REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

DE L'ERROR MÈDIC A L'APRENENTATGE: LA SEGURETAT CLÍNICA I LA INTEL·LIGÈNCIA ARTIFICIAL, ALIADES DEL PROGRÉS ASSISTENCIAL

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

Dr. Josep Arimany i Manso

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

Dr. Miquel Bruguera i Cortada

Barcelona

5 d'octubre de 2025

DE L'ERROR MÈDIC A L'APRENENTATGE: LA SEGURETAT CLÍNICA I LA INTEL·LIGÈNCIA ARTIFICIAL, ALIADES DEL PROGRÉS ASSISTENCIAL

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

DE L'ERROR MÈDIC A L'APRENENTATGE: LA SEGURETAT CLÍNICA I LA INTEL·LIGÈNCIA ARTIFICIAL, ALIADES DEL PROGRÉS ASSISTENCIAL

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

Dr. Josep Arimany i Manso

Discurs de resposta llegit per l'Acadèmic Numerari

Dr. Miquel Bruguera i Cortada

Barcelona
5 d'octubre de 2025

Queda rigorosament prohibit, sense l'autorització escrita del titular del Copyright, sota les sancions establertes en les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la repografia i el tractament informàtic i la distribució d'exemplars d'aquesta, mitjançant lloguer o préstecs públics.

© *Josep Arimany i Manso*
© *Miquel Bruguera i Cortada*
© *Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*

Edició: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
c/. Carme 47, 08001 Barcelona - T. 93 317 16 86
e-mail: secretaria @ramc.cat
D.L.: B 17229-2025
ISBN: 978-84-09-76604-8

Imprès: Trialba
c/ Clot, 13 · 08018 Barcelona · 93 451 65 70

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

Dr. Josep Arimany i Manso

Excel·lentíssim Sr President
Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics
Autoritats
Distingits companys i amics,
Senyores i senyors
Estimada Família

Adreço les primeres paraules del meu discurs als membres d'aquesta Acadèmia per agrair la generositat amb què m'han acollit per ocupar la plaça de Membre Numerari número 58, compartida amb el Molt Il·lustre Acadèmic Numerari Dr. Vives Puiggròs, Numerari Emèrit, a la Secció Quarta de Medicina Social. És per a mi un immens honor ingressar com a Acadèmic Numerari a la Reial Acadèmia, institució de prestigi i tradició, i poder contribuir, amb humilitat i dedicació, als valors del coneixement, el servei i l'excel·lència que representa.

Com a metge especialista en Dermatologia i en Medicina Legal i Forense, em considero deixeble de persones eminents en ambdues disciplines. En l'àmbit de la Dermatologia, vull destacar especialment els Molt Il·lustres acadèmics Prof. Josep Maria Mascaró Ballester[1,2], traspassat recentment, i la Prof. Teresa Estrach Panella. Pel que fa a la Medicina Legal acadèmica, he tingut com a

referents el Prof. Jacint Corbella[3,4], també traspassat aquest any, el Prof. Gabriel Martí Amengual, el Dr. Amadeo Pujol Robinat , la Dra. Lluisel·la Puig Bausili i al Prof. Emili Huguet Ràmia.

Les meves primeres paraules són de record i d'agraïment sincer al professor Josep Maria Mascaró Ballester, qui fou catedràtic de Dermatologia de la Universitat de Barcelona, per la seva trajectòria exemplar i per la influència decisiva que ha suposat per a l'exercici de la meva vida professional i acadèmica. Tinc l'honor d'haver compartit amb ell la seva darrera sessió pública, titulada "*L'error mèdic: abordatge integral*", celebrada en aquest mateix amfiteatre anatòmic de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, el 13 de juny de 2023, juntament amb la Dra. Magda Campins i Martí, Presidenta de la Comissió Deontològica del Col·legi de metges de Barcelona (CoMB)[4]. També vull destacar que el seu últim article el vam escriure plegats, sobre la seguretat clínica en Dermatologia, un treball publicat Actes Dermo-Sifilogràfiques, que reflecteix l'estimació compartida per la professió i el compromís amb la bona praxi[5]. Li feia especial il·lusió que ingressés com a acadèmic numerari; ho sabien molt bé la seva esposa, la Dra. Helena Torras, i el Dr. Josep Antoni Bombi. Li vull dedicar aquest discurs d'ingrés.

Un agraïment singular també al Dr. Miquel Bruguera i Cortada, reconegut hepatòleg de l'Hospital Clínic de Barcelona qui fou professor titular de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, per haver acceptat respondre el meu discurs, cosa que em suposa un gran honor.

Va exercir com a president del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (CoMB) des de 1994 fins al 2010, un total de 16 anys consecutius. Aquest llarg mandat es va caracteritzar per impulsar iniciatives significatives, com la creació de la Fundació Galatea, el Servei de Responsabilitat Civil i el Museu d'Història de la Medicina de Catalunya.

Durant aquests anys com a president, el Dr. Bruguera va consolidar un model de gestió col·legial innovador, amb un enfocament en la cultura de la defensa professional, la recerca

històrica i la memòria col·lectiva de la medicina catalana. Són notoris també els seus esforços per modernitzar la institució, el seu suport als projectes acadèmics, participant alhora en organismes internacionals de medicina, deixant un llegat institucional de clara rellevància[6].

Una part significativa de la meva trajectòria professional està vinculada a ell, ja que en el decurs de la seva presidència vaig assumir la direcció de l'Àrea de Praxi del Col·legi de Metges de Barcelona i del Servei de Responsabilitat Professional del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Recordo especialment les seves paraules de benvinguda, en les quals m'encoratjava a treballar en l'anàlisi de les dades de reclamacions a Catalunya, tot destacant que constituïen una font de coneixement essencial per avaluar la incidència real dels procediments que poden generar dany o estar associats a errors mèdics. Val a dir que amb el Dr. Miquel Bruguera m'uneixen moltes coses que mai permetran deixar-li d'estar agraït.

També vull expressar de tot cor un agraïment especial a l'acadèmica numerària, professora Teresa Estrach Panella, catedràtica de Dermatologia de la Universitat de Barcelona, que sempre ha estat al meu costat, oferint-me suport constant al llarg de la meva trajectòria professional i acadèmica. Igualment, al professor Miquel Àngel Asenjo Sebastián, acadèmic numerari i qui fou professor titular de la Universitat de Barcelona, i ex Director Tècnic del prestigiós Hospital Clínic de Barcelona, liderant una gran modernització del centre. No cal dir que és una figura destacada en la gestió hospitalària i la medicina pública a Catalunya, que em va transmetre les primeres bases de la gestió hospitalària i de serveis sanitaris de la UB, gràcies a la seva expertesa i didàctica reconegudes durant les sessions del màster que dirigia. Agraeixo profundament a tots dos que hagin acceptat tan amablement acompanyar-me com a padrins en aquest acte. Gràcies, Tere. Gràcies, Miquel Àngel.

Vaig tenir l'oportunitat d'ingressar en aquesta prestigiosa institució com a acadèmic corresponent per elecció l'any 2010, i la presentació del meu discurs la va fer el Dr. Ramon Trias Rubies,

cirurgià de reconegut prestigi i expresident del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona entre els anys 1982 i 1994[7].

El nomenament com a membre numerari representa un honor rellevant a la meva trajectòria acadèmica. Per aquest motiu, el considero una gran responsabilitat, a la qual procuraré correspondre amb plena dedicació. El lloc que passaré a ocupar a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya (RAMC) el compartiré amb el Dr. Vives Puiggròs, acadèmic emèrit, de qui em permeto destacar alguns dels trets més rellevants del seu *currículum vitae*.

El Dr. Jordi Vives i Puiggròs, nascut a Barcelona l'any 1941, és una figura destacada en l'àmbit de la immunologia clínica i experimental. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona (1965) i *doctor cum laude* (1971), completà la seva formació en centres de referència internacional com l'*Hospital Saint Louis* de París amb Jean Dausset, el *Basel Institute for Immunology* amb Niels Jerne i el S*alk Institute de La Jolla* amb Melvin Cohn, tots ells guardonats amb el Premi Nobel. Cap del Servei d'Immunologia de l'Hospital Clínic de Barcelona durant més de tres dècades (1976–2010), va liderar una producció científica extensa, amb més de 200 publicacions, diversos capítols de llibres i la direcció de nombroses tesis doctorals. Va exercir un paper clau en la institucionalització de la immunologia a Catalunya i Espanya, com a primer president de la Societat Catalana d'Immunologia i, de la Societat Espanyola d'Immunologia. Va presidir també el Congrés Europeu d'Immunologia celebrat a Barcelona el 2005. Reconeixements com la Medalla Narcís Monturiol (1993) o el Premi Uriach (1990) palesen la seva contribució científica. Acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya des de 1996, n'és acadèmic emèrit des de 2022, i forma part també de l'Institut d'Estudis Catalans. La seva trajectòria reflecteix una combinació exemplar de dedicació clínica, recerca de qualitat i compromís institucional[8].

Pel que fa a qui us parla, vaig néixer a la ciutat de Vic l'any 1959, en el si d'una família compromesa amb valors com el treball i l'educació. El meu pare, el Dr. Josep Maria Arimany Ridaura, era

metge vigatà, especialista en urologia i gestor sanitari; i la meva mare, professora de secundària i catedràtica de llengües clàssiques, formada a la Universitat de Salamanca sota el mestratge del professor Fernando Lázaro Carreter[9]. Érem una família molt unida, amb els meus germans Maria Dolors, Joan Maria i Jordi. La influència del meu pare i del meu avi patern, Melcior, va ser decisiva en la meva vocació per la Medicina. Als 17 anys vaig iniciar els estudis a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona i, durant tota la carrera, vaig residir a la Residència d'Estudiants Ramon Llull de la Diputació de Barcelona, situada a l'entorn de l'Escola Industrial i a poca distància de l'Hospital Clínic.

Vaig compartir els sis anys de carrera amb molts companys que estudiaven Medicina i altres disciplines a la Residència "Ramón Llull", i hi vaig forjar amistats que encara perduren. Entre elles, els tarragonins Dr. Andreu Combalia i el Dr. Richard Abelló, establert a San Diego (Califòrnia); els manresans Sr. Francesc Santasusana (economista) i Dr. Francesc Xavier Sitges (estomatòleg); el lleidatà Dr. Jaume Capdevila; el gironí Sr. Ramon Massaguer (advocat); els reusencs Dr. Francesc Paris i Dr. Josep Roca; i els vigatans Srs. Josep Traveria (químic) i Josep Vilamala (arquitecte). També hi vaig coincidir amb companys de facultat com el vigatà Dr. Joaquim Conill (metge-odontòleg) i el gironí Dr. Josep Maria Campistol, nefròleg i actual director general de l'Hospital Clínic de Barcelona, entre molts d'altres.

Ja a tercer de medicina vaig ingressar com alumne intern per oposició al Departament de Dermatologia de l'Hospital Clínic de Barcelona, i sota el mestratge del Prof. Mascaró, juntament al Dr Ferrando, Dra. Herrero, Dra. Estrach, Dr. J. Palou, entre altres, vaig aprendre les primeres lesions elementals de la pell i les primeres nocions de la redacció de publicacions científiques i la docència. Recordo que a quart de medicina ja vaig ajudar a fer la meva primera publicació, la "Reticuloendoteliosis familiar con eosinofília de Omenn", signada pel Prof. Mascaró, Prof. Ribas i Prof Cruz, com estudiant vaig contribuir en la redacció del text i la cerca bibliogràfica, donant-me, així la oportunitat de signar l'article.

