons de caritat que els ciutadans rics destinaven a la beneficència privada. Era un instrument de compensació de les desigualtats socials i d'atenció als miserables al moment de les malalties greus. Així havia estat durant molts segles. L'Església havia estat la inventora del sistema, i s'havia especialitzat en la gestió dels hospitals, de tal manera

que durant la guerra de la Independència s'encarrega de l'organització dels hospitals militars dels patriotes. Mantenien una legitimitat en la gestió hospitalària, derivada del concepte de l'hospital com a instrument de repartiment de la caritat. Quan la medicina cura poc, l'atenció hospitalària es fonamentalment d'acolliment, i no hi ha greu problema en què siguin religiosos els gestors, ja que la figura dels metges és complementària.

Al llarg del segle XIX, les noves funcions a l'hospital apareixen de la mà dels metges, els quals, per tant, reclamen un nou protagonisme i discuteixen la legitimitat tradicional. Veiem: fonamentalment l'hospital passa a ser l'instrument bàsic de l'ensenyament mèdic, l'eix d'experimentació de les tècniques que van apareixent, i gradualment es converteix en el centre en què s'apliquen coneixements que tenen un progressiu i prometedor grau de resolució, primer diagnòstic i després terapèutic. Amb això apareix una nova legitimitat, que discuteix la tradicional dels capellans. És la medicalització de l'hospital.

Aquest procés és lent i està sotmès a resistències dures del sector que fins ara tenia el control tradicional i que l'està perdent, perquè arriba quan l'Església està sotmesa a erosions per moltes bandes. Fins ara havia estat dirigint gran part del poder social i havia aconseguit un règim d'equilibris basats en un complex sistema de valors. No solament és una religió de persones, sinó que pretén organitzar les relacions socials. La contestació dels fonaments de la seva autoritat s'inicia al Renaixement, però ara apareixen multitud de factors, per totes bandes, en torrent, que socaven els seus postulats. Podem considerar el regalisme dels nous governants, que volen les riqueses administrades pels religiosos i que impulsen successives desamortitzacions; les idees cíviques que consideren l'atenció als pobres com un deure ciutadà envers la solució de la caritat cristiana, un deure religiós (l'hospital finançat per almoines i administrat per religiosos haurà de passar a ser un establiment finançat per impostos, controlat pels poders cívics i dirigit per metges); el positivisme de la ciència moderna, que basa els seus predicats en el resultat de les comprovacions objectivables pels sentits o els instruments; el liberalisme, que considera la llibertat i la democràcia com al fonament de les relacions socials; la proletarització de les masses, fruit de la industrialització, que les desarrelen i desvinculen dels elements d'autoritat tradicional...

O sigui que el procés de canvi hospitalari es produeix simultàniament a un altre de fons, de mutació de les estructures i dels referents socials. Davant d'aquests elements nous, la jerarquia eclesiàstica pretén utilitzar les mateixes formulacions que han servit durant tants segles. S'han produït canvis bàsics al món social i al món mèdic, i els administradors eclesiàstics volen solucionar-los amb la continuïtat de l'antic model de l'hospital de caritat, administrat per un sistema de predomini dels valors que patrocina la religió tradicional, de conformitat i rigor de costums públiques. En aquest panorama, la jerarquia és fonamentalment conservadora, i l'Encíclica *Quanto Anno* amb el Syllabus de 1864 representen el manifest de la posició immobiliària, que condemna totes les opinions que discuteixen l'ortodòxia tradicional. Es manté en una postura fixa, rebutja les posicions dels altres i insisteix sobre la bondat de les seves solucions que, a més d'eficaces, tenen la legitimitat de la revelació.

Els pobres malalts no tenien capacitat per a demanar res de forma organitzada i els obrers disposaven d'unes estructures molt febles. Els més radicals, afiliats a la I Internacional, esperen que tots els beneficis vinguin del canvi radical de la propietat dels mitjans de producció. No entren en detalls sanitaris. I quan especifiquen com volen que sigui l'hospital, simplement diuen que quan s'assoleixin les condicions socials adequades en la nova ordenació no es necessitaran hospitals, que no hi haurà moltes de les malalties que són ocasionades per les dolentes condicions del treball, l'alimentació i l'habitatge, i els pocs malalts que hi hagi seran atesos a casa seva, com ara els benestants. Els metges progressistes participen de la mateixa doctrina, per tant són contraris a l'hospital com a solució de beneficència social, quan tècnicament no aporta res que no pugui ser aplicat a una casa mitjanament dotada. Pensem que l'antisèpsia listeriana no s'estén a Barcelona fins la dècada dels vuitanta i la resta de la instrumentació exploratòria que tenim és pobríssima. Per tant, la tècnica diagnòstica i terapèutica té encara pocs avantatges a l'hospital i, des del punt de vista de l'atenció humana, és considerat amb horror en totes les descripcions. Per tant, la solució progressista sempre ha estat l'anomenada hospitalitat domiciliària, que ja estava inventada al segle XVIII.

Giné participa en tot de les formulacions modernes: vol la ciència positivista i l'hospital com a instrument de docència i d'investigació, encara que entén que, en una societat ben organitzada, les malalties s'han d'atendre al domicili, amb mitjans públics en el cas dels pobres<sup>2</sup>. Evidentment, no arriba al radicalisme de pensar que totes les malalties procedeixen de les condicions de vida, ni que desapareixerà la pobresa del món. Però la fita immediata és la medicina basada en fonaments del mètode científic. Considera l'hospital, dirigit per metges, com a instrument de l'assistència, la docència i la investigació. Pensa que la medicina, i especialment la higiene, poden actuar com a àrbitres en l'anomenada qüestió social, per tal d'avaluar les necessitats i les capacitats dels obrers i,

per tant, exigir que ambdues funcions s'equilibrin, des de la neutralitat científica.

En la pugna entre els sectors clericals més tradicionals i Giné, sobre la defensa de dues concepcions diferents del món, la història ens demostra que les coses han anat per on defensava Giné, que solament s'equivoca en pretendre que el protagonisme de l'arbitratge entre patrons i treballadors, entre burgesos i proletaris, podia ser desenvolupat pels metges, com a elements que coneixen la realitat biològica, exercir l'arbitratge científic i donar a cadascú el que correspon. La ingenuïtat de Giné en aquest aspecte és extraordinària, ja que ni la ciència mèdica estava tan avançada, ni les parts en litigi se sotmetrien mai a criteris tan aleatoris com els dels metges. El propi Giné sofriria sovint aquesta situació en temes molt més limitats, com eren els dels peritatges psiquiàtrics davant els tribunals. On estava la neutralitat científica, si hi havia metges que opinaven tan diferent en funció de qui els presentava?

Giné inicialment intenta que canviï l'hospital, amb la crítica i amb arguments i la pressió de *La Independencia Médica*. Vol canviar-lo perquè no s'adequa al model de l'hospital que Giné té. Es tracta d'un concepte radicalment diferent.

#### SITUACIÓ PRÈVIA A GINÉ

Encara que la Facultat de Medicina es trobava a Cervera, el darrer terç del segle XVIII s'atorguen a la ciutat de Barcelona tres institucions sanitàries que li permetien mantenir-se dins d'un nivell d'activitat prestigiós. En primer lloc, tenim el Col·legi de Cirurgia. Es basteix un edifici destinat a les aules i a l'Hospital de la Santa Creu, per decisió reial es constitueix en la seu de l'ensenyament clínic pràctic. Després, considerem la Reial Acadèmia de Medicina Pràctica, amb funcions oficials de control d'epidèmies i de suport a l'administració judicial i civil. Finalment, les càtedres clíniques vinculades a l'esmentada Acadèmia.

Tant el Col·legi de Cirurgia com les càtedres clíniques tenien a l'Hospital el viver de malalts que necessiten per a l'ensenyament. Això resultava normal, ja que no hi havia més hospital a la ciutat, encara que no fos de propietat pública sinó privada. Però estava gestionat per un patronat que continuament s'ha distingit per una gelosa defensa de llur autonomia. L'Hospital practica aquestes obligades col·laboracions amb la docència amb reticència, encara que no pot oposar-s'hi frontalment, ja que vénen dictades des de la corona, que exercita la seva autoritat anomenant sovint l'Hospital amb el qualificatiu de reial.

Però ja en aquestes èpoques es manifesta el malestar que produeix als administradors l'haver de suportar la presència intrusa de professors i d'alumnes que no li estan sotmesos quant a l'organització, la disciplina i els criteris assistencials. Això sempre s'ha viscut molt malament per l'Hospital i sovint han procurat els administradors reconduir la situació cap a la

desobediència dissimulada o bé presentar la impossibilitat de complir el que s'havia disposat, malgrat la seva voluntat de col·laboració.