Quan vaig finalitzar la llicenciatura en Medicina i Cirurgia, vaig conèixer, al Departament de Dermatologia, la que després esdevindria la meva esposa, Maria Antònia, aleshores resident de primer any en l'especialitat. Al llarg de trenta-tres anys, ha exercit com a Cap de Servei de Dermatologia de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Al llarg de la meva vida, ha estat sempre al meu costat, tant en els moments de joia com en els més difícils, i també m'ha acompanyat en l'àmbit professional. Junts hem format una família amb tres fills —en Josep Maria, en Joan i en Jaume— i avui tenim la felicitat de gaudir de tres nets: la Joana, en Mateo i en Bruno. També vull recordar amb afecte el meu sogre, Josep González Fusté, químic de professió i director dels laboratoris Leti: els seus consells van ser sempre encertats. El seu germà, el professor Francesc González Fusté, catedràtic d'Higiene i Sanitat, també va ser acadèmic numerari d'aquesta institució, així com el pare d'ambdós i avi de la meva dona, el Dr. Pedro González, que dirigí el Laboratori Municipal de Barcelona[10,11]. També vull esmentar el meu estimat cosí Jaume Portus Arimany, secretari d'administració local, que ha ocupat diferents càrrecs, entre els quals el de president del Consorci hospitalari de Vic. Persona discreta i abnegada que ha estat sempre al meu costat, en els bons moments i en els difícils. No puc sinó recordar amb profunda estima el seu suport constant que m'ha acompanyat al llarg de tota la meva vida. A través seu, també vaig tenir l'oportunitat de conèixer i establir un vincle molt proper amb el professor Miquel Vilardell i Tarrés, amb qui comparteixo una gran amistat i un afecte sincer que perduren amb el temps.

Vaig realitzar l'especialitat de Dermatologia al Departament de Dermatologia de l'Hospital Clínic de Barcelona. Durant la meva formació, vaig passar un any a la sala de dones de Dermatologia, dirigida per la Dra. Carmen Herrero Mateu, que em va introduir en la dermatologia hospitalària i em va transmetre un profund interès per les porfíries. També recordo amb especial agraïment l'estada de sis mesos al laboratori d'histopatologia cutània, on vaig tenir l'oportunitat d'aprofundir en la correlació clínico-dermatopatològica sota la tutela del Dr. Rubió, el Dr. Palou i, ocasionalment, el Dr.

Castells Mas. Guardo un record entranyable del Dr. Pep Palou, traspassat prematurament, per la seva generositat, el seu mestratge i la seva qualitat humana.

Durant la meva formació en dermatologia, teníem molt a prop l'Institut Anatòmic Forense de Barcelona, i influenciat pel estimat amic Enric Anglada Fors, Magistrat de l'Audiència Provincial de Barcelona i posteriorment destinat a la Sala Civil i Penal del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya, em vaig animar a preparar les oposicions de metge forense i vaig coincidir amb el Dr. Joan Baptista Eche Llena, Dr. Gabriel Font Riera, Dr. Manuel Rodríguez Pazos i el Dr. Alberto Chiner Noria, tots ells metges forenses de Barcelona. Així doncs al finalitzar l'especialitat vaig iniciar la preparació de les oposicions al Cos Nacional de Metges Forenses, sota la tutela dels metges forenses de Barcelona, Dr Amadeo Pujol i Robinat i sota la supervisió de la Dra. Lluisel·la Puig i Bausili, que sempre m'han donat un gran suport. També vaig compartir aquesta amb un altre opositor i amic, el Dr. Jordi Medallo i Muñiz, metge forense de Barcelona i ex director de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya. En la meva etapa professional, compatibilitzava l'exercici de la dermatologia a l'Hospital de la Quinta de Salut l'Aliança de Vic, i l'exercici lliure a la ciutat de Vic. Obtinc la plaça de metge forense del Ministeri de Justícia l'any 1992, i començo el pelegrinatge com a metge forense titular, i em destinen a diversos partits judicials de Catalunya, com Santa Coloma de Gramenet, Badalona i finalment a la ciutat de Barcelona. En totes aquestes poblacions em vaig sentir molt bé i en guardo molts records.

En la meva etapa com a metge forense vaig a començar a col·laborar amb el Prof. Antoni Bayés de Luna, catedràtic de cardiologia de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i acadèmic numerari emèrit de la RAMC. Amb el Dr. Bayés de Luna mi uneix una amistat intensa, ja que tots dos som vigatans i el suport sempre ha estat mutu.

Vàrem començar a treballar en l'estudi de la mort sobtada de l'adult a Catalunya, codirigint el Projecte Eulàlia, que va esdevenir la base de la meva tesi doctoral.

El títol de la meva tesi doctoral, dirigida pel Prof. Antoni Bayés de Luna i la Prof. Teresa Puig, després de deu anys de recerca basada en casos personals en què havia realitzat les autòpsies, va ser "*Mort sobtada de l'adult a Catalunya: aspectes epidemiològics, anatomopatològics i medicolegals*", i va obtenir la qualificació d'Excel·lent *cum laude.*

Posteriorment, aquest projecte es va ampliar mitjançant una xarxa de grups del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad), sota el títol "*Características epidemiológicas, fisiopatológicas, clínicas y anatomo-patológicas de la muerte súbita en España*", amb la participació de deu hospitals de diverses comunitats autònomes. El projecte fou dirigit pel professor Bayés de Luna, i jo mateix vaig assumir la responsabilitat dels aspectes mèdico-legals. Vàrem fer una publicació amb molt impacte a la revista *The American Journal of Cardiology: Specific characteristics of sudden death in a Mediterranean Spanish population.* L'estudi conclou que la mort sobtada a la regió mediterrània sovint és atribuïble a malaltia cardiovascular no diagnosticada prèviament, amb una elevada incidència d'hipertròfia de ventricle esquerra i plaques coronàries estables[12,13].

D'aquest estudi en vam extreure una conclusió d'interès epidemiològic: la necessitat de crear un registre nacional de casos de mort sobtada, un tipus de mort que és objecte d'investigació mèdic-legal per part dels jutjats d'instrucció i del qual, sovint, no disposen de dades altres especialitats mèdiques. A Catalunya, l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses ha creat un registre intern. Tanmateix, moltes d'aquestes dades queden arxivades en els jutjats, ja que en aquests casos el jutge sol qualificar la mort com a natural i, per tant, no se'n permet l'estudi posterior ni l'anàlisi detallada de les seves característiques.

Vull expressar el meu profund agraïment al Dr. Charles Hirsch (1937-2016), *Chief Medical Examiner* de Nova York entre 1989 i

2013, per la seva ajuda en el disseny de la meva tesi doctoral i per les valuoses lliçons que em va transmetre sobre l'organització de la medicina legal. El Dr. Hirsch va tenir un paper clau en la identificació de les víctimes de l'atac terrorista contra el *World Trade Center* l'any 2001, liderant un dels dispositius forenses més complexos mai emprats als Estats Units. Malgrat resultar ferit durant l'ensorrament de la Torre Nord, va continuar exercint les seves funcions amb un compromís extraordinari. El seu llegat professional fou reconegut amb un extens obituari publicat al *New York Times*, a càrrec del prestigiós periodista Sam Roberts, que el va descriure com una figura clau de la medicina forense moderna. Actualment, el centre forense de la ciutat de Nova York porta el seu nom en homenatge a la seva trajectòria exemplar[14].

El 3 de juny de 2002 vaig prendre possessió del càrrec de director de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, actualment anomenat Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya (IMLCFC), després de superar un concurs-oposició convocat pel Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. Vaig iniciar així un repte complex: desplegar reglamentàriament la medicina forense catalana i adaptar-la als temps actuals.

Vaig fer una estada a París amb la Dra. Dominique Lecomte, directora de l'Institut de Medicina Legal de París i figura destacada de la medicina forense francesa. Durant aquella estada, vaig poder conèixer de primera mà l'organització i el funcionament d'aquest institut, que ha estat un referent a nivell europeu. Aquesta experiència em va resultar molt enriquidora per al desplegament i la modernització del model català de medicina forense.

També vaig col·laborar amb el Coroner de Nova Orleans, el Dr. Franklin Earl "Frank" Minyard Jr., personatge emblemàtic que va ocupar aquest càrrec durant quatre dècades (1974–2014). Durant la meva visita al *Orleans Parish Coroners'Office* a New Orleans, vaig poder observar la centralització de les morts violentes mitjançant la pràctica sistemàtica de les autòpsies.

També vull agrair a la Dra. Marie-Pierre Louis, que va ser *Chief Medical Examiner* de Washington D.C. (2011–2017), les facilitats que em va oferir durant la meva breu estada a la capital nord-americana. A més, va tenir la generositat de venir a Barcelona per impartir una conferència en el marc de les Jornades Catalanes d'Actualització en Medicina Forense.

No puc oblidar una persona clau en el meu aprenentatge i suport internacional: el Prof. Duarte Nuno Vieira, exdirector de l'*Institut de Medicina Legal de Portugal* i catedràtic de medicina legal a la Universitat de Coimbra i President de la Acadèmia Nacional de Medicina de Portugal. Sempre va vetllar perquè estiguéssim representats als comitès internacionals. Ha ocupat càrrecs tan rellevants com el de President del Consell Científic del Tribunal Penal Internacional de la Haia.

També vull esmentar el Coroner de San Antonio (Texas), el Dr. Vincent Di Maio, un dels patòlegs forenses més influents dels Estats Units i una figura icònica de la seva disciplina. És especialment conegut per l'exhumació i l'anàlisi forense de Lee Harvey Oswald i del president John F. Kennedy. Va tenir la generositat de venir dues vegades a Catalunya, a Barcelona i a Lleida, per impartir classes magistrals sobre lesions per armes de foc[16].

En el desplegament de l'Institut de Medicina Legal (IML), vam treballar per centralitzar les autòpsies judicials en cinc centres a Catalunya. Aquest procés també va incloure el disseny de l'edifici de l'IML a la Ciutat de la Justícia, projectat pels arquitectes David Chipperfield i Fermín Vázquez, amb la col·laboració d'Agustí Obiol. La Ciutat de la Justícia va ser inaugurada oficialment el 2 de maig de 2009.

Durant aquesta etapa es van crear i desenvolupar diverses estructures clau per al funcionament de l'Institut, com les comissions de docència i investigació, així com la comissió de catàstrofes. L'any 2005 es va obtenir l'acreditació de la Unitat Docent MIR per a la formació de metges interns residents en l'especialitat de Medicina Legal i Forense, essent la primera unitat docent de l'estat espanyol,

d'aquest tipus dependent d'un organisme de l'àmbit de la Justícia[17]. Una fita especialment rellevant va ser la publicació al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC), l'any 2004, de l'oferta de cursos de capacitació en els àmbits de la psiquiatria forense i la patologia forense, Així s'iniciaren les subespecialitats de la medicina legal, un pas endavant cap a la modernitat.

També es van impulsar projectes pioners a nivell europeu, com l'estudi sobre "*Les morts en accidents de trànsit als 30 dies*" i el "*Protocol per a la detecció i gestió de morts per cop de calor*".

En el marc de la creació de la comissió de catàstrofes, el Govern espanyol em va sol·licitar la direcció d'un equip forense per participar en les tasques d'organització i gestió de les autòpsies i identificació de les víctimes de l'atemptat terrorista de l'11 de març de 2004 a Madrid. Posteriorment, l'Organització Internacional de Policia Criminal (INTERPOL) i la seva unitat especialitzada en Identificació de Víctimes de Catàstrofes (*Disaster Victim Identification*, DVI), va sol·licitar al Govern espanyol la participació d'un equip forense en les tasques d'identificació de víctimes del tsunami del sud-est asiàtic (Tailàndia, 2005). El Govern de l'Estat va traslladar aquesta petició al Govern de la Generalitat de Catalunya, presidit pel Molt Honorable Sr. Pasqual Maragall, i em va ser encomanada la direcció d'aquest equip[18].

Una altra de les tasques que vaig tenir l'oportunitat de dirigir fou la realització d'una prova pilot d'exhumació d'una fossa comuna de la Guerra Civil, sol·licitada pel Parlament de Catalunya. En aquest projecte vaig comptar amb la valuosa col·laboració de Molt Il·lustre Acadèmic numerari Dr. Lluís Guerrero Sala, la seva expertesa fou clau per al desenvolupament i la rigorositat científica de la intervenció[19].

D'aquesta etapa, vull expressar el meu agraïment als consellers de Justícia l'Hble. Sr. Josep-Delfí Guardia, l'Hble. Sra. Núria de Gispert i Català i l'Hble. Sr. Josep Maria Vallès Casadevall, així com al secretari general del Departament de Justicia, Sr. Joan Turró i Vicens entre desembre de 2003 i novembre de 2006, pel suport i la

confiança que van dipositar en la meva persona. L'amistat veritable, que resisteix el pas dels anys, ha estat per a mi un regal immens; el seu mestratge m'ha deixat una empremta profunda i m'ha ensenyat valuoses lliçons sobre la gestió i sobre la vida. Gràcies Joan.

També voldria esmentar la Sra. Assumpta Palau Marginet, directora general de Relacions amb l'Administració de Justícia (2000-2004), per la seva ajuda i implicació inicial, en la posada en marxa de l'Institut de Medicina Legal.

Desitjo expressar, igualment, la meva estima i reconeixement a tots els metges forenses de Catalunya, i molt especialment al Dr. Eneko Barbería Marcalain, actual director de l'IMLCFC; al Dr. Jordi Medallo; al Dr. Narcís Bardalet; a la Dra. Anna Hospital; a la Dra. Claudina Vidal, entre d'altres; així com al conjunt de les persones que treballen a l'IMLCFC. A tots ells els agraeixo la confiança i el suport que sempre m'han dispensat. També vull esmentar l'ajut i el suport del secretari general de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, el Sr. Eduard Aizpún de la Escosura, amb qui vam dur a terme el desplegament reglamentari.

L'any 2007 vaig fer un gir molt significatiu en la meva trajectòria professional. A instàncies d'un gran amic, el Dr. Jaume Aubia Marimón, nefròleg i aleshores director general del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (CoMB), se'm va proposar assumir la direcció del Servei de Responsabilitat Professional dels quatre col·legis de metges de Catalunya, així com liderar l'Àrea de Praxis del mateix CoMB. El Dr. Jaume Aubia em va transmetre els fonaments de la gestió de la responsabilitat sanitària, i al llarg del temps he procurat tenir sempre presents els seus valuosos consells.

Des d'aquesta institució he pogut impulsar la recerca i la transferència de coneixement en l'àmbit de la responsabilitat mèdica i de la seguretat clínica. Això es reflecteix en la direcció de 15 tesis doctorals centrades en la responsabilitat sanitària i en la publicació de 168 articles científics, dos llibres i trenta capítols de llibre, vinculats a aquesta temàtica.

Vull expressar el meu agraïment a totes aquelles persones que m'han donat suport al llarg d'aquest recorregut. En primer lloc, als presidents del CoMB que han confiat en aquest projecte i l'han fet créixer: el Dr. Miquel Bruguera, el Dr. Miquel Vilardell, el Dr. Jaume Padrós i la Dra. Elvira Bisbe, actual presidenta de la institució. També als membres del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, així com al Consell de Direcció del CoMB, format pel Dr. Jaume Aubia (una persona de qui aprenem cada dia), el Sr. Albert Lluch (CEO i director general de Grup Med Corporatiu), el Dr. Lluís Esteve (Director general del CoMB) i el Sr. Ignasi Pidevall (Director de l'assessoria jurídica del CoMB). No puc deixar d'esmentar, amb especial afecte, el Dr. Marc Soler Fàbregas, gran amic i persona de plena confiança, que va formar part d'aquest equip en una etapa anterior. El meu agraïment a tots els metges i metgesses de les juntes del CoMB durant aquests anys.

Tampoc vull deixar d'esmentar les amistats que he forjat en altres àrees del CoMB, com el Sr. Antoni Calvo, director del Programa de Protecció Social; el Dr. Manel Sans, president de la Secció de Metges Sèniors; al meu gran amic i company dermatòleg Dr. Ramón Torné Escasany, a la Dra. Lola Bou, dermatòloga, sempre disposada a col·laborar amb el Col·legi i el Sr Pedro Plaza, Director de RRHH del CoMB.

Voldria fer un especial esment al Dr. Jose-Manuel Mascaró Galy, al Dr. Vicenç Garcia Patos i a la Dra. Asunción Vicente Villa, distingits dermatòlegs i amics, la col·laboració dels quals ha estat sempre fonamental en la resolució dels casos més complexos.

Cap d'aquests projectes hauria estat possible sense l'imprescindible treball d'un equip sòlid i compromès. Vull expressar un agraïment molt especial a la tasca dels advocats que integren el SRP: Umbert Saigi, Roger Bruguera, Dolors Clos, Laura Aragonés, Salvador Capdevila, Jesús Maiso, Meritxell Escudé, Carles López, Meritxell Estiarte i Anna Nadal.

També el suport tècnic i mèdic ha estat fonamental. Menció especial mereix el responsable de la Unitat de Medicina Legal, el Dr.

Carles Martin Fumadó, juntament amb el Dr. César Vargas Blasco, el Dr. Robert Güerri, la Dra. Marta Castellà, el Dr. Josep Benet, el Dr. Amadeu Pujol, la Dra. Pilar Quera i la Dra. Esperanza Gómez-Durán. A més, vull reconèixer la col·laboració d'un centenar de perits mèdics especialistes, que analitzen amb rigor els informes clínics i contribueixen amb el seu criteri professional a la qualitat del servei.

També vull destacar la valuosa col·laboració de la Dra. Anna Carreras, membre de la Junta de Govern del Col·legi de Metges de Barcelona i presidenta de les Comissions Tècnica i de Seguiment del model català de responsabilitat sanitària, així com la del Dr. Francesc Ferrer Ruscalleda, que amb la seva àmplia experiència en l'àmbit de la responsabilitat sanitària ha contribuït de manera decisiva al llarg d'aquests anys al Servei de Responsabilitat Professional del CoMB.

Finalment, vull destacar la tasca de la Sra. Emma Galcerán i del Dr. Juan Ignacio Morales, que participen activament en la gestió i l'anàlisi econòmica de la pòlissa, així com de tot el personal del Servei de Responsabilitat Professional, que amb la seva dedicació han fet possible una gestió eficaç, humana i orientada al bé comú. El Dr. Juan Ignacio Morales, sempre hi és quant el necessitem.

No puc deixar d'esmentar la Unitat Integral de Violència contra el Metge (UIVCM), que ofereix assessorament jurídic, suport psicològic i mesures de seguretat als metges col·legiats que han patit agressions —verbals, intimidacions o físiques— durant l'exercici professional. Aquesta unitat depèn de l'Àrea de Praxis. El seu responsable, el Sr. Miguel Gómez Alarcón, advocat, ha realitzat durant quinze anys una tasca encomiable d'ajut a tots els metges que han patit violència, per al qual sento una profunda estima i admiració. També vull expressar el meu agraïment als advocats actuals i al responsable, el Sr. Francesc Soto, així com a la col·laboració constant del Sr. Enric Rodríguez Esparza.

Vull destacar la valuosa col·laboració del professor Antoni Bulbena, exdirector del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la UAB, especialment en el procés de creació d'una càtedra

de Medicina Legal a la Universitat Autònoma de Barcelona, a qui expresso la meva estima i reconeixement[20].

El meu reconeixement al Professor Francesc Torralba, professor universitari, filòsof i teòleg català, al Prof. Miquel Martin Casals, Catedràtic de Dret Civil de la Universitat de Girona, i al Sr. Francesc Xiol, advocat de palma de Mallorca i en l'actualitat president del Consell Econòmic i Social (CES) de les Balears, pel suport permanent.

Agraïment als meus companys de la Unitat Docent de Medicina Legal i Forense de la Universitat de Barcelona: la Prof. Carme Barrot, el Prof. G. Martí Amengual, el Sr. José Ramón Alonso i la secretària Sra. Agustina Vela.

No puc deixar d'esmentar la meva estreta col·laboració amb la ciutat de Vic i la comarca d'Osona, especialment a través de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. He tingut l'honor de formar part dels òrgans de govern dels patronats de la Fundació Universitària Balmes, de la Fundació Universitària del Bages, de la Fundació Elisava i de presidir la Fundació d'Estudis Superiors en Salut, entitat titular de la Facultat de Medicina i dels graus d'Odontologia i Audiologia.

Vull expressar la meva gratitud a la Molt Honorable Sra. Anna Erra, amb qui hem compartit projectes guiats sempre per una confiança mútua inalterable; a l'Excel·lentíssim Sr. Albert Castells, alcalde de Vic, i president del patronat de la FU Balmes, per la confiança que em demostra el dia a dia; a l'Il·lustríssim Sr. Marc Aloy, alcalde de Manresa i president de la Fundació Universitària del Bages; així com al Sr. Jordi Conejos, president de la Fundació Elisava, per la seva col·laboració continua amb un projecte comú.

També vull reconèixer la tasca dels directors generals de les fundacions: l'Honorable Sr. Jordi Baiget i Cantons, l'Honorable Sra. Marina Geli, el Sr. Antoni Llobet i el Dr. Javier Peña, així com la dedicació i lleialtat de la Sra. Anna Riba Fossas, directora general executiva de la FESS. Tampoc no puc oblidar l'etapa del Sr. Joan

Turró Vicens com a director general de la FUB, veritable artífex de grans projectes que avui s'han consolidat en aquesta universitat.

Finalment, recordo amb afecte els exrectors i rector que han impulsat el creixement acadèmic: els Magnífics Ricard Torrens, Assumpta Fargas, David Serrat, Joan Masnou, Jordi Montaña i el Magnífic Rector actual, Dr. Josep Eladi Baños, membre numerari d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina.

Un record especial també per a la comunitat universitària: vicerectors, degans, professors i personal d'administració i serveis.

També vull anomenar a tots els membres del patronat de l'Hospital Santa Creu de Vic i Consorci hospitalari de Vic, que en aquests anys hem treballat junts.

El 13 de març de 2020, un dia abans de la declaració de l'estat d'alarma per la COVID-19, es va constituir la nova Comissió Nacional de l'Especialitat en Medicina Legal i Forense (CNMLF) a Madrid a la seu del Ministeri de Sanitat, integrada per nou membres i que, per unanimitat, em va elegir com a president de la CNMLF. Vam fer aflorar les recomanacions de la *European Council of Legal Medicine* (ECLM) i de la *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) i van pressionar perquè Espanya adaptés el seu sistema a un estàndard europeu homogeni. Els reptes que ens vam plantejar es van materialitzar amb la promulgació del Reial decret 704/2020, de 28 de juliol (BOE de 29 de juliol de 2020), pel qual s'estableix l'accés al títol de metge/essa especialista en Medicina Legal i Forense mitjançant el sistema de residència[21]. Podem afirmar amb rotunditat que vam salvar l'especialitat de Medicina Legal i Forense de la seva desaparició. Es tracta d'una de les disciplines mèdiques més antigues, ja que des de temps remots el metge ha tingut un paper fonamental en la resolució de qüestions judicials. A Espanya, la figura clau va ser el reusenc Pere Mata i Fontanet, qui va ser el primer catedràtic de Medicina Legal a la Universitat Central de Madrid i és considerat l'iniciador d'aquesta especialitat al nostre país i del Cos Nacional de Metges Forenses del Ministeri de Justicia.