És conegut que quan Virgili arriba a dirigir el Col·legi de Cirurgia s'ha d'acceptar que els dos cirurgians majors de l'Hospital, Francesc Puig i Josep Pahissa, s'integrin en el Claustre amb la categoria de catedràtics, com a solució per tal de compassar la presència dels intrusos amb l'autoritat dels cirurgians que actuen sota la disciplina de l'Administració<sup>3</sup>.

O sigui que, en comptes d'acceptar que els professors del Col·legi fossin cirurgians de l'Hospital, la solució a la qual s'arriba és que aquests fossin professors del Col·legi. Aquesta solució provisional no agradava al Col·legi i quan es jubila Pahissa es trenca l'acord, en voler cadascuna de les dues entitats imposar el seu candidat. L'arbitratge reial s'inclina cap a Gimbernat, el proposat pel Col·legi, però accepta que en els casos següents sigui l'Hospital qui decideixi. També Massons ens relata les dificultats contínues que l'Hospital produïa per a proporcionar cadàvers per a les pràctiques de dissecció.

Aquesta inversió del protagonisme es repeteix quan Salvà aconsegueix per a Barcelona les càtedres clíniques. L'Hospital també pretén que siguin desenvolupades pel seus metges, en comptes de per membres de l'Acadèmia, i utilitza en aquest cas els oficis de Narcís Roses, que havia estat metge reial.

Tots els historiadors del Col·legi de Cirurgia i de la Facultat de Medicina ens manifesten les dificultats que aquestes institucions han tingut habitualment amb les administradors de l'Hospital de la Santa Creu. Amb perspectives ja suficients, resulten explicables aquestes dificultats. D'una banda, per la natural incomoditat de tenir inquilins a la casa, en forma de professors aliens, no sotmesos a la disciplina. Resulta normal, atès que els administradors de l'Hospital estaven acostumats a un règim d'obediència dels metges i empleats de la casa. Per tant, els metges i estudiants aliens, al marge de la pròpia disciplina, solament han estat tolerats perquè venien imposats per la corona. La situació de tancament dels administradors de l'Hospital arriba a ser tan intensa que en una ocasió van haver d'intervenir els soldats per a imposar la docència<sup>4</sup>. Com no podia ser d'altra forma, tots els reglaments relatius als Col·legis de Cirurgia disposaven la col·laboració de l'Hospital annex<sup>5</sup>. Quan arriba la Facultat també la col·laboració de l'Hospital està establerta per l'Ordre de 15 d'agost de 1846.

Quan en un procés que culmina al 1843 amb la reforma de Mata es produeix el retorn de la Facultat de Medicina a Barcelona i l'anul·lació de la de Cervera, l'estructura física en la qual s'ha d'ubicar és l'ocupada fins aleshores per l'antic Col·legi de Cirurgia, en l'edifici dissenyat al 1761 per Ventura Rodríguez i on s'utilitzen per a les classes clíniques les sales de l'Hospital de la Santa Creu.

Inicialment, la Barcelona de la Facultat de Medicina recobrada dels anys quaranta es troba en una situació de continuïtat científica, assistencial i docent sobre l'estructura que als da-

rrers anys ja efectuava el Col·legi de Cirurgia. Tenim la sensació que aquesta recuperació fou molt més un formulisme, des del punt de vista de les titulacions, que el que representava el canvi en les disciplines i la docència que s'oferia en el mateix edifici. Per tant, momentàniament no es va apreciar una situació traumàtica ni en l'hospital ni en l'edifici on es dictaven les classes teòriques.

La continuïtat d'aquesta unificació en l'estructura del Col·legi de Cirurgia és poc traumàtica: s'aprofita l'edifici, l'hospital de Barcelona, la millor integració social i s'anul·la la disfuncionalitat de Cervera. Aquesta situació era lògica, però no tenia en compte determinades circumstàncies que havien de produir-se. Fonamentalment eren dues:

1a. Que la ubicació a Barcelona hauria previsiblement d'incrementar la demanda d'ingrés, respecte de Cervera, ja que les despeses que les famílies barcelonines havien de pagar ara eren menors si el fill no estava desplaçat, i probablement vindrien més estudiants de fora de Catalunya.

2a. La medicina començava a ser més complexa que la del segle XVIII, i encara que rudimentaris, ja es necessitaven laboratoris.

Tot això va ocasionar que l'edifici no disposés de condicions adequades per a l'ensenyament, fonamentalment per manca d'espai.

Hi ha uns primers anys d'acomodació que coincideixen amb èpoques turbulentes en la política espanyola, amb les baralles dinàstiques i socials que ocupen els espanyols durant tants anys del segle. Inicialment no hi ha protestes especials respecte de la falta d'adequació de l'edifici o de l'hospital. Solament s'aguditzen les crítiques contra l'hospital, especialment pel que fa a l'estructura física, més destacades sobre el departament de dements, el qual durant tot el segle ha estat objecte de crítiques radicals, assumides respecte de l'estructura pels propis administradors, que ja al 1835 buscaven solucions en altres indrets, però que toleraven condicions que espantaven als barcelonins quan se n'assabentaven. En els anys 1847 i 1848 hi ha una forta crisi com a resultat de l'estudi d'una comissió inspectora impulsada per l'ajuntament i, posteriorment, de l'actuació d'alguns catedràtics crítics que, com Mendoza, demanaran canvis<sup>6</sup>.

Els anys seixanta comencen amb novetats en el panorama intel·lectual. El corrent europeu del positivisme científic arriba de forma evident i potencia actuacions d'acord amb les noves doctrines: Basa el coneixement en dades procedents de l'experimentació, del mètode anatomoclínic i de la instrumentació. Tot un conjunt de procediments que superen els enfocaments anteriors, que tenien molt de elucubratiu i discursius. A Barcelona es produeixen una sèrie d'iniciatives, com la publicació d'*El Compilador Médico*, l'Institut Mèdic, la traducció de la *Patologia Cel·lular* de Virchow, i altres protagonitzades per personalitats renovadores tan potents com Antonio Mendoza, Joan Giné i Bartomeu Robert. La docència d'aquesta medicina ja no és discursiva i necessita molt més que l'anterior



laboratoris, instrumentació, observacions clíniques, que ja no poden tenir acolliment fàcil als antics edificis de la Facultat i de l'Hospital. L'Hospital, a més, està progressivament suportant l'increment de la demanda dels malalts, ja que la població de la conurbació barcelonina creix, la industrialització crea noves patologies, la immigració altera els equilibris familiars tradicionals i el ferrocarril afavoreix l'arribada dels malalts d'indrets més allunyats. Aquesta pressió de demanda s'uneix a l'esmentada crisi del paper hegemònic de l'Església en la societat i a la davallada econòmica que sofreix l'hospital per les intervencions desamortitzadores. Tot això explica l'accentuació d'una postura de defensa que presenten els clergues de l'Administració de l'Hospital (MIA). Els catedràtics renovadors apareixen com a clars exemples i representants dels elements que estan fent perillar les hegemonies tradicionals i que, fins ara, pressionen amb noves doctrines científiques, socials i, fins i tot, econòmiques. Com a mínim, els administradors recorden que entre els encàrrecs fundacionals de l'Hospital no hi havia docència, sinó únicament la pura assistència.

El sexenni democràtic apareix amb demandes de canvi, però el tremolí d'aquests anys, plens d'esdeveniments, fa que els metges partidaris de noves solucions no elevin massa les seves veus, ja que és evident que les prioritats del país eren unes altres. Quan la Restauració aporta una certa estabilitat, s'inicia amb dos elements enfrontats:

1. L'Hospital es declara privat, el que permet als administradors considerar-se amb molta força moral per a no acceptar del tot les demandes dels catedràtics.
2. L'aixeta liberal que la revolució de 1868 ha destapat ja no es tancarà del tot, i la Restauració apareix en la pràctica com un règim molt més avançat que l'isabelí, amb partits i premsa relativament moderns. Els impulsors del canvi ja no seran callats fàcilment, perquè actuen en un ambient de majors garanties ciutadanes.

Per tant, les dues posicions tradicionalment en pugna, entre l'Hospital i els catedràtics renovadors, ara s'allunyen encara més. I la solució ja no podrà ser l'acord sinó la ruptura, amb l'alternativa de crear un nou hospital. A més, coincidirà amb la necessitat d'una nova facultat, que ha d'estar a l'Eixample i que, per tant, ha de tenir a prop un nou hospital, i la necessitat de més centres sanitaris que resolguin les demandes de la població.