Posteriorment, en un temps rècord, a la Comissió Nacional de l'especialitat (CNMLF) vam redactar el Programa Oficial de l'Especialitat (POE), aprovat mitjançant l'Ordre PCM/997/2022, de 12 d'octubre (BOE de 18 d'octubre de 2022)[22]. Aquest procés va ser especialment complex, ja que va exigir una coordinació estreta entre dos ministeris: Sanitat i Justícia. Tanmateix, gràcies al suport de l'aleshores ministre de Sanitat, Sr. Salvador Illa, avui Molt Honorable President de la Generalitat de Catalunya, que coneixia a fons l'àmbit de la medicina forense —havia estat director general al Departament de Justícia i havia col·laborat activament en el disseny de l'edifici de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, situat a la Ciutat de la Justícia—, es va poder culminar amb èxit aquest projecte complex i garantir la continuïtat i el reconeixement de l'especialitat. Podem afirmar rotundament que vam aconseguir preservar l'especialitat de Medicina Legal i Forense, la qual es trobava en risc de desaparició, alhora que es va donar compliment a la Directiva Europea que exigia al govern espanyol l'adaptació de la seva formació al sistema MIR.

Per cloure, cal destacar que l'any 2023 es va constituir la Càtedra de Medicina Legal, Responsabilitat Professional i Seguretat Clínica a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona (UB), gràcies a l'interès i a les gestions decisives del Professor Antoni Trilla García, degà de la Facultat de Medicina, en la que em va nomenar Director. En un altre convocatòria pública vaig guanyar la plaça de Consultor 2 de l'Àrea de Qualitat i Seguretat Clínica de l'Hospital Clínic, vinculada a una plaça de professor agregat de Medicina de la Facultat de Medicina de la UB, vull agrair al director de l'àrea de Qualitat i Seguretat Clínica, el Dr. Faust Feu, que la tasca diària resulti àgil i assumible[23].

.

DE L'ERROR MÈDIC A L'APRENENTATGE: LA SEGURETAT CLÍNICA I LA INTEL·LIGÈNCIA ARTIFICIAL, ALIADES DEL PROGRÉS ASSISTENCIAL

Introducció

Errare humanum est, perseverare autem diabolicum.

Adagi llatí d'origen clàssic i cristià,
atribuït a Sèneca i popularitzat per sant Agustí

És per a mi un veritable honor iniciar el meu parlament en aquest amfiteatre anatòmic de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, un espai ple d'història i saviesa, presidit per l'il·lustre bust de Pere Virgili i Bellver (1699-1776). Aquest cirurgià català, reconegut com un dels grans renovadors de la cirurgia i de la medicina militar del segle XVIII a Espanya, va fundar l'any 1760 el Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona, que esdevindria un dels centres més prestigiosos de la seva època i precursor de la nostra actual Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Sota la cúpula que ens acull, hi resten gravats els noms de metges insignes que han marcat per sempre la història de la medicina catalana: Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), Pere Mata (1811-1877), Antoni de Gimbernat (1734-1816)i Miguel Servet (1511-1553). Entre aquests noms il·lustres, destaca també Pere Mata i Fontanet, fundador de la Medicina Legal i Forense al nostre país.

Des de l'antiguitat clàssica, l'exercici de la medicina ha estat estretament vinculat a principis d'índole ètica, com ara el respecte al pacient, el secret professional i el deure d'atendre'l. Un dels

principis més emblemàtics d'aquesta tradició és el conegut aforisme llatí *primum non nocere* (μὴ βλάπτειν)—"primer, no fer mal"—, sovint vinculat a l'esperit de la medicina hipocràtica. Més enllà del seu enfocament punitiu, aquest precepte expressa una actitud de prudència i responsabilitat: la consciència que qualsevol intervenció mèdica pot comportar conseqüències adverses, i que el deure primordial del metge és minimitzar el risc i protegir la persona que confia en la seva cura.

En la pràctica mèdica actual, profundament condicionada per la tecnificació, l'especialització i les exigències d'eficiència del sistema sanitari, aquest imperatiu ètic adquireix una nova dimensió. L'error mèdic, lluny de poder ser eliminat del tot, ha de ser reconegut com una realitat inherent a l'acte clínic, que ens obliga a desenvolupar estratègies sistemàtiques per identificar-lo, analitzar-lo i, sobretot, aprendre'n. Aquesta transformació de l'error en coneixement útil constitueix el nucli de la cultura de la seguretat clínica.

En aquest procés, l'aprenentatge —individual, col·lectiu i institucional— esdevé un instrument fonamental. I és en aquest escenari on la intel·ligència artificial emergeix no com a substitut de la decisió mèdica, sinó com una aliada estratègica capaç de potenciar la detecció de patrons d'errada, anticipar riscos clínics i contribuir a la presa de decisions més segures i precises. La col·laboració entre el criteri humà i les capacitats computacionals pot, així, obrir una nova etapa en la governança de l'error i en la promoció d'una pràctica mèdica més segura, més transparent i més centrada en el pacient. És imprescindible esmentar Ernest Amory Codman (1869-1940), cirurgià format a la *Harvard Medical School*, considerat un dels pioners del concepte modern de la medicina basada en l'evidència i de l'avaluació sistemàtica dels resultats clínics. Al llarg de la seva trajectòria professional, va defensar amb determinació la necessitat de registrar i analitzar els resultats mèdics per tal de millorar la qualitat de l'atenció sanitària. Aquesta proposta, coneguda com "*the end result idea*", plantejava que cada pacient havia de ser seguit fins a conèixer l'evolució del seu cas i, si calia, identificar i corregir possibles errors mèdics. Tot i la solidesa i el caràcter innovador de les

seves idees, Codman es va enfrontar a una forta oposició institucional i professional, fet que va derivar en el seu aïllament i descrèdit durant bona part de la seva vida. No obstant això, amb el pas del temps, la seva figura ha estat reivindicada com una de les més influents en la transformació dels sistemes de salut cap a models basats en l'avaluació de la qualitat, la transparència i la millora contínua. Una de les persones que va col·laborar amb Codman fou Harvey Cushing (1869–1939), neurocirurgià nord-americà i exactament coetani seu —nascuts el mateix any—, amb qui compartia entorn acadèmic i prestigi quirúrgic a Boston [24, 25,26,27].

Lucian L. Leape (1930–2025) fou un cirurgià pediàtric i acadèmic nord-americà de reconeixement internacional, considerat una figura cabdal en la història contemporània de la seguretat del pacient. Morí el 30 de juny de 2025, a l'edat de 94 anys, al seu domicili de Lexington (Massachusetts), deixant un llegat que ha marcat de manera indeleble el camp de la prevenció dels errors mèdics. El New York Times li dedicà un obituari el 3 de juliol de 2025, en el qual es remarcava la seva trajectòria com a pioner i referent indiscutible en aquesta disciplina. Entre les seves aportacions més decisives destaquen el *Harvard Medical Practice Study*, publicat el 1991 al *New England Journal of Medicine* (NEJM), i l'article "Error in Medicine", aparegut el 1994 al *Journal of the American Medical Association* (JAMA), on advocava per l'aplicació de la teoria dels sistemes com a eina fonamental per prevenir els errors en la pràctica clínica. Tot i que les seves idees trobaren inicialment resistència i recel dins la professió mèdica, el temps li donà la raó, i el seu pensament acabà essent àmpliament acceptat i reconegut arreu del món[28,29].

La seva recent desaparició representa una pèrdua profunda per a la comunitat científica i clínica, però alhora fa més vigents i presents els seus postulats sobre la seguretat dels pacients. El seu treball continua inspirant canvis reals en les pràctiques sanitàries i en la forma com s'enfronten i es redueixen els errors en medicina.

Una revolució en l'àmbit de la seguretat clínica va començar l'any 1999 amb la publicació de l'informe *To Err Is Human: Building*

a Safer Health System, liderat per Linda Kohn, juntament amb Janet M. Corrigan i Molla S. Donaldson. L'Institut de Medicina (Institute of Medicine – IOM) dels Estats Units va impulsar aquesta obra col·lectiva amb el suport del *Committee on Quality of Health Care in America*, que va posar en relleu la magnitud dels errors mèdics evitables i el seu impacte tràgic: es calculava que entre 44.000 i 98.000 persones morien anualment als hospitals nord-americans a causa d'errors assistencials prevenibles. L'informe va trencar amb la visió tradicional centrada en la culpa individual i va assenyalar que la major part dels errors tenien l'origen en fallades dels sistemes organitzatius i no en negligències personals. Amb una mirada transformadora, es proposava una estratègia nacional per a la millora de la seguretat, incloent-hi mesures com la creació de sistemes de notificació protegits legalment, l'establiment d'estàndards de qualitat i el desplegament de canvis estructurals en l'organització de l'atenció sanitària[30].

Tot i això, s'ha demostrat que, tant als països poc desenvolupats com als desenvolupats, es causen molts perjudicis als pacients que tenen greus repercussions humanes, morals, ètiques i econòmiques i que es podrien prevenir. La Seguretat del Pacient (SP), també anomenada Seguretat Clínica (SC), és un component transversal crític de la qualitat assistencial que es defineix com l'absència de danys previsibles en els pacients i la reducció fins a un mínim acceptable del risc de causar-los innecessàriament danys en atendre'ls. En el context assistencial més ampli, consisteix en un conjunt d'activitats organitzades que permeten establir processos, sistemes de valors, procediments, comportaments, tecnologies i entorns d'atenció per reduir els riscos de forma constant i sostenible, prevenir l'aparició de danys evitables, reduir la probabilitat de causar-los i mitigar-ne els efectes quan es produeixen. Des d'aleshores, la seguretat del pacient ha passat de ser un concepte emergent a convertir-se en una pedra angular de la qualitat assistencial. El 2004, l'Organització Mundial de la Salut va crear l'Aliança Mundial per a la Seguretat del Pacient (presidit pel britànic Dr. Liam Donaldson), amb la voluntat d'impulsar accions coordinades entre països, institucions i professionals. I

avui, vint anys més tard, podem afirmar que aquest camí ha donat fruits, però també que els reptes persisteixen[31].

L'informe global publicat per l'OMS l'any 2024 mostra avenços significatius: més de 100 estats membres han implantat polítiques nacionals de seguretat clínica, han reforçat els sistemes de notificació, i han situat la cultura de seguretat com una prioritat institucional[32]. El Pla d'Acció Mundial 2021–2030 ofereix un marc estratègic amb set objectius clau, orientats a la millora contínua, la participació dels pacients, la formació dels professionals i la governança responsable. Però també assenyala mancances que no podem obviar: la persistència d'errors de medicació, d'infeccions nosocomials, de pràctiques quirúrgiques insegures, i de sistemes que encara no aprenen prou del propi error[33].

En aquest context, la nostra responsabilitat com a membres d'aquesta institució acadèmica és múltiple: contribuir a la recerca rigorosa en seguretat del pacient; fomentar la formació transversal, des de l'àmbit universitari fins a la pràctica clínica; impulsar la transparència i l'avaluació dels resultats; i, sobretot, defensar una cultura que anteposi el coneixement, l'ètica i la cura davant de qualsevol lògica burocràtica o economicista.

La seguretat del pacient no és un afegit. És una condició essencial del bon exercici mèdic. És també un compromís ètic amb la confiança que la societat diposita en nosaltres. Que aquesta RAMC sigui, com ha estat històricament, espai de reflexió i de lideratge per avançar cap a una assistència més segura, més justa i més humana.

La pròpia OMS assenyalava l'any 2004, una sèrie de causes freqüents i comunes de danys als pacients, com a) errors en la prescripció de medicaments, b) errors associats a intervencions quirúrgiques, c) infeccions associades a l'atenció de salut, d) errors diagnòstics, e) caigudes de pacients, f) tromboembòlies venoses, g) úlceres de decúbit, h) pràctiques arriscades de transfusió de sang, i) errors relatius a la identificació de pacients i, j) pràctiques arriscades d'injecció. De la mateixa manera, l'OMS exposa una sèrie de dades que ens haurien de posar en alerta sobre la necessitat d'una millora a

nivell universal en l'àmbit de la SC: Aproximadament 1 de cada 10 pacients pateix danys durant l'atenció sanitària, i més de 3 milions de morts anuals es deuen a una assistència insegura. Als països de renda baixa i mitjana, fins a 4 de cada 100 persones moren per aquesta causa. Més del 50% del dany és prevenible (1 de cada 20 pacients), i la meitat està relacionat amb medicaments. En l'atenció primària i ambulatòria, fins a 4 de cada 10 pacients poden patir danys, dels quals fins al 80% serien evitables[33].

El dany als pacients pot reduir el creixement econòmic mundial un 0,7% anual, amb un cost indirecte de bilions de dòlars. Reduir aquest dany no només estalvia recursos, sinó que millora els resultats en salut. Una estratègia efectiva és la implicació del pacient, que pot disminuir fins a un 15% la càrrega de dany medicaments. Segons alguns càlculs, 4 de cada 10 pacients pateixen danys durant l'atenció primària i ambulatòria, el 80% dels quals (entre el 23,6% i el 85%) es podrien prevenir. Alguns esdeveniments adversos (EA), habituals que poden provocar danys previsibles es deuen a errors comesos durant la identificació de pacients, o al diagnòstic [33]. Per exemple, els beneficis de la inversió esmentada s'han observat quan es fa partícips els pacients de l'atenció que reben: s'ha observat que, si aquesta mesura s'aplica correctament, la freqüència dels danys es redueix en un 15%. D'altra banda, l'escenari nord-americà i anglosaxó en relació amb les reclamacions per responsabilitat professional mèdica (RPM) i les anomenades "*malpractice crisis*" han de posar la resta del món en alerta per les conseqüències que suposen aquesta situació per als sistemes sanitaris. Aquesta circumstància es defineix quan hi ha un buit entre els beneficis i les pèrdues de les asseguradores de RPM que condiciona que es disparin les primes que els professionals han de fer front per a l'assegurament de la seva activitat professional. De fet, aquestes altes primes condicionen la restricció a la pràctica de diferents actuacions clíniques atès que alguns professionals prefereixen dirigir la seva tasca professional cap a aquelles àrees en què hi ha menor litigiositat o les primes són menors. En conseqüència, es produeix la ruptura del sistema de RPM, i hi ha pacients que perden l'accés a l'atenció mèdica.

L'evolució de la medicina contemporània ha estat marcada per una transformació profunda que l'ha conduïda d'una pràctica històricament basada en coneixements empírics i resultats limitats a una ciència altament tecnificada, amb capacitat d'oferir diagnòstics i tractaments d'una elevada eficàcia. Tanmateix, aquesta complexitat inherent comporta també un increment proporcional dels riscos associats a la pràctica clínica, fet que obliga a reforçar la seguretat del pacient, la formació continuada dels professionals i l'adequada gestió de la responsabilitat mèdica. Tal com assenyala el Sir Cyril Chantler nefròleg pediàtric i acadèmic britànic, reconegut especialment pels seus treballs en pediatria, polítiques sanitàries i ètica mèdica.:

La medicina abans era senzilla, poc efectiva i relativament segura.
Avui és complexa, efectiva i potencialment perillosa.

Medicine used to be simple, ineffective, and relatively safe.
It is now complex, effective, and potentially dangerous.

Aquesta afirmació sintetitza el repte fonamental de la medicina actual: assolir l'equilibri entre l'eficàcia terapèutica i la minimització dels riscos derivats de la seva pròpia sofisticació[34].

Des de la publicació el 1999 per Linda Khon i col· laboradors de "*To Err is human: Building a safer Health System*", en què es presentaven xifres alarmants sobre els EA a l'assistència sanitària, s'han realitzat notables esforços orientats a incrementar la seguretat del pacient [32].

L'OMS va establir la Resolució WHA55.[18], adoptada el 18 de maig de 2002 durant la 55a Assemblea Mundial de la Salut, celebrada a Ginebra (Suïssa), que marca un punt de partida global per incorporar la seguretat del pacient com un element essencial en els sistemes sanitaris i que la seguretat clínica (SC) havia de ser una prioritat a tot el món i va instar els països membres a prestar la màxima atenció a aquest problema. Més recentment, mitjançant la utilització de metodologies més sensibles es van estimar taxes d'EA molt superiors, al voltant del 10%, el 69% dels quals es van

considerar evitables. Per a l'estudi i l'abordatge dels EA esmentats és d'especial interès la classificació de Lucian Leape dels mateixos:

- EA prevenible: dany causat a un pacient a causa d'un error humà o de sistema sanitari que hauria d'haver estat previngut.
- EA no prevenible: mal que no pot ser previngut, ja que passa a causa d'una complicació que no es pot preveure.
- Potencial EA: EA, com una infecció adquirida durant una hospitalització que podria haver estat evitada.

S'ha avançat molt des dels primers passos després de l'exposició de l'escenari, des d'aspectes bàsics com el rentat de mans, la identificació del pacient i l'extremitat, les llistes de verificació quirúrgics o els canvis de torn del personal d'infermeria que havien demostrat ser punts especialment crítics a la producció d'esdeveniments adversos[35,36].

Des de l'any 2000, els esforços en matèria de seguretat clínica s'han orientat també cap a la millora dels processos diagnòstics. Un dels elements clau en aquest avanç va ser la incorporació del model proposat per James Reason (CBE), psicòleg cognitiu britànic i professor emèrit del *Department of Psychology* de la Universitat de Manchester. Reason és reconegut internacionalment per la seva influència en l'estudi de l'error humà i la seguretat dels sistemes complexos. La seva aportació més destacada és l'article Human error: models and management, publicat al *British Medical Journal* (BMJ)[37]. En aquest treball fonamental, Reason contrasta l'enfocament centrat en la persona» —que atribueix els errors a accions individuals, sovint respostes amb sancions o formació addicional— amb l'enfocament sistèmic», que entén l'error com el resultat de condicions organitzatives i deficiències latents dins del sistema. En defensa d'aquest darrer enfocament, introdueix el conegut *Swiss Cheese Model*, una metàfora visual en què diverses capes de defensa (representades com rodanxes de formatge suís) poden contenir "forats" o vulnerabilitats, tant latents com actives. Quan aquests forats s'alineen a través de les diferents capes, es

produeix una fallada sistèmica que pot conduir a un esdeveniment advers. Segons aquest model, és possible modificar l'entorn en què actuen els professionals per fer-lo més segur, mitjançant dissenys organitzatius i estratègies que dificultin la materialització dels errors i impedeixin que aquests traspassin les múltiples barreres de protecció fins a causar un dany greu[37].

Alex B. Haynes, investigador de l'*Harvard School of Public Health* i el *Massachusetts General Hospital*, va encapçalar un estudi sobre el *checklist* en cirurgia, on demostra que la seva aplicació redueix la morbilitat i la mortalitat[38]. En l'estudi i va col·laborar Atul A. Gawande, reconegut cirurgià i expert en polítiques de seguretat del pacient. Les conclusions de l'estudi determinen la disminució de la mortalitat: la taxa de mort hospitalària va passar de 1,5 % a 0,8 % després de la implementació del *checklist* (p=0,003) i les complicacions hospitalàries es van reduir del 11,0 % al 7,0 % (p<0,001, l'estudi va comportar un canvi cultural en les intervencions quirúrgiques.

Anupam B. Jena, és un metge, economista i investigador nord-americà, professor de Harvard, reconegut internacionalment pel seu treball a la intersecció entre medicina, economia i polítiques de salut. Es l'autor d´un article "*Malpractice Risk According to Physician Specialty*" al NEJM a l´any 2011[39]. Fa un rànquing d'especialitats més reclamades i dels pagaments per indemnitzacions més elevades. Arriba a la conclusió que les especialitats quirúrgiques presenten més risc de rebre reclamacions i de pagaments més elevats. I les especialitats més reclamades son la neurocirurgia i cirurgia toràcica, que encapçalen la llista, mentre que psiquiatria i dermatologia es troben al final. L'autor assenyala amb el seu estudi les implicacions importants de les reclamacions o demandes per a la pràctica clínica, incloent-hi l'estrès professional, la medicina defensiva i la necessitat de reformes estructurals en el sistema de responsabilitat mèdica als EEUU.

També Martin A. Makary, cirurgià pancreàtic i professor de cirurgia a la Johns Hopkins University School of Medicine, on

dirigia el *Laparoscopic Pancreas Surgery Program* i és titular de la càtedra "Mark Ravitch" en cirurgia gastrointestinal, actualment és el 27º Comissionat de l'Administració d'Aliments i Medicaments dels Estats Units (coneguda com FDA (*U.S. Food and Drug Administration*), responsable de protegir la salut pública garantint la seguretat, eficàcia y protecció dels medicaments i productes biològics humans i veterinaris. Makary és àmpliament conegut gràcies a un article publicat al BMJ el 3 de maig de 2016 titulat "*Medical error—the third leading cause of death in the US*", coautor amb Michael Daniel. En aquesta publicació, utilitza dades d'estudis i registres de mortalitat per estimar que els errors mèdics podrien ser la tercera causa de mort als EUA, amb uns 250.000 decessos anuals, superant les malalties respiratòries cròniques. Advocant per una classificació millor i més transparència, el treball destaca la necessitat de reconèixer els errors mèdics com un problema de salut pública i institucionalitzar mesures per reduir-los, evitant enfocaments punitus i adoptant una cultura centrada en la seguretat sistèmica[40,41].

Un altre estudi, com el realitzat per Adam C. Schaffer metge internista i investigador afiliat al *Brigham and Women's Hospital* i a la *Harvard Medical School*, amb especial interès en la seguretat del pacient i l'anàlisi de les reclamacions contra els metges relacionats amb la pràctica clínica, publica a l'any 2017 un article a la revista JAMA, analitzant 280.368 reclamacions per negligència mèdica amb indemnització, corresponents a uns 19,9 milions de "*physician-years*" entre 1992 i 2014 de la National Practitioner Data Bank[42]. Aquest estudi és fonamental perquè ofereix una anàlisi de la situació als EEUU i analitza dades per especialitat del panorama de les reclamacions per negligència amb indemnització, contrastant taxes i característiques entre especialitats. Els autors destaquen grans diferències entre camps mèdics i un descens general de reclamacions, però també un augment de l'import i la gravetat (errors diagnòstics i morts). Aquests resultats són rellevants per enfocar estratègies de seguretat clínica i mitigar el risc legal per als professionals de la salut.