#### INICI DE LA CAMPANYA

Inicialment, quan el 1866 Giné aconsegueix ser catedràtic, es dedica a l'ampliació de l'anatomia patològica. El 1867 passa a la higiene. En aquests anys ja té *in mente* la necessitat de donar entrada a la ciència positivista i experimental, amb criteris encara molt minoritaris entre els catedràtics de Barcelona, però la seva actuació renovadora se centra a impulsar institu-

cions, com l'Institut Mèdic de Barcelona, en les quals els alumnes rebin els coneixements i la forma d'entendre la medicina del mètode científic modern<sup>7</sup>.

La demanda de nous hospitals per a la ciutat és antiga, pensant més en l'assistència que en la docència. Pel que fa a aquest darrer punt, no és Giné el primer que sol·licita expressament un nou hospital clínic. Hem trobat que ja ho feia Carles Ronquillo al 1871<sup>8</sup>. Immediatament, Joan Giné utilitza *La Independencia Médica* en una campanya que perdurarà durant anys, especialment sobre les deficiències de l'Hospital. No ataca mai explícitament la doctrina religiosa, solament pretén mantenir fora de les seves competències els àmbits que considera tècnics o cívics i per als quals *els savis teòlegs*, com diu ell, no tenen capacitació<sup>9</sup>. Quan passa a la càtedra de patologia quirúrgica és el moment en què li són assignats uns llits de l'Hospital per a l'ensenyament i quan es produeix el xoc frontal amb els administradors. Trobem una primera queixa pública de Giné al principi de 1872, per la manca de cadàvers que facilita l'Hospital. Ja ho atribueix als criteris retrògrads dels administradors<sup>10</sup>:

*"Tiene, pues, la enseñanza de la Anatomía práctica en nuestra Facultad de Medicina un elemento adverso en el espíritu de místico quietismo que predomina en el Hospital de Santa Cruz. Contrarrestar la influencia de este elemento es ahora punto menos que titánico; pues, además de que no se disipan en un día esas tupidas telarañas que teje el fanatismo religioso en cerebros poco cultivados..."*

Acaba demanant que la Facultat de Medicina, que té unes instal·lacions estretes, vagi a l'antic convent dels carmelites, que properament quedarà buit, quan les facultats que l'ocupen passin a l'edifici de la Universitat.

Durant un any dedica els editorials a l'intent fracassat de la Universitat Lliure. Després torna contra l'Hospital, fent una descripció de l'escàs nombre de llits que es faciliten per a l'ensenyament pràctic, disposats en sales tan atapeïdes que dificulten la circulació dels professors i dels alumnes<sup>11</sup>.

Poc després, un altre editorial ja demana que l'Hospital sigui enderrocat<sup>12</sup>:

*"Bien comprendemos que, si el Hospital de Santa Cruz ha de ser digno de la segunda capital de España, importa que la demolidora piqueta le reduzca a escombros y que un talento constructor levante fuera del centro de la población un edificio que por sus buenas condiciones merezca ser llamado el palacio del dolor..."*

Amb ocasió de la mort d'un malalt<sup>13</sup>:

*"...a causa de haberse hallado sometido a las pésimas condiciones atmosféricas que ofrecen las salas del Hospital de Santa Cruz, que, en este concepto y en otros muchos que podrían referirse, distan de corresponder a la cultura y fama de ilustrada que goza la segunda capital de España."*

A l'octubre de 1872 es queixa que a l'Hospital no es permeti la presència de familiars quan s'apropen els darrers moments dels malalts, o que es prengui els fills a les dones solteres<sup>14</sup>. Tanmateix, pensa en l'inútil de la protesta per saber *"lo inertes*

que son para el sentimiento las instituciones regidas como la Administración susodicha”.

L'autor explica que hi havia concedit una esperança perquè li havien assegurat que aviat es posaria remei. Com que no és així, redobla la crítica al final de l'any amb un article que titula de forma il·lustrativa “El Hospital de Santa Cruz ante la Ciencia”<sup>15</sup>:

“Mucho nos duele tener que señalar los abusos y poner de manifiesto ante el público transgresiones de la Higiene que redundan en perjuicio de la humanidad y de la cultura y buen nombre del país.

No vacilamos en afirmar, pues nos sentimos fuertes para demostrarlo, que: entre poseer Barcelona... el Hospital de Santa Cruz y carecer absolutamente de asilos de esta clase, sería preferible el último extremo.”

Enumera i exemplifica retrets en temes relatius a l'emplaçament, la construcció, el mobiliari, l'alimentació, etc. Sobre la gestió, diu:

“Que la dirección administrativa del Hospital de Santa Cruz está confiada a manos incompetentes.”

El ser canonge o regidor no possibilita la instrucció necessària. Els metges que hi col·laboren no poden opinar en contra.

Tot l'anterior en un sol any demostra de forma evident la campanya que el jove catedràtic ha iniciat envers l'Hospital. L'antipatia és mútua, com apareix a les Actes de la MIA<sup>16</sup>.

A l'article titulat “Secularización de la Pública Beneficencia” expressa clarament la doctrina que l'assistència benèfica pública ha d'estar desvinculada dels elements religiosos<sup>17</sup>.

“La administración de los establecimientos de Beneficencia es uno de los pocos vínculos que une a la teocracia moderna con la sociedad actual. Es un poder misterioso; pero al fin un poder. La mano que da es siempre bendecida. El necesitado recibe el socorro y lo agradece; raras veces investiga la procedencia de la dádiva.”

“Desde este instante, fue preciso secularizar la pública Beneficencia. El asilo municipal vino a reemplazar al convento; ya que el que solicita un auxilio no aguarda en el zaguán las sobras del refectorio, sino que es inmediatamente conducido al comedor...”

“No voces más o menos aisladas, sino un clamoreo general se levanta, como expresión de la opinión pública, en demanda de las trascendentales reformas que exige el Hospital de Santa Cruz.”

“...el Hospital de Santa Cruz es a todas luces antihigiénico; que constituye un peligro incesante, tanto para la población que alberga, como para la que vive en la vecindad; que tiene una organización y un funcionalismo viciosísimos y opuestos a las más triviales nociones de la ciencia médica; que los albergados, lejos de hallar en el asilo alivio o curación de sus dolencias, que frecuentemente centuplican sus males y que no en pocos casos les arrebatara la vida; etc. etc.”

Una altre editorial, de desembre de 1873<sup>18</sup>:

“Mucho, muchísimo, hay que enmendar en el Hospital de Santa Cruz, en donde la polilla de la rutina se sobrepone diariamente a la Ciencia y a la Higiene...”

“El Hospital de Santa Cruz requiere no solo una renovación material al nivel de la higiene de nuestros días, sí que también una renovación de criterio, fundado en el reconocido influjo de la ciencia médica en las ciencias sociales y en especial en la pública Beneficencia.”

Quan Giné concep un projecte sanitari per a la ciutat, una de les primeres mesures proposades és la construcció de tres o quatre hospitals a l'Eixample, utilitzant l'import aconseguit per la venda de l'actual<sup>19</sup>.

La lluita per tal que l'Hospital millori les condicions per a l'assistència i la docència continua, encara que en una ocasió ens arriben mostres de fatiga<sup>20</sup>. Tanmateix, Giné no cedeix i periòdicament apareixen crítiques i demandes respecte de l'Hospital, fetes pel mateix catedràtic o algun col·laborador. Al principi de 1877 una nota a la revista es queixa dels dos edificis<sup>21</sup>:

“¿Cuándo se dará el caso de que veamos erigir un hospital clínico con un Colegio de Medicina adjunto?”

De tant en tant, es produeixen explosions de mal humor de Giné, amb el seu estil peculiar. Quan la MIA decideix que el catedràtic i alumnes entrin a una sala a través de la cuina, ironitza<sup>22</sup>:

“De hoy en adelante, se habrán evitado los defectos que algunos –iimpertinentes Zoilos!– achacaban a la mala construcción del asilo, a ignorancia de los Administradores, al mal humor de los autómatas de la Caridad, a las eméticas propiedades de las sopas de ajo o de tomillo, que se sirve en los desayunos, a la clarísima insipiscitud del chocolate; al ingrato sabor de un caldo más valiente que Roldán –pues nada tiene de gallina–; a la restricción de pecabundos venéreos, que por un sencillo flujo uretral, purgan largas semanas en cama sin vestido, ni luz, ni amigos; todos con poco alimento y mucho rezo. A pesar de todo, y de tan buenos guisos administrativos, nosotros clamamos por la demolición del antihigiénico Hospital de Santa Cruz.”