En el nostre grup de recerca, de l'Àrea de Praxis del Col·legi de Metges de Barcelona i de la Càtedra de Medicina Legal, Responsabilitat Professional i Seguretat Clínica de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, hem contribuït a l'anàlisi de la seguretat clínica des de la perspectiva de la responsabilitat professional sanitària mitjançant diversos estudis publicats en revistes científiques, com ara *Medicina Clínica* i *Gaceta Sanitaria*, entre altres revistes nacionals e internacionals[43,44,45]. Sota la meva direcció, hem aprofundit en l'estudi de l'índex de reclamacions formulades pels pacients, identificant patrons de risc associats a diferents especialitats mèdiques dins de l'àmbit hospitalari i atenció primària. En treballs específics, hem analitzat quins són els procediments clínics amb major incidència en les reclamacions, aportant dades rellevants per orientar les polítiques de prevenció del dany i la gestió del risc assistencial. Aquesta experiència acumulada, basada en l'explotació sistemàtica de bases de dades de reclamacions i l'anàlisi qualitativa i quantitativa dels casos, ens permet oferir una visió aplicada i contextualitzada que pot resultar d'interès en el marc del debat internacional sobre seguretat del pacient i qualitat assistencial[46,47,48,49].

Per tant, les anàlisis dels errors o danys s'han de concentrar en totes les causes subjacents que indueixin o facin possible l'error, o millor, en les causes arrel i no simplement el que va passar al final del procés. Així, els errors poden aparèixer per múltiples causes o factors, hi ha defenses per evitar els accidents, l'existència de múltiples errors "alineats" permeten que els accidents o efectes adversos succeeixin i la revisió del sistema permet identificar de quina manera els errors "travessen" les defenses. Davant la producció d'un error mèdic, és imprescindible garantir la transparència del procés i, en cas que aquest hagi ocasionat un dany, comunicar-lo de manera clara i documentada al pacient i als seus familiars, afavorint la confiança i l'aprenentatge del sistema[50].

2. Responsabilitat professional mèdica (RPM)

En general, el terme responsabilitat fa referència a l'obligació de respondre de l'abast d'un acte. La RPM és l'obligació que tenen els metges de reparar i satisfer les conseqüències dels seus actes, omissions i errors voluntaris i involuntaris, dins de certs límits, comesos a l'exercici de la seva professió (Gisbert-Calabuig). En els darrers anys, les reclamacions contra metges per presumpte error, negligència, imprudència o per danys en una actuació mèdica estan experimentant una estabilització en el nostre país, amb una diferència important respecte dels nivells de reclamacions observats a alguns països com els Estats Units, França, la Gran Bretanya o el nord d'Itàlia, situació que està provocant un augment de sensibilitat a la professió mèdica. Alguns països europeus i els Estats Units s'han vist obligats a legislar. Per exemple, Itàlia va promulgar la Llei 24/2017 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", coneguda com a Llei Gelli-Bianco, que redefineix el marc penal i civil dels professionals sanitaris i introdueix protocols i assegurances més estrictes, mentre que altres jurisdiccions han aconseguit estabilitzar o reduir les reclamacions[51].

A França, el marc legal de la responsabilitat sanitària es fonamenta principalment en la Llei Kouchner del 4 de març de 2002 *Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*"[52], que va suposar una autèntica revolució en la protecció dels drets dels pacients. Aquesta llei va introduir mecanismes extrajudicials de resolució de conflictes i va establir un sistema públic de compensació de danys mèdics sense necessitat de provar culpa en determinats supòsits. Un dels eixos centrals és la creació de les Comissions Regionals de Conciliació i Indemnització (CRCI), que actuen com a instàncies de mediació i avaluació de reclamacions. Aquestes comissions, regulades pel "*Code de la Santé Publique*" (articles L. 1142-1 i següents), tenen com a funció examinar les sol·licituds de compensació per danys derivats d'actes mèdics, determinar si el dany és indemnitzable i, en cas afirmatiu,

proposar una compensació econòmica mitjançant "*l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux*" (ONIAM).

Als Estats Units, la reforma coneguda com "*Tort Reform*", aplicada a la responsabilitat mèdica, constitueix una estratègia legislativa destinada a limitar les demandes i indemnitzacions per mala praxi sanitària, amb l'objectiu de reduir la litigiositat, la medicina defensiva i els costos associats al sistema judicial i assegurador[53].

En un enfocament diferent, el "*National Health Service*" (NHS) d'Anglaterra gestiona la responsabilitat mèdica a través de "*NHS Resolution*", amb una estratègia centrada en l'aprenentatge derivat de les reclamacions ("*learning from claims*") i en la reducció de costos per litigis mitjançant acords extrajudicials[54].

En l'àmbit internacional, i de manera particular en determinats països anglosaxons, s'ha documentat el fenomen conegut com a "*malpractice crisis*", caracteritzat per un increment sostingut de les reclamacions per presumpta mala praxi professional. Aquest context propicia la instauració de la denominada medicina defensiva, definida com aquella pràctica clínica orientada, no tant a l'òptima atenció del pacient, sinó a la prevenció de potencials responsabilitats legals. Entre les seves manifestacions més freqüents s'inclouen la sol·licitud de proves diagnòstiques de rendiment clínic dubtós o nul, la medicalització innecessària de processos auto limitats i l'augment de procediments amb finalitat eminentment probatòria. Aquestes dinàmiques, a més de generar un increment substancial dels costos econòmics i administratius del sistema sanitari, poden conduir a un empitjorament de la qualitat assistencial, incrementar el risc iatrogènic i erosionar la satisfacció i la motivació dels professionals.

D'altra banda, l'exposició reiterada a processos judicials o a reclamacions extrajudicials pot desencadenar en alguns facultatius el denominat "síndrome clínico-judicial"[56] o "victimització secundària", entesa com l'impacte psicològic advers derivat de la confrontació amb procediments legals vinculats a l'exercici professional. Aquest estat pot traduir-se en una alteració de la presa de decisions

clíniques, en l'adopció de conductes de sobreprotecció o de distanciament respecte del pacient i, en conseqüència, en un deteriorament de la relació terapèutica, amb possibles implicacions negatives tant per a l'eficiència del sistema com per a la seguretat del pacient[49].

La responsabilitat professional sanitària és un àmbit crític del dret mèdic, amb implicacions directes sobre la pràctica clínica i la confiança entre pacients i professionals. Les diverses aproximacions internacionals reflecteixen models divergents, amb una tendència creixent de litigis. A Catalunya, el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC), amb el recolzament del Col·legi de Metges de Barcelona (CoMB), ha implementat un model col·lectiu d'assegurança i gestió del risc clínic que inclou la mediació prèvia mitjançant la potenciació de la resolució extrajudicial de reclamacions. L'Informe Anual 2024 del CoMB dedica un capítol específic a aquesta gestió de responsabilitat sanitària, evidenciant una estabilització de reclamacions i ressaltant l'eficàcia d'aquest sistema integrat. Així, Catalunya destaca com un referent en la prevenció de la judicialització mèdica. En conclusió, el model català, fonamentat en una gestió col·lectiva, preventiva i integradora —amb elements de mediació, assegurança unificada i resolució anticipada— ha demostrat la seva capacitat per contenir la litigiositat, i podria inspirar altres sistemes sanitaris que busquen reduir costos i simplificar processos, aquest model integrat de responsabilitat professional sanitària que compta amb la col·laboració entre l'administració pública (CatSalut) i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC), i que és gestionat directament pels prenedors de la pòlissa[56].

Segons les dades actuals, s'observa una estabilització amb tendència a la baixa en el nombre de reclamacions presentades. D'acord amb un estudi elaborat pel nostre equip i concretament pel Dr. Josep Benet Travé en la seva tesi doctoral[46] i en treballs posteriors, a l'Àrea de Praxis del Col·legi de Metges de Barcelona, la taxa d'incidència de reclamacions l'any 2000 era de 16,97 per cada 100.000 habitants, amb una població de 6.174.847 habitants i un total de 1.048 reclamacions registrades al sistema CatSalut/CCMC. En un estudi més recent, corresponent a l'any 2024, amb

una població de 8.010.661 habitants i 1.024 reclamacions, la taxa s'ha reduït fins a 12,78 per cada 100.000 habitants. Aquests resultats mostren de manera clara i quantitativament significativa una tendència sostinguda a la reducció de la conflictivitat, un fet que reforça la solidesa del model català i la seva capacitat per gestionar el risc assistencial de manera eficient.

Una altra dada rellevant, en l'àmbit del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya Servei de Responsabilitat Professional (CCMC–SRP), és l'augment progressiu i sostingut, des de l'any 2008, de les reclamacions extrajudicials, paral·lelament a una disminució notable de les denúncies penals. Per exemple, l'any 2024, el 72 % de les reclamacions gestionades van ser de caràcter extrajudicial, mentre que les denúncies penals només van representar el 10 % i les demandes civils el 18 %, sobre un total de 303 reclamacions. També cal destacar que, aquell mateix any, es van presentar 9,1 reclamacions per cada 1.000 metges assegurats, amb un total de 27.392 professionals assegurats al CCMC[55].

Actualment, el pacient té més formació i, a més, se li ha reconegut el seu dret de decisió i autonomia (*Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica i Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, aprovada pel Parlament de Catalunya*). En aquest context, els metges es troben amb un nou paradigma en l'exercici de la seva professió. La bona relació metge-pacient, que segueix basant-se fonamentalment en una relació de confiança, de vegades es distorsiona i apareixen situacions de conflicte que no fa gaire, ningú havia previst. Han sorgit fenòmens nous com els incidents de violència contra els metges al lloc de treball o la difusió constant de presumptes errors mèdics als mitjans de comunicació o xarxes socials.

Etimològicament, la paraula "*Mala praxi*" significa mala pràctica (malpractice). És a dir, quan l'exercici de la medicina no s'ajusta al que en el llenguatge jurídic es coneix com a *Lex Artis* i

que la doctrina jurídica anglosaxona anomena "*Standard of Care*" com a sinònim de tècnica correcta. La *Lex Artis ad Hoc* constitueix el criteri per valorar la correcció de l'acte mèdic concret realitzat pel metge. Avui dia, els juristes defineixen un acte mèdic com a correcte si està mèdicament indicat, si s'ha realitzat d'acord amb la "*Lex Artis*" i si s'ha informat correctament i específicament al pacient, que de vegades es formalitza amb el document del consentiment informat. Actualment, l'acte sanitari és multidisciplinari i interdisciplinari, cosa que requereix planificació i coordinació. Per això, calen professionals experts, treball en equip, pacients formats i informats. Tot això és fonamental per a la seguretat del pacient[56].

Des d'un punt de vista de seguretat del pacient i medico legal, és fonamental distingir entre els esdeveniments centinella (*sentinel events*) i els *never events*. Els primers, conceptualitzats per la *Joint Commission* a finals de la dècada dels noranta, es defineixen com a incidents adversos greus, inesperats i no desitjats que ocasionen mort, dany físic o psicològic sever, o un risc imminent de patir-los. La seva funció principal és actuar com a mecanismes d'alerta per promoure l'anàlisi de causa arrel i la millora dels sistemes de seguretat clínica, però no impliquen necessàriament negligència mèdica, ja que poden derivar de factors de risc inherents a determinades pràctiques assistencials. En l'actualitat està plenament vigent i s'actualitza de forma periòdica[57]. En canvi, els *never events*, terme encunyat per Ken W. Kizer (2001) en el marc del *National Quality Forum*, fan referència a incidents perfectament identificables, pràcticament sempre prevenibles i la concurrència dels quals resulta inacceptable des de qualsevol perspectiva assistencial, ètica o jurídica (com per exemple situacions com cirurgies en el pacient o en l'àrea anatòmica equivocada, la retenció d'objectes quirúrgics o errors de medicació amb conseqüències catastròfiques)[58]. A diferència dels esdeveniments centinella, els *never events* solen tenir una forta correlació amb la responsabilitat professional, ja que la seva ocurrència difícilment pot justificar-se dins els límits de la *lex artis ad hoc*. En el context jurídic espanyol, aquesta consideració té especial rellevància, ja que el Tribunal Suprem ha entès en diverses ocasions —per

exemple en sentències relatives a la retenció de material quirúrgic (*gossypiboma*) que determinats resultats assistencials constitueixen "*indicis qualificats de negligència*", invertint la càrrega de la prova en perjudici del professional o de la institució sanitària. Això situa els never events en l'esfera dels supòsits de responsabilitat patrimonial (art. 32 de la Llei 40/2015, de règim jurídic del sector públic) i de responsabilitat civil mèdica, atesa la seva alta imputabilitat i l'impacte indemnitzatori i reputacional que comporten[59]. Així, mentre que tot never event pot considerar-se també un esdeveniment centinella, no tots els esdeveniments centinella arriben a la categoria de never event, que representa un nivell superior de gravetat.

El Tribunal Suprem ha considerat que determinats resultats assistencials, per la seva anormalitat i desproporció, constitueixen indicis qualificats de negligència, la qual cosa inverteix la càrrega de la prova en perjudici del professional o de la institució. Un exemple paradigmàtic és la retenció de material quirúrgic, supòsit en què la responsabilitat es pot inferir sense necessitat d'una explicació tècnica complexa. Així mateix, quan l'error assistencial no determina de manera directa el dany final però redueix significativament les possibilitats d'un millor resultat, el Tribunal Suprem ha aplicat la doctrina de la pèrdua d'oportunitat (*loss of chance*). Ara bé, ha deixat clar que aquesta figura no és aplicable quan el desenllaç advers era inevitable amb independència de l'actuació sanitària.

En l'àmbit civil —habitual en reclamacions contra centres privats i asseguradores—, la manca d'observança dels protocols de seguretat reforça la imputació de responsabilitat. En canvi, en la jurisdicció contenciosa administrativa la clau és demostrar el nexe causal entre l'actuació sanitària i el dany, tot valorant-ne l'antijuridicitat. La jurisprudència espanyola confirma que els *never events* constitueixen supòsits de negligència d'alta imputabilitat, amb un fort impacte tant indemnitzatori com reputacional. Per això, la seva prevenció exigeix el compliment estricte dels protocols, l'anàlisi de les causes arrel i la consolidació d'una cultura de seguretat alineada amb els estàndards internacionals.

La medicina avança en coneixements i en tecnologia de forma vertiginosa, de vegades hi ha massa informació, que crea dificultats d'assimilació als facultatius. A més a més, hi ha una sèrie de factors, com una societat del benestar, que experimenta canvis tecnològics com la utilització de eines com la intel·ligència artificial, i científics ràpids i intensos. Però la professió mèdica al segle XXI viu un moment crític en què ha d'assumir uns reptes sense precedents, no només per complir amb les expectatives dels pacients sinó també pels requisits públics i polítics de qualitat, SC i control de la despesa sanitària. Si fa poc menys de trenta anys el metge exercia un rol predominantment paternalista i era impensable que se'n qüestionés el prestigi i l'autoritat professional, avui, els metges exerceixen en un entorn amb gran pressió assistencial, amb una excessiva càrrega de treball i una infinitat de tasques burocràtiques que limiten el temps d'atenció.

3. El model català de responsabilitat professional sanitària i la recerca dels errors mèdics

Atès que, com ha estat exposat, errar és humà i inevitable, el fet d'aprendre de l'error mèdic és una estratègia que ha demostrat una gran eficàcia per a la reducció d'EA i la millora de la SC,[56]. El fet d'observar com un igual ha comès un error ens fa empàticament situar-nos en el mateix context i la seva experiència impacta de manera important a la nostra apreciació de la situació, possibilitant un aprenentatge de qualitat. La *Federal Aviation Administration* (FAA) dels Estats Units va implementar l'*Aviation Safety Reporting System* (ASRS) —també conegut com a *Confidential Reporting System for Safety Information*— l'abril de 1975, en col·laboració amb la NASA. L'objectiu era promoure la seguretat aeronàutica mitjançant la recollida d'informació confidencial i voluntària sobre incidents, errors i situacions de risc en operacions aèries. El sistema permetia que tot el personal d'aviació civil comuniqués els seus errors de manera voluntària, amb la garantia absoluta de confidencialitat.[59]. Aquest sistema ha estat estès a altres països

i els resultats han estat espectaculars. En aquest context, resulta imprescindible vincular l'Estratègia de Seguretat del Pacient del Sistema Nacional de Salut (SNS), orientada a minimitzar riscos i a promoure una atenció sanitària més segura, amb el marc jurídic establert per la Llei 40/2015, de règim jurídic del sector públic, que regula la responsabilitat sanitària de les administracions públiques davant possibles danys derivats de l'assistència mèdica[60,61] i també del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya[62], estableix una cultura positiva sobre la SP a les institucions sanitàries i és un requisit indispensable per prevenir i minimitzar incidents relacionats amb ella, per aprendre dels errors i reduir la probabilitat que es tornin a produir. S'afegeix que, per millorar la cultura de seguretat s'han de continuar desenvolupant accions dirigides a mesurar i millorar el clima de seguretat, informar i formar tots els professionals sanitaris en temes de seguretat, fomentar la formació en cures efectives, entrenar els equips de treball en gestió de riscos, fomentar el lideratge en seguretat, així com comunicar i aprendre dels incidents i mantenir informats els professionals de les dades d'avaluació dels centres sanitaris, estimulant la seva participació activa en les millores proposades. No obstant això, a vegades no es disposa de dades fiables sobre això al nostre entorn, quan el que hauria de succeir és el reconeixement de l'error com un episodi advers possible i inherent a l'acte clínic i incorporar-lo amb normalitat a la resta dels indicadors de qualitat assistencial. Des d'aleshores, han proliferat en medicina els mètodes d'anàlisi d'incidents i l'aprenentatge posterior de l'error. L'abordatge s'ha de fer amb l'elaboració d'un informe de l'incident crític per part del professional que ha viscut o ha presenciat el cas. Aquest ha de recollir els aspectes objectius del cas, però també vivències subjectives, emocions i la valoració del que ha passat. Recentment el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, liderat pel Ministeri de Sanitat, ha aprovat "*La Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2025–2035*"[61]. Aquesta nova estratègia inclou: set línies estratègiques globals, impulsades amb la col·laboració de comunitats autònomes, societats científiques i associacions de pacients. Els objectius principals són polítiques

per fomentar una cultura de seguretat, gestió de riscos, formació professional, pràctiques clíniques segures, comunicació efectiva, participació activa dels pacients, innovació i recerca. L'horitzó de 10 anys (2025-2035) amb una aposta decidida per integrar la gestió de riscos i l'aprenentatge dels errors en totes les etapes assistencials[57].

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va llançar el "*Pla estratègic de qualitat i seguretat dels pacients 2023–2027*", 8 línies estratègiques, 27 objectius i 136 accions concretes. S'intensifica el suport de la "*Plataforma de Seguretat dels Pacients de Catalunya (PSP-Cat)*", que proporciona eines tecnològiques de notificació, anàlisi i formació[62,63].

El model català d'assegurament de la responsabilitat professional sanitària es distingeix per la seva capacitat d'oferir una cobertura eficaç i adaptada a les necessitats assistencials, alhora que promou una cultura de millora contínua en la seguretat clínica. Aquest sistema, singular en el context europeu, contribueix a la prevenció de situacions de crisi associades a la mala praxi, tal com s'ha evidenciat en altres països. En el marc d'aquest model, la responsabilitat professional mèdica es gestiona de manera coordinada entre el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) i el Servei Català de la Salut (CatSalut), en col·laboració amb una asseguradora especialitzada en riscos sanitaris (actualment Relyens, mutualitat francesa).

Des de l'any 1986, el CCMC impulsa una pòlissa col·lectiva, d'adhesió voluntària, que garanteix la cobertura de les reclamacions derivades de l'exercici professional dels col·legiats. La gestió recau en el Servei de Responsabilitat Professional (SRP), amb seu al Col·legi de Metges de Barcelona, que actua com a interlocutor directe amb els professionals, oferint-los assessorament, defensa jurídica i seguiment personalitzat. Aquesta organització permet identificar àrees de risc, dissenyar accions preventives i impulsar la millora de la pràctica clínica mitjançant la difusió de guies, programes de qualitat i col·laboració amb societats científiques[56].

Pel que fa a la sanitat pública, el CatSalut manté una pòlissa col·lectiva de responsabilitat civil que cobreix l'activitat assistencial dels professionals sanitaris als centres de la xarxa pública (ICS i XHUP). Aquesta assegurança, plenament coordinada amb la del CCMC, inclou la responsabilitat patrimonial de l'Administració i assegura una resposta jurídica i econòmica eficaç davant danys derivats de l'assistència.

La gestió conjunta i directa d'ambdues pòlisses afavoreix una visió integral de la responsabilitat sanitària, basada en quatre pilars fonamentals:

1. La seguretat del pacient, mitjançant l'anàlisi sistemàtica dels casos i la formulació de recomanacions clíniques específiques.
2. L'acompanyament dels professionals afectats per reclamacions, amb una atenció personalitzada que prioritza el benestar del facultatiu i la preservació de la confiança assistencial.
3. La cobertura jurídica completa, que abasta tant els processos extrajudicials com els judicials, sense zones d'exclusió.
4. La gestió eficient i sostenible dels recursos, orientada a garantir la viabilitat del sistema i la responsabilitat davant la societat.

Quan un facultatiu rep una reclamació, el SRP inicia una anàlisi rigorosa del cas, a partir d'una entrevista personal i l'estudi mèdic-legal realitzat per un equip especialitzat. Si la valoració indica absència de defecte de praxi, es procedeix a la defensa del metge; si, per contra, es detecten indicis de mala praxi, el cas s'eleva a una Comissió Tècnica multidisciplinària que pot proposar una resolució amistosa i, si escau, una indemnització pactada. En els casos no acordats o amb discrepàncies substancials, es manté la defensa fins a la resolució judicial.

Aquest model català representa una experiència pionera de col·laboració entre l'administració sanitària i l'organització col·legial, que conjuga eficiència, qualitat assistencial i compromís

amb la bona praxi mèdica, tot oferint una cobertura integral i una resposta professional i humana als reptes de la responsabilitat sanitària contemporània[65].

El model català d'assegurament de la responsabilitat professional sanitària no només ofereix una cobertura jurídica i econòmica als professionals i institucions, sinó que esdevé també una eina estratègica per al desenvolupament de polítiques de seguretat clínica i millora de la qualitat assistencial. Gràcies a la gestió integrada i especialitzada dels casos, i a l'anàlisi sistemàtica dels sinistres, és possible extreure informació rellevant sobre els factors que contribueixen als errors assistencials, identificant àrees de risc clínic i patrons recurrents que poden ser abordats mitjançant accions preventives[65].

Aquest enfocament facilita la generació de coneixement útil per a la recerca aplicada en seguretat del pacient, ja que el registre i estudi dels esdeveniments adversos permeten elaborar informes tècnics, recomanacions clíniques i protocols específics orientats a reduir la variabilitat en la pràctica mèdica. A més, la col·laboració entre els serveis de responsabilitat professional i les institucions sanitàries i acadèmiques impulsa la transferència de coneixement, establint ponts entre l'activitat assistencial, la formació mèdica i la gestió del risc. És un fet evident que les quinze tesis doctorals llegides, centrades en la responsabilitat mèdica en diverses especialitats, així com més d'un centenar d'articles científics, constitueixen una base sòlida per impulsar polítiques de prevenció, gestió del risc i anàlisi dels casos amb l'objectiu d'evitar la seva repetició.