O, en ocasió d'un incident amb un malalt<sup>23</sup>:

“Allá en las lóbregas regiones del Hospital de Santa Cruz, en donde todo fanatismo tiene su apogeo y toda repulsión al progreso de la humanidad, dignísima representación...”

No és d'estranyar que des de la revista surtin al pas d'una sèrie d'articles conciliadors de Mañé i Flaquer, que al 1877 i 1878, des del sempre conservador *Diario de Barcelona*, defensa l'actuació i criteris de l'Hospital<sup>24</sup>.

## EL PROBLEMA HOSPITALARI I PROJECTES EL 1878

Les lleis espanyoles de beneficència al segle XIX han estat sempre dins d'un tarannà teòric progressista, considerant que l'atenció benèfica era una responsabilitat pública que no es podia deixar al resultat de la bona voluntat de la caritat privada. L'aplicació dels criteris de la Llei de Beneficència de 1849 i el Reglament de 1852 fa que al 1853 l'Hospital de la Santa Creu sigui declarat públic i provincial i sotmès a les directrius de la

Junta Provincial de Beneficència, com una manera que la Diputació pogués complir les obligacions hospitalàries que li imposava l'esmentada Llei i el Reglament, que establien en els hospitals provincials la xarxa fonamental<sup>25</sup>. Aquesta disposició és protestada sense pausa per la MIA en totes les ocasions que la situació política s'ho permetia. Durant el període transcorregut entre el cop del general Pavía i el retorn d'Alfons XII, aconseguïen que el Ministeri de la Governació anul·li l'ordre de 1853 i declari l'Hospital particular i els seus béns com a no desamortitzables<sup>26</sup>. Encara que la decisió de Governació es paralitza momentàniament, el 1877 el Consell de Ministres declara ferma la situació de patronat particular<sup>27</sup>. La MIA adquireix noves energies en la posició de no acceptar actuacions contràries als seus criteris dins de l'Hospital.

La població de Barcelona està creixent i l'Hospital no pot atendre totes les demandes, i comunica a les administracions que aviat haurà de rebutjar els malalts que no puguin assistir. Davant aquesta situació, la Diputació al començament de 1878 indica que destinarà fons per a la construcció d'un asil de jorنالers inutilitzats per al treball o bé per a contribuir a la creació d'un hospital<sup>28</sup>.

Per la seva banda, l'Ajuntament de Barcelona fa pública una nota el 21 de gener de 1878 en la qual comunica que en els pressupostos dels propers anys consignarà fins a la quantitat de 150.000 pessetes amb l'objectiu de contribuir a la creació de sucursals de l'Hospital de la Santa Creu<sup>29</sup>. Giné protesta que els nous hospitals siguin assignats a la gestió continuïsta de l'Hospital de la Santa Creu<sup>30</sup>. Com que en aquests moments està impulsant l'experiència de l'Ateneu Lliure de Catalunya, alternativa a l'Ateneu de Barcelona, a la primavera de 1878 organitza una sèrie de conferències sota el títol de "Necesidades nosocomiales de Barcelona"<sup>31</sup>.

Aquest és el moment clau de la posició de Giné per tal de plantejar-se la necessitat d'una radicalització pel que fa a l'Hospital. La Facultat no pot continuar vivint suportant l'actitud de la MIA, que ara, ja lliure i no sotmesa a les directrius de la Junta de Beneficència per a res, augmenta les seves exigències. Giné no pot acceptar que les iniciatives de la Diputació i l'Ajuntament caiguin dins de les mans dels que fins ara s'han manifestat com a enemics del progrés humanitari i científic. A *La Independencia Médica* ja es manifesta amb caràcter contundent. Exigeix una nova Facultat i un Hospital Clínic propi.

Per tant, quan el rector Casaña visita el centre, comprèn la situació i recolza les demandes del Claustre, en un ajut que va resultar oportú, encara que van aparèixer les gelosies del degà durant la tramitació del projecte, que van ser causa d'alguns dels endarreriments.

Realment l'edifici de la Facultat tampoc no podia servir adequadament, ja que quan fou projectat els cursos de cirurgians eren de no més de 50 alumnes. Ara hi ha moltes més assignatures i algunes són experimentals. No hi ha museu anatòmic, gabinet de fisiologia, ni de medicina legal, ni local per a

estudis histològics, ni una sala de dissecció adequada, ni aules capaces per a contenir la meitat dels alumnes matriculats<sup>32</sup>.

Un altre element que fa plantejar-se que l'ensenyament de la medicina no podia continuar així és que la Nova Universitat de la Gran Via de les Corts Catalanes, amb l'edifici d'Elies Rogent, comença a prestar serveis al 1873. La normal emulació fa que els catedràtics de medicina també vulguin noves instal·lacions.

## LA GESTACIÓ

El procés és molt llarg. Les primeres gestions ja consolidades són del 1878, la inauguració del 1906. Podem recordar-les sumàriament.

Durant el curs 77-78, el Claustre de la Facultat estableix la necessitat de demanar al Ministeri de Foment la construcció d'una nova Facultat i un nou Hospital Clínic<sup>33</sup>. Al desembre del 1878, el rector Casaña presideix una altra reunió en la qual es torna a insistir en el tema. Es nomena una comissió formada per Siloniz, Giné, Valentí i Coll i Pujol, per tal de fer-ne la corresponent memòria. El 9 de març de 1879 l'esmentada comissió presenta el resultat dels seus treballs, i és Giné qui llegeix les conclusions<sup>34</sup>. Recollim algunes de les manifestacions d'aquesta memòria, en les quals apareixen com a principals les deficiències de relació amb l'Hospital:

*"...falta de aulas, anfiteatros y museos, no dispone para la enseñanza clínica de enfermerías concebidas y dirigidas por un criterio científico, ni para la de anatomía recibe más que en corto número de cadáveres. Desde que se fundó el Colegio de Cirujanos las clínicas se han enseñado en el Hospital de Santa Cruz. Media entre la Facultad y la Administración de dicho Hospital una suerte de contrato o buena inteligencia, en virtud del cual ésta proporciona para los estudios prácticos un cierto número de enfermos... Diferentes, y aun a veces contrapuestos criterios, intervienen, pues, en el régimen y tratamiento de los enfermos de las clínicas. No es, por ejemplo, infrecuente que un catedrático disponga que a un enfermo se le levante o se le dé tal o cual alimento, y que la prescripción deje de cumplirse por razones puramente reglamentarias. Aun, es más de lamentar que para la enseñanza no sea permitido escoger los casos de mayor interés clínico..."*

La conclusió és que Barcelona necessita un nou hospital i aquest ha de ser clínic. Quant a la Facultat, s'assenyala que l'amfiteatre és suficient solament per a 250 persones, i resulta inadequat com a aula demostrativa i experimental. Al Departament d'Anatomia hi ha nul·la circulació d'aire. L'aula de medicina legal i toxicologia té capacitat per a 80 alumnes i hi ha 197 matriculats. L'anomenada aula d'exàmens té capacitat per a 90 persones i a vegades n'ha de contenir 250.

Giné ja anteriorment havia protestat sobre aquestes mancances<sup>35</sup>. La seva pròpia càtedra es veu obligada a dividir els alumnes perquè no hi ha sala per a tants com n'hi ha de matriculats<sup>36</sup>.

La societat barcelonina es mobilitza i tothom promet l'ajut fins i tot econòmic. Així apareix en la premsa del moment. S'envia la proposta al Ministeri i el camí apareix tan prometedor que una Reial Ordre de 6 de desembre de 1879 declara d'utilitat i conveniència la construcció de l'Hospital Clínic i la Facultat de Medicina. El Ministeri considera adequada la proposta que rep de la Comissió de destinar les quantitats promeses per les dues corporacions barcelonines a l'adquisició dels terrenys, ja que demana que siguin facilitats pels barcelonins. Aquesta solució es considera adequada.

Hi ha un primer projecte redactat per l'arquitecte de la Diputació, Conrat Bartrolí, que s'accepta. El pressupost inicial per a la construcció puja a 4.464.000 pessetes, a més de 548.120 pessetes pels terrenys. La Direcció General d'Ensenyament demana a les dues corporacions que manifestin expressament que pressupostaran les quantitats necessàries. Durant l'any 1882 tant l'Ajuntament com la Diputació responen afirmativament, el primer amb la condició que s'ha d'establir a la ciutat de Barcelona.

Ara comença la fase de recerca dels terrenys i es forma una comissió, amb la participació de totes les administracions implicades. Una de les qüestions que endarrerix la selecció dels terrenys procedeix d'una oferta, fora de termini, que es rep per a fer l'edificació a uns terrenys a Sant Martí de Provençals, a la continuació de la Travessera de Gràcia, precisament la ubicació actual de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Aquesta proposta està molt recolzada per Bartomeu Robert, que actua com a regidor de l'Ajuntament en la comissió de selecció de terrenys. Però la zona es considera molt allunyada del centre, amb comunicacions molts dolentes, i fora de la ciutat, i per tant l'ajuntament de Barcelona no el subvencionarà. Hi ha protesta d'un nombrós grup d'alumnes entre els qual estan els fills de Giné. Robert no veurà recolzada la seva proposta pel propi Ajuntament.

Totes aquestes qüestions estan endarrerint extraordinàriament el procés<sup>37</sup>. Entre les diferents opcions, per fi la comissió proposa la de l'actual ubicació i un Reial Decret de 27 d'abril de 1888 autoritza la compra del solar. Mentrestant hi continua havent diversos casos d'enfrontament entre la Facultat i la MIA, i per tal que consti quina és la voluntat del Claustre, el 1884 s'aprova un Reglament en el qual especifica les funcions del l'Hospital i el criteri de decidir per sobre dels administradors<sup>38</sup>.

Giné viu aquest procés amb diferents ànims. Inicialment amb extraordinari optimisme que gradualment es va refredant<sup>39-42</sup>.

Les visites que rep Barcelona durant l'Exposició de 1888 fan que es dugui a terme la col·locació simbòlica d'una primera pedra el 28 de maig. Tanmateix, l'escriptura d'adquisició dels terrenys es farà el 16 de desembre de 1889, perquè fins llavors no són facilitats els fons per l'Ajuntament i la Diputació.

Amb l'escriptura no estan solucionats els problemes relatius a l'adquisició del terreny, ja que solament es paguen 250.000 pessetes i es proposa la finalització del pagament per a un

termini de cinc anys més. Les obres no comencen, ja que el Ministeri no vol construir en un terreny sotmès a una hipoteca. Per tal de fer pressió, l'Ajuntament indica que no pagarà el segon termini si l'Estat no pressuposta l'inici de les obres. Arriba l'any 1895 i ni l'Estat ha consignat el total de l'import, ni la Diputació i l'Ajuntament han acabat de pagar el terreny.

### LES ACTUACIONS DE GINÉ DEGÀ

Mentrestant, Giné ha estat nomenat degà per Reial Ordre de 6 de març de 1893. El Claustre de la Facultat pren un acord de 19 de desembre de 1893. Pensen que l'endarreriment pot ser degut a l'elevat import de construcció dels dos edificis. Proposen que es faci primer l'hospital clínic, encara que sigui solament amb quatre pavellons.

El nou degà, per la seva banda, actua en fer millorar les instal·lacions de la Facultat antiga. Crea un consultori gratuït a la Facultat per tal d'ampliar el nombre de malalts que podien servir de *material docent*, a banda de millorar l'assistència als pobres. Promou totes les iniciatives de modernització que hi apareixen, com la coneguda de la implantació del radiodiagnòstic, immediatament descobert el fenomen.

Fins ara els metges de la Facultat solament atenien els malalts ingressats en període lectiu, i durant les vacances eren els metges propis de l'hospital els que se'n feien càrrec. Ara serà contínua la visita, durant tot l'any<sup>43</sup>. Millora sensiblement l'amfiteatre anatòmic i la sala de dissecció, que es troben a l'antic pati. Hi habilita un dipòsit de peces anatòmiques al soterrani, transportables per un ascensor. També instal·la un laboratori histològic i un gabinet fotogràfic.

Quan comencen les obres a l'Eixample apareixen de nou les esperances. Es relata que el degà Giné hi anava sovint a comprovar l'evolució i que, fins i tot, es feia acompanyar d'alguns estudiants, per a veure els edificis que ja eren la seva principal il·lusió<sup>44,45</sup>.

El 1898 fa un dels seus discursos més importants, en la inauguració del curs acadèmic. En un to suficientment mesurat, no perdona cap crítica a l'Hospital<sup>46</sup>:

*“El hecho es que la Facultad vive de precario en las enfermerías de la Santa Cruz (...) Pareceríame de mal gusto insistir en esta materia: tratar, verbi gracia, de los sinsabores que encuentra la Facultad en el Hospital de la Santa Cruz, en lo que se refiere al régimen autónomo de la Casa, el cual transciende al personal extrínseco, adscrito, por virtud de aquél, al servicio de las clínicas, y de los disgustos que provienen de garrafales errores y añejas preocupaciones, reñidas con la Higiene; cosas que la Facultad se ve obligada a contemplar muda, resignada y mustia, a causa de su precario modo de vivir... Luengos años hemos vivido Facultad y Hospital, conllevando y soportando nuestros opuestos gustos y contrarios temperamentos; hoy estamos próximos a darnos la despedida...”*

Giné no veurà en funcionament aquestes dues institucions, que van ser instruments bàsics en el procés de modernització de la medicina catalana. Tanmateix, amb seguretat la imminència del final l'hauria fet descansar com la culminació de la seva obra.

#### REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES I NOTES

1. Corbella, Jacint: Historia de la Facultad de Medicina 1843-1985. Barcelona. Fundació Uriach 1838, 1896, 136: En una valoració de conjunt, hem de considerar Giné com un motor, un revulsiu dins de la nostra medicina de final de l'últim terç del XIX.
2. Giné i Partagàs Joan: Curso Elemental de Higiene Privada y Pública. Barcelona. Lib. Bastinos, 1880-1882. 2n Volum, Higiene Pública, 376: Desde el punto de vista de sus óptimas aspiraciones, la higiene anhela la desaparición de los hospitales, es decir, desea tan ricos y tan felices a los pueblos, que las enfermerías públicas lleguen a ser completamente innecesarias; que nadie carezca de hogar ni de familia, ni de recursos propios para ser asistido en las enfermedades en su propio domicilio, y que en fin, aun en el caso de ser preciso allegar socorros a los enfermos pobres, sea en todas partes practicable con provecho la hospitalidad domiciliaria.
3. Aquestes reticències dels administradors de l'Hospital estan molt bé exposades per Josep Maria Massons en llurs diferents estudis sobre el Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona. Per exemple:  
-Francesc Puig (1720-1797) i el cirurgians del seu temps. Barcelona. Seminari Pere Mata, 1992.  
-Història del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona. Barcelona. Fund. Uriach 1838, 2002.
4. La Renaixença: 17 d'octubre de 1884, 6822-6823.  
...faltaven tots los medis necessaris pera la ensenyansa práctica puig l'Hospital de Santa Creu, creat pera un fi benèfich i no com establiment d'ensenyansa, se negava a proporcionar á la Facultad malats pera las clínicas y cadavers pera las cátedras d'Anatomía. D'aquí comensá una tivantó o conflicte entre l'Hospital i'l Colegi, que ab diversas variants segueix encara; conflicte portat una volta á tal extrem que fou necessari que'ls soldats del Estat protegissin ab sas bayonetas la presa de possessió de las salas de las clínicas als catedráticos de la facultat. Com ja havém dit, la tivantó ha seguit: l'Estat, representat pels catedráticos, i l'Administració de Santa Creu han continuat mirantse de reull.
5. El darrer que coneixem és la: Real Cédula : Ordenanza General sobre los Reales Colegios de Cirugia. Madrid. Ibarra, 1825. Al cap VIII, art 12: habrá en cada colegio una enfermería destinada a la enseñanza práctica de la medicina, colocada con la debida separación los enfermos de dolencias internas y externas que son necesarios para dar las lecciones clínicas...
6. Dictámenes Médico Higiénicos de la Comisión Facultativa Inspectora del Hospital General de Santa Cruz de Barcelona nombrada en 12 de diciembre de 1847 por el Señor Alcalde Corregidor de esta Ciudad. Barcelona. Impta Brusí, 1848.
7. CALBET CAMARASA, J Ma: Giné y Partagàs y la enseñanza de la medicina. In: Bases Históricas de la Psiquiatría Catalana Moderna. Barcelona. Seminari Pere Mata. 1987, 169-183.
8. RONQUILLO, Carlos: Proyectos de salubricación y beneficencia aplicable a las epidemias en general y a las de la fiebre amarilla en particular". Barcelona. Est. Tip. Ramirez, 1871, 28-29: ...el Hospital de Santa Cruz podría tener una gloriosa muerte y resucitar remozado y convertido en un pequeño hospital clínico, en cuya construcción no se olvidara ningún detalle sanitario, y al cual pudieran asistir los alumnos de higiene pública para estudiar prácticamente la lección de higiene nosocomial. Inútil es decir que el pequeño hospital estaría en comunicación con un grandioso colegio de medicina, digno de Barcelona, con sus museos, sus laboratorios y almacenes de instrumentos, aparatos, apósitos y de todos los medios curativos conocidos.
9. La Independencia Médica: 11 de juny de 1878, 317-319.
10. La Independencia Médica: 15 de febrer de 1871, 99-101.
11. La independencia Médica: 1 de gener de 1872, 66-65.
12. La Independencia Médica: 1 de maig de 1872, 175-176.
13. La Independencia Médica: 21 de maig de 1872, 200.
14. La Independencia Médica: 11 d'octubre de 1872, 74-75.
15. La Independencia Médica: 11 de novembre de 1872, 15-17.
16. Arxiu Històric de l'Hospital de Santa Creu.
17. La Independencia Médica: 11 d'abril de 1873, 219-220.
18. La Independencia Médica: 31 de desembre de 1873, 119.
19. La Independencia Médica: 1 de març de 1874, 190.
20. La Independencia Médica: 11 de juny de 1874, 298. La nota diu que Giné pensa tornar a Higiene perquè està cansat de lluitar per tenir una infermeria adequada a les necessitats. Està vist que les Clíniques estaràn sempre relegades. A la dècada següent un altre catedràtic de cirurgia, Madrazo, abandona la càtedra per la manca de mitjans adequats a l'hospital.
21. La Independencia Médica: 21 de gener de 1877, 149.
22. La Independencia Médica: 11 de desembre de 1877, 100-101.
23. La Independencia Médica: 21 de febrer de 1878, 188.
24. La Independencia Médica: 11 de gener de 1878, 133.
25. Reial Ordre de 15 de setembre de 1853.
26. Ordre de 13 de maig de 1874.
27. Reial Decret del 8 d'abril de 1877.
28. Sessió Pública de la Diputació Provincial del 10 de gener de 1878.
29. La Correspondencia de Barcelona: 23 de gener de 1878, 335.
30. La Independencia Médica: 11 d'abril de 1878, 247-248.
31. Hi intervenen Tomàs Lletget, Rodríguez Méndez, Nogués, Pere Esquerdo, a més del propi Giné.
32. La Independencia Médica: 1 de gener de 1879, 109-111.
33. La Independencia Médica: 1 de novembre de 1878, 47.
34. Dictamen sobre la erección del Hospital Clínico y Facultad de Medicina de Barcelona, aprobado por el claustro el 31-5-79. Barcelona. Tip Suc. Ramirez, 1879.
35. La Independencia Médica: 21 de gener de 1877, 149.
36. La Independencia Médica: 11 de desembre de 1877, 100.
37. Sobre el tema de la recerca de terrenys hi ha un treball: ARQUES, Josep: Cinc estudis històrics sobre la universitat de Barcelona (1875-1895). Barcelona. Ed. Columna, 1985.
38. Facultad de Medicina. Reglamento interior. Barcelona. Impta J. Jepus, 1884. Reglamento Interior del Hospital Clínico (sic): Art 1: Poden ingresar a més del que està disposat per les Instruccions generals, els malats de la visita particular del catedràtic o professors clínics que aquests desitgin.  
Art 9: Aunque el hospital tenga un formulario para los medicamentos, y sin perjuicio de que el Decano inste para que se aumente con los preparados modernos hasta ponerlo al nivel de las exigencias actuales, la Facultad, con los fondos señalados para las Clínicas, facilitará su adquisición, si se negase el Hospital Civil a su compra.
39. La Independencia Médica: 11 de febrer de 1882, 156-159: Finalitza el projecte de l'arquitecte Bartrolí: Gran optimisme: Adeu a l'Hospital de Santa Creu.
40. La Independencia Médica: 1 d'octubre de 1882, 1-2. Afortunadamente, tocamos casi la realidad del Hospital Clínico y la Facultad de Medicina. Creemos que el próximo año veremos la primera piedra.
41. La Independencia Médica: 1 d'octubre de 1883, 1-2. Primeres manifestacions de pessimisme. Se sap que la nova Universitat està costant més del que s'esperava. Que s'envii una comissió a Madrid.
42. La Independencia Médica: 1 d'octubre de 1884, 1-2: Sembla que l'assumpte va adequadament, en haver-se constituït una Comissió per a buscar els terrenys.
43. Arxiu Històric Hospital Santa Creu i Sant Pau: Actes de l'Administració de l'Hospital, 2 de juny de 1893, 9 de juny de 1892.
44. Gaceta Médica Catalana: 15 de gener de 1905, 5-11. Rodríguez Morini: El Hospital Clínico era una verdadera obsesión de Giné. Puso su voluntad y su inteligencia al servicio de ésta idea.
45. La Medicina Catalana: 1935, (I), 241. J. Bellido: Fou el propulsor de l'ànima de la nova Facultat.
46. GINÉ I PARTAGÀS, Joan: Lo que es y lo que debiera ser la enseñanza en nuestra Facultad de Medicina. Obras Escogidas. Barcelona. Tip. La Académica, 1903, 572-573.

## NECROLÒGICA

### **Alfonso Balcells Gorina (1915-2002)**

Per a mi, és un dolorós honor haver de redactar la necrològica del molt il·lustre acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya professor Alfonso Balcells Gorina. És molt difícil resumir un currículum tan extens com el seu, però intentaré ser concís.

Vaig conèixer el Dr. Balcells durant l'any 1949, quan em vaig incorporar com a intern de la Clínica Mèdica, de la qual ell era professor adjunt. Ens va unir una gran amistat que es va mantenir fins a la seva mort. El professor Balcells nasqué l'any 1915. Es llicencià amb premi extraordinari de llicenciatura a la Facultat de Medicina de Barcelona. Va ser metge de guàrdia de medicina de l'Hospital Clínic de Barcelona. Va ampliar estudis a Heidelberg, on va dedicar especial atenció a les cardiopaties, i on va fer la tesi doctoral a la mateixa universitat. Va ser professor adjunt de la Càtedra de Patologia Mèdica de Barcelona, de la qual era titular el professor Soriano, on va portar a terme una gran tasca docent, assistencial i investigadora.

Va deixar la Facultat de Barcelona quan va guanyar, per oposició, la Càtedra de Patologia General de Salamanca, l'any 1955. Des de l'any 1956 fou Director de l'Hospital Clínic de Salamanca. Des de 1960 fins a 1968 va ser rector d'aquesta universitat, on va desenvolupar una gran tasca per tal de millorar-la i on va dedicar especial atenció a la seva projecció internacional. L'any 1965 va representar la universitat espanyola a Tokio. L'any 1966 va ser representant d'Espanya a Nova Delhi, per a l'ensenyament de la medicina. Va ser elegit membre del consell directiu de l'Associació Internacional d'Universitats. Des de l'any 1968 va ser Catedràtic de Patologia General de la Facultat de Medicina de Barcelona, tasca que va exercir fins a la seva

jubilació. Posteriorment, va ser designat com a professor emèrit i va crear l'Escola de Reumatologia.

La seva producció científica fou extraordinària, amb més de 300 publicacions en revistes nacionals i internacionals. També fou autor i col·laborador en diversos llibres, com *Patología General y Fisiopatología* (1961) i *Manual de Diagnóstico Etiológico* (Marañón-Balcells). Fou director de múltiples tesis doctorals.

Crec important destacar que era membre de l'Opus Dei des de l'any 1943, malgrat que ja coneixia l'obra de Monsenyor Escrivá de Balaguer, amb qui va col·laborar estretament. De fet, va ser el gran impulsor de l'Obra a Catalunya.

Ha rebut importants condecoracions: Doctor Honoris Causa per la Universitat de Navarra (1963); Creu de l'Orde de Malta; Gran Creu d'Alfonso X el Savi, i Gran Creu de l'Orde de Maig al Mèrit, d'Argentina.

Entre el seus càrrecs científics, destaquen: president de la Societat Espanyola de Medicina Interna; president de la Societat Catalana de Medicina Interna, i membre d'honor de la Lliga Espanyola d'Hipertensió Arterial.

Com ja he dit abans, resumir d'una manera concisa el currículum del Dr. Balcells és difícil, atès el seu altíssim i excepcional nivell. Però voldria destacar que sempre ha estat fidel als seus principis ètics i científics que, iniciats en la seva joventut, va mantenir fins a la seva defunció. L'Acadèmia perd un numerari excepcional. Sempre recordaré que, en una sessió sobre l'eutanàsia i quan ja estava en unes condicions físiques precàries, va defensar d'una manera molt brillant la seva posició, basada en el seus principis cristians i científics.