D'aquesta manera, el model català contribueix a una concepció moderna i proactiva de la responsabilitat sanitària, on la resposta a l'error no es limita a la compensació econòmica, sinó que incorpora l'aprenentatge organitzatiu, la recerca clínica i la transformació dels sistemes per garantir una assistència més segura, eficient i responsable amb la societat, ressaltant la importància de la transferència del coneixement i de les lliçons apreses en la gestió dels sinistres de responsabilitat sanitària[66,67,68,69,70,71].

La responsabilitat professional mèdica és un àmbit essencial i transversal dins del sistema sanitari, amb implicacions jurídiques, assistencials i organitzatives. Té per objectiu garantir la qualitat en l'atenció sanitària, protegir els drets dels pacients davant possibles danys derivats de la pràctica mèdica, i generar aprenentatge institucional per millorar la seguretat clínica. Aquesta responsabilitat es configura com l'obligació dels professionals i, en molts casos, de les institucions sanitàries, de respondre pels perjudicis ocasionats a pacients com a conseqüència d'errors, omissions o mala praxi.

El pes d'aquesta responsabilitat varia notablement segons l'especialitat mèdica, tant en el nombre de reclamacions com en la quantia econòmica de les indemnitzacions. A Espanya, les dades mostren que ginecologia i obstetrícia són les especialitats amb més severitat de quanties econòmiques de les demandes, degut al seu alt risc assistencial i la gravetat de les conseqüències en casos d'asfíxia neonatal, lesions obstètriques o defectes en l'atenció al part. Respecte al volum de reclamacions, la traumatologia i cirurgia ortopèdica ocupa un lloc destacat i les reclamacions es deriven freqüentment de complicacions per cirurgies fallides d'esquena, fixacions incorrectes, mal alineament d'implants o lesions nervioses postoperatòries. Segueixen la cirurgia plàstica i estètica, que acumula una gran part de les demandes del sector privat, especialment relacionades amb la disconformitat dels resultats en procediments com les mastoplàsties, rinoplàsties o abdominoplàsties, on sovint es jutja la diferència entre les expectatives generades i el resultat final. En dermatologia, el retard diagnòstic de melanomes i altres càncers cutanis és un motiu habitual de litigi, sovint per pèrdua d'oportunitat terapèutica. A urologia, les intervencions quirúrgiques de pròstata i el retard en el diagnòstic del càncer de bufeta, pròstata o ronyó o complicacions postquirúrgiques com lesions d'òrgans o dany neurològic o vascular, o la incontinència o disfunció erèctil després de cirurgia prostàtica sense advertiment previ o igual que les complicacions per recanalització a la vasectomia, i el conseqüent embaràs no desitjat[45]. A nivell de medicina de família hem detectat molts casos de torsió testicular no detectada a temps pot comportar

pèrdua testicular, amb greus conseqüències físiques i legals. A cirurgia general i digestiva, són especialment rellevants les lesions vasculars o nervioses intraoperatòries, les fístules no controlades o les complicacions postoperatòries mal gestionades[39]. Dos dels esdeveniments adversos més greus i impactants, tant des del punt de vista clínic com legal, són el conegut com a cirurgia en lloc erroni (intervenció en el costat, òrgan o pacient equivocat) i l'oblit de material quirúrgic dins del pacient, especialment gases i compresses. Aquests errors, altament evitables i amb una enorme càrrega simbòlica i jurídica, acostumen a acabar en sentències desfavorables per als professionals i institucions, i són objecte d'una vigilància específica per part dels sistemes de seguretat clínica, que recomanen protocols com la *checklist* quirúrgica de l'OMS, la doble verificació i el recompte sistemàtic de material. En aquest sentit, aquests casos posen en evidència fallades sistèmiques i de coordinació, més que errors individuals, i exigeixen un abordatge multidisciplinari per evitar la seva repetició.

El context espanyol presenta particularitats rellevants en comparació amb altres països. El nostre sistema sanitari, amb un gran pes del sector públic, fa que moltes reclamacions es dirigeixin no tant contra el professional individual, sinó contra l'administració sanitària per la via patrimonial i en cas de recurs per la via contenciosa administrativa. Les indemnitzacions mitjanes, tot i haver anat augmentant, són encara notablement inferiors a les dels països de tradició anglosaxona.

Per exemple, als Estats Units, la litigiositat és molt superior, amb especialitats com la cirurgia toràcica, cirurgia cardio vascular, la obstetrícia i cirurgia ortopèdica i traumatologia, presenten l´anomenada "*malpractice crisis*" encapçalant les llistes tant en nombre de demandes com en quantia indemnitzatòria, arribant en molts casos a xifres milionàries. Els motius més habituals inclouen errors diagnòstics, manca de consentiment informat, retards en l'atenció d'urgència i complicacions quirúrgiques greus.

La denominada *malpractice* crisis als Estats Units ha tingut un impacte estructural en el sistema sanitari i en l'exercici

professional mèdic. L'augment continuat de les demandes judicials per negligència i les indemnitzacions milionàries ha comportat una escalada de les primes d'assegurança de responsabilitat professional, especialment en especialitats d'alt risc com l'obstetrícia, la cirurgia i l'anestesiologia[39].

La crisi també ha tingut repercussions en la distribució dels professionals sanitaris, ja que molts metges han abandonat determinats estats o zones rurals on les primes són inassolibles, provocant el tancament de serveis essencials com les unitats d'obstetrícia. Paral·lelament, el sistema legal nord-americà, basat en els judicis amb jurat i en els honoraris de contingència, ha afavorit una cultura de la litigació que deteriora la relació metge-pacient i genera un clima de desconfiança generalitzada. En l'àmbit de la formació mèdica, les especialitats amb major risc de demanda han perdut atractiu per als residents, alhora que s'ha consolidat una cultura formativa excessivament centrada en la protecció legal i no només en la qualitat assistencial[73].

Davant aquest escenari, la gestió de sinistres i la seguretat clínica són dues eines clau que han d'anar de la mà. Una anàlisi rigorosa dels casos amb reclamacions, incloent-hi una classificació per tipus d'error, especialitat i conseqüències, permet identificar patrons i dissenyar mesures preventives. Això inclou des del reforç dels protocols quirúrgics fins a la formació contínua dels professionals en comunicació, consentiment informat, i detecció precoç d'errors. També cal implantar sistemes d'anàlisi causa-arrel (RCA), de notificació voluntària i no punitiva, així com fomentar una cultura de la seguretat on l'objectiu no sigui la culpabilització sinó l'aprenentatge. En definitiva, la responsabilitat mèdica no només té una dimensió jurídica o econòmica, sinó que és una eina fonamental per a la millora contínua del sistema sanitari, la prevenció d'esdeveniments adversos i la consolidació de la confiança entre professionals i pacients[74].

4. La intel·ligència artificial en la gestió de la responsabilitat professional mèdica i la seguretat clínica: una eina al servei del coneixement i la pràctica mèdica

La responsabilitat professional mèdica, què esta molt lligada a la medicina legal, entesa com a pont entre la ciència mèdica i el dret, s'enfronta a una de les seves etapes més transcendents amb l'arribada de la intel·ligència artificial (IA). L'informe mèdic-legal constitueix una peça essencial en els casos de responsabilitat mèdica, ja que proporciona una anàlisi objectiva i metodològicament estructurada de la pràctica clínica, permetent determinar si l'actuació sanitària s'ajusta a la lex artis o bé configura una situació de *malpractice*; aquesta sistematització és clau no sols per a la resolució jurídica del cas, sinó també per al disseny i entrenament d'algoritmes de claim management eficients i fiables[74,75].

Al Servei de Responsabilitat Professional del Col·legi de Metges de Barcelona, on des de fa quasi quatre dècades gestionem la pòlissa de responsabilitat civil dels metges catalans, hem estat testimonis privilegiats d'aquesta transformació. Més de 11.000 casos gestionats han dotat d'una experiència única, que ara ens permet aprofitar l'IA no només com a eina tècnica, sinó com a instrument de millora clínica i institucional.

La naturalesa d'aquests casos de suposada mala praxi és complexa per definició: solen ser únics, amb múltiples factors clínics, humans i organitzatius en joc. No obstant això, l'experiència acumulada mostra que sovint comparteixen patrons comuns, principalment per especialitat, procediment o fase assistencial. Identificar i aprofitar aquests patrons, en temps i forma útils, ha estat històricament una tasca difícil i lenta. La IA ha esdevingut una palanca que permet automatitzar, estructurar i aprendre d'aquest coneixement ocult[75].

Recentment, hem desenvolupat una eina tecnològica de suport a la gestió dels casos de responsabilitat mèdica basada íntegrament en IA, que anomenem *claim manager*. Aquesta eina, creada a partir

del coneixement acumulat i d'un projecte de recerca col·laboratiu amb un equip en col·laboració amb el *Grup Med* i la seva empresa *Medidalia* i la col·laboració d'*ESADE D3* (*Corporate Partnerships Programme* impulsat per l'*Institute for DataDriven Decisions*) d'ESADE, utilitza models de *deep learning* per predir el risc de mala praxi en un cas concret, així com les reserves econòmiques esperades associades. El model, pioner en l'àmbit internacional, va ser presentat al Congrés Internacional de Medicina Legal d'Atenes (2024) i utilitza una arquitectura avançada de *deep attention multiple instance learning*, especialment dissenyada per tractar casos clínics llargs i heterogenis[76].

Aquest sistema cobreix tot el cicle de vida del cas. En primer lloc, automatitza la classificació documental, estructurant la informació no ordenada que arriba al servei. Els informes clínics, dictàmens jurídics, proves pericials i altres documents són reconeguts, etiquetats i organitzats. A continuació, el sistema extreu codis de diagnòstic i procediments utilitzant estàndards internacionals (com la CIM-10 o CIE-9-MC), convertint així una massa documental dispar en un conjunt homogeni i comparable.

A partir d'aquest corpus, la IA no només prediu riscos i costos, sinó que també proposa casos similars de l'històric, facilitant la cerca de precedents útils per al gestor: qui el va gestionar, què es va decidir, com va evolucionar. Això accelera la presa de decisions i permet una gestió més coherent i alineada amb l'experiència prèvia.

La IA, com una de les eines més potents actualment, ofereix la possibilitat de consultar tota la documentació mitjançant llenguatge natural. Poder "parlar" amb el cas, formular preguntes i obtenir respostes precises en segons representa un canvi radical en l'accessibilitat i l'agilitat del servei.

Tot això s'ha desenvolupat amb infraestructures locals, garantint la seguretat i confidencialitat d'unes dades especialment sensibles. La confiança dels professionals i dels pacients depèn d'aquesta seguretat, i l'ús responsable de la tecnologia és un deure ètic.

Tenint en compte totes aquestes funcionalitats, el sistema és capaç de proporcionar recomanacions sobre com procedir en cada cas: des de si és convenient iniciar una mediació, fins a suggerir línies de defensa, indicadors de risc processal, o si seria recomanable consultar un determinat expert. Aquestes recomanacions es basen en l'anàlisi de milers de casos previs, i permeten orientar la gestió inicial, especialment en moments en què es requereix rapidesa i claredat. Això no substitueix el criteri tècnic ni jurídic, però sí que aporta una base sòlida i estructurada per fonamentar-lo.

Tot i aquest alt nivell d'automatització, el model es fonamenta en un enfocament de *human-in-the-loop:* és el gestor qui