Luis Revert Torrellas  
Acadèmic numerari

## NECROLÒGICA

### **Josep Espriu Castelló (1915-2002)**

El dia 12 d'octubre de 2002 va morir el molt il·lustre Acadèmic de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya Dr. Josep Espriu Castelló, a l'Hospital de Barcelona, que ell va fundar i va inaugurar el 1990.

La Junta Directiva m'ha designat la trista missió de fer la seva necrològica. Ho agraeixo i ho he acceptat sense dubtar, ja que m'unia a ell una sincera amistat que es va iniciar a la dècada de 1940 i ha continuat intacta fins a la seva mort i que em permet glossar la intensa i fecunda vida d'aquest metge excepcional que va començar el seu exercici professional com a un humil metge de capçalera i va acabar creant un gran Sistema d'Assistència Sanitària Col·lectiva, el cooperativisme sanitari, i va aconseguir estendre'l a la resta d'Espanya i de diversos països estrangers.

El Dr. Espriu va néixer a Santa Coloma de Farners (Girona). Els seus pares es van traslladar aviat amb els seus fills molt petits a Barcelona. Aquí va cursar tots els seus estudis i va obtenir la llicenciatura en medicina el 1942. Aquest mateix any va començar l'exercici professional com a metge de medicina general, en el seu domicili del barri de Gràcia, en el qual atenia els seus malalts particulars i de la Seguretat Social. En aquest mateix domicili va viure amb el seu germà Salvador, fins que va morir el 1985. Cito aquest fet perquè el Dr. Espriu admirava el seu germà poeta i, com ell mateix confessava, el va influir en la seva manera de ser, de comportar-se i d'entendre la vida.

Extremament educat, culte, molt atent i afectuós amb els malalts i els seus familiars, va adquirir ràpidament prestigi com a metge de capçalera; però aviat es va desvetllar en ell una forta rebel·lia davant de la gestió de la medicina de l'època, de la situació precària dels metges explotats per les mútues mercantils i de l'assistència mèdica, que discriminava rics i pobres en el manteniment d'un bé general tan essencial com és la salut.

Entre els professionals regnava la inquietud, i la implantació de l'assegurança obligatòria de malaltia el 1944 va contribuir a augmentar tal inquietud, perquè els metges intuïen que la medicina tradicional liberal individual que exercien iniciava el seu declivi i acabaria per desaparèixer.

En el Col·legi de Metges de Barcelona es desplegava una intensa activitat en defensa dels interessos professionals. Les reunions eren freqüents, les assembles tenses, caldejades i Espriu, que ja hi destacava, es va presentar a les eleccions del

Col·legi el 1945 i va sortir escollit vocal de la Junta, càrrec que va ocupar fins al 1952. Durant aquests anys Espriu va desplegar una gran activitat en el Col·legi de Metges. Va restablir la Comissió de defensa dels interessos professionals i va col·laborar activament en altres comissions, com la Comissió assessora del S.O.E.

En aquesta època, Espriu va anar a Bilbao per a conèixer l'Igualatori Mèdic Col·legial, que funcionava allà, sota els principis de lliure elecció de metge, de pagament per acte mèdic i sense intermediaris en la relació entre metge i malalt. Va quedar meravellat d'aquest sistema assistencial i a partir d'aleshores Espriu, home especial, somniador, idealista, molt convençut que la força de les idees és superior a la dels diners, va anar dissenyant el seu projecte d'organitzar un sistema social d'assistència mèdica col·lectiva privada, regida pels mateixos principis de l'Igualatori de Bilbao, a la qual cosa va afegir la gestió dels recursos en igualtat de protagonisme de metges i malalts; és a dir, un sistema de cooperativisme sanitari integral, sense ànim de lucre, en el qual els beneficis es reinverteixen en millores assistencials. Tota una utopia, com ell mateix deia.

Per a poder convertir la seva "utopia" en realitat, necessitava fundar l'Igualatori Mèdic Col·legial de Barcelona. No ho va tenir gens fàcil; però després de cinc anys de lluita sense descans defensant el seu projecte, va aconseguir vèncer la resistència dels opositors a la seva "utopia" i el 14 d'agost de 1957 el Col·legi de Metges va fundar l'Igualatori Mèdic Col·legial, al qual va denominar Assistència Sanitària Col·legial.

Aconseguit aquest objectiu, Espriu, treballador infatigable, va dedicar tota la seva energia inexhaurible a dur a terme el seu projecte de Cooperativisme Sanitari i d'estendre'l a tota Espanya i a l'estranger. Amb aquesta finalitat, va viatjar contínuament per tota Espanya, en infatigable proselitisme per a convèncer als metges de totes les províncies dels seu projecte i, al mateix temps, va anar creant noves entitats articulades entre elles, que li van permetre crear igualatoris col·legials i paracol·legials, delegacions d'Assistència Sanitària interprovincial, cooperatives, etc.

Espriu va ser promotor, fundador i organitzador d'Assistència Sanitària Col·legial S.A. Va crear després la Cooperativa "Autogestió Sanitària". El 1972 va crear Assistència Sanitària Interprovincial ASISA, que és la primera companyia d'assegurances mèdiques d'Espanya. El 1974 va crear la Societat Cooperativa d'Instal·lacions d'Assistència Sanitària, SCIAS, que és la primera cooperativa del món dedicada a la construcció d'hospitals, i va

car el principi imperant fins a aquell moment, en el sentit que qui al·legava els fets era qui havia de provar-los. En l'esmentada sentència raonava que, com a principi, fer suportar tota la càrrega de la prova sobre una part era tan injust com deslliurar totalment a l'altra part d'aquest deure. Aquesta tendència es va accelerar a partir de l'any 1981 –i molt més en l'actualitat– i té l'origen en el dret anglosaxó, que parteix de la base que les pèrdues i els danys accidentals han d'ésser considerats com a costos imputats a la societat: l'empresa ha d'assumir la totalitat del que ella li costa a la societat, és la teoria de l'empresa-responsabilitat. Quedi ben clar que ens estem referint tan sols a l'àmbit civil, car en el penal continua imperant la presumpció d'innocència, en el qual la culpa no tan sols s'ha de presumir sinó que també s'ha de provar.

Es va anar, doncs, cap a una inversió de la càrrega de la prova (de l'onus provandi), el que va portar cap al que s'anomena una objectivació del concepte de culpa i, en conseqüència, de responsabilitat. Hi ha determinades situacions, doncs, en les quals es presumeix que una persona pot haver incorregut en responsabilitat. Aquesta nova corrent jurisprudencial va tenir de seguida aplicació en determinats àmbits, i potser on més es va evidenciar va ésser en temes de circulació i, especialment, en el cas que la víctima fos un vianant, car es partia de la base que el carrer, històricament, es dels vianants, que en un moment determinat es troben que apareixen uns enginyers mecànics i perillosos amb els quals ha de competir amb desigualtat: en cas de col·lidir amb ells, amb prou feines els farà un petit bony a la xapa (i molt menys a les d'aquella època), mentre que ells poden fàcilment sortir-ne invàlids... o morts.

Aquesta nova corrent va inspirar ben aviat, el 1962, la Llei de l'assegurança obligatòria, inspirada en aquest principi i amb una finalitat –ja es deia això en el mateix preàmbul– més social que jurídica, cosa que es fonamentava no solament en aquesta apuntada desigualtat entre vehicle i persona (i aquest dret adquirit sobre l'ús del carrer en el transcurs del temps), sinó també en la realitat –aplicable també a conductors accidentats– del fet que quina culpa tenia la pobra que es quedava vídua i amb cinc fills petits, i sense recursos, que el seu marit fos més o menys imprudent.

En aquests processos judicials –que es seguien directament contra l'asseguradora, sense necessitat de demandar al mateix temps el seu assegurat– per a eximir-se del pagament, aquesta no en tenia prou amb demostrar que el responsable principal del accident era la pròpia víctima: havia de provar que tenia tota la responsabilitat de l'accident. Resumint: es buscava indemnitzar. La llei Badinter francesa del 1985 obliga, fins i tot –sense entrar a analitzar la culpa–, a indemnitzar els menors de 16 anys i majors de 70 (clar basament social, també). Actualment, aquest concepte de responsabilitat àmplia té molta incidència en el camp de la construcció i en el dels productes, principalment els farmacèutics.

Doncs bé: també en el camp de la medicina s'observa cada cop més la tendència cap a l'objectivació de la culpa, i es des-

plaça la responsabilitat del metge cap el centre mèdic (més difícil en la privada). Hi ha països en els quals ja es practica d'una manera generalitzada, com els Estats Units (deixant a part el concepte que allà impera d'indemnització-multa i que, des del punt de vista d'aquí, configura indemnitzacions exagerades).

I és lògic que així sigui: el "pobre beneït" que té la mala sort d'ésser l'un entre mil al qual, pels càlculs de probabilitats, "li ha tocat" no es pot trobar en una situació d'abandó. No es pot trobar amb algú al davant que es defensi dient: "...si jo mai no he tingut cap problema; 40 anys exercint la professió i mai m'ha passat res...!". Què l'importa tot això a ell! Per a ell, l'únic que compta és que a ell sí que li ha passat. Doncs bé, aquest "pobre beneït" ha d'ésser indemnitzat, i ja està. I que consti que hi ha una raó més que en l'accident de circulació per a indemnitzar: aquí el perjudicat ha triat al seu "contrari" i, d'una manera o altra, el remunera, a diferència del cas d'un accident de circulació, en què col·lideix amb un usuari, com ell, de la via. L'assisteix, doncs, un dret molt més evident a reclamar-ne els perjudicis que se'n derivin.

Que això faria pujar la sinistralitat i conseqüentment la pòlissa d'assegurances? És ben cert que sí; les asseguradores poden perdre-hi en un exercici, però ja es curen en salut en el proper. De la mateixa manera que, després, els metges han de fer revertir aquest increment en el cost del seus serveis; és clar que no l'han d'acabar assumint ells.

Val a dir, nogensmenys, que aquest és un problema que no sols tenen els metges. Aquest problema ja es va tenint a tot arreu i a tots els àmbits. La principal despesa d'instal·lació d'un advocat a Anglaterra i als Estats Units és el cost d'una pòlissa d'assegurances de responsabilitat civil. A Anglaterra, quan no ha acabat bé judicialment una determinada pretensió, el primer que fa el client decebut és anar a un altre advocat per a veure si troba algun motiu per a demandar el que li ha portat la referida acció judicial. Nosaltres, doncs, tampoc ens n'escapem. I nosaltres no podem presentar al jutge perits exculpatoris: aquí, el perit és ell. I als Estats Units, les esglésies estan constituïdes en societats anònimes i ho estan perquè així se'ls hi exigeix per tal de poder subscriure una pòlissa d'assegurances. I són molt curoses de tenir-la contractada, perquè sí un fidel –per molt que ho sigui– rellisca en un terra massa ben encerat i es trenca el nas, ja pot ser molt devot que reclamarà tot el que pugui als seus mentors espirituals.

## CONSEQÜÈNCIES LEGALS DE L'ERROR MÈDIC

**L'error és present en totes les professions i activitats. La peculiaritat en el cas de la professió mèdica rau en el fet que el subjecte passiu de l'activitat del metge és el cos del seu client; en el cas mèdic, tot el que passa és transcendent.**



fundar l'Hospital de Barcelona, inaugurat el 1990, que disposa de 367 habitacions individuals i uns 200.000 socis, i la gestió del qual és compartida per metges i usuaris. Va crear també la cooperativa Lavinia, amb domicili a Madrid. Actualment, Lavinia S.A. i Assistència Sanitària Interprovincial ASISA formen el grup d'assistència sanitària privada més gran d'Espanya, amb més de 40.000 sanitaris que donen assistència mèdica a més de 1.500.000 persones. El 1993 va inaugurar a Madrid la Clínica de la Moncloa, hospital paral·lel a l'Hospital de Barcelona. Espriu és també fundador de la Mutualitat de de previsió social Dr. Luis Sans Sola, de Barcelona, integrat pels membres del quadre mèdic d'Assistència Sanitària Col·legial. Va ser també fundador de la Mutualitat Dr. Atilano Cerezo, amb domicili a Madrid, integrat pels membres del quadre mèdic d'ASISA. Va ser a més autor de diversos llibres sobre cooperativisme sanitari.

El 1990, consolidada ja com una realitat el seu utòpic projecte, les tres cooperatives Lavinia, Autogestió Sanitària i SCIAS van crear la Fundació Espriu, al capdavant de la qual van situar el Dr. Espriu Castelló com a president vitalici. Aquesta Fundació és l'òrgan d'expressió i de difusió del Cooperativisme Sanitari Integral per tot el món. En aquest sentit, ha estat tan gran el treball dut a terme per ell i els seus col·laboradors que actualment la Fundació Espriu presideix l'Organització Internacional de Cooperatives de Salut i edita trimestralment la revista "Compartir", que distribueix gratuïtament a unes 200.000 persones.

Un altre aspecte de la seva prolífica activitat és com a periodista i divulgador mèdic. Durant anys, va publicar un article setmanal de divulgació mèdica a la revista "Destino", amb el títol de "El Consell del Doctor", sota el pseudònim de "CIANOFLOR". Una relació d'aquests articles es va publicar en un llibre que va prologar el Dr. Agustí Pedro Pons i que va ser premiat pel Col·legi de Metges.

Aquesta és, expressada en una breu síntesi, la vida i l'obra del Dr. Josep Espriu Castelló. En contemplar-la en tota la seva magnitud, hom pensa que només un home especial, irreplicable com ell, somniador, convençut de la força de les seves idees, molt tossut en la seva defensa i que, a més, era elegant en el tracte, seductor, comprensiu, generós i molt honest en tots els seus actes, podia materialitzar una quantitat tan important de projectes. El cooperativisme sanitari integral, la defensa de les seves institucions i dels seus col·laboradors va ser la passió obsessiva de la seva vida. Va participar activament en gairebé tots els actes nacionals i internacionals en els quals es debatien aquests temes. Fins i tot, ja a edat avançada, quan ja havia perdut la seva esposa i amb la salut malmesa, no va dubtar a traslladar-se per a participar en di-

versos esdeveniments internacionals de tipus cooperativista. En l'última de les vegades que vaig anar a veure'l a l'hospital, ja en la fase terminal de la seva cruel malaltia, encara em va parlar del seu projecte i em va dir que se sentia insatisfet de no poder continuar defensant les seves idees sobre el cooperativisme.

No és estrany, per tant, que Espriu rebés al llarg de la seva vida diversos honors i premis, entre els quals destaco els següents:

- Col·legiat d'Honor dels Col·legis de Metges de Madrid, Màlaga, Granada, Las Palmas, Càceres i Alacant.
- Col·legiat d'Honor Nacional amb emblema d'or del Consell General de Col·legis de Metges, el 1985.
- Medalla d'Or al Mèrit del Treball, atorgat pel Ministeri de Treball i Seguretat Social, el 1987.
- Premi Internacional de l'Associació Llatinoamericana de Centres d'Educació Cooperativa, el 1989.
- Medalla President Macià, el 1988.
- Fill predilecte de Santa Coloma de Farners, el 1991.
- Comanda amb placa de l'Orde Civil de Sanitat, el 1972, i Gran Creu del propi Orde, el 1994.

La nostra institució, com a premi a la seva gran obra mèdica i social, el va acollir en el seu si com a acadèmic corresponent, com a acadèmic protector i, per últim, va ser escollit com a acadèmic numerari. Va llegir el seu discurs d'ingrés el 10 d'abril de 1994, que va versar sobre "Fi de Carrera". El va contestar el seu amic entranyable, l'Il·lustre Acadèmic Dr. Alfons Gregorich Servat, de tan grata memòria. Espriu va ser un bon acadèmic. Va complir amb les funcions com a tal, assistia puntualment a totes les activitats de l'Acadèmia, a la qual estimava i va prestar la seva valuosa contribució.

Amb la mort d'Espriu, Catalunya i Espanya han perdut un gran metge, una creador que ha deixat com a llegat l'obra que acaba de descriure. Però, per sobre de tot, s'ha perdut un home essencialment bo.

La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, que expressa el seu dolor a la seva germana Ma. Lluïsa i a tots els altres familiars, els amics i els col·laboradors, especialment a Ma. Àngels, la seva secretària de tota la vida, ha perdut també un dels seus més il·lustres membres numeraris. Jo he perdut, a més, un gran amic.

Descansi en pau el nostre estimat amic i company.

Joaquim Tornos i Solano  
*Acadèmic numerari*

La Fundació Pere Virgili dóna suport a la publicació de la Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

### **Membres Honorífics de la Fundació**

Almirall Prodesfarma S.A.  
CETIR Grup Mèdic  
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona  
Fundació Uriach 1838  
Grup Ferrer Internacional S.A.  
Grup Novartis a Espanya  
Laboratorios Menarini S.A.  
Laboratoris del Dr. Esteve S.A.  
Química Farmacèutica Bayer S.A.

### **Protectors de la Fundació**

Grup Bristol Myers Squibb  
Laboratoris Astra  
Laboratoris Fardi S.A.  
Sanofi Winthrop S.A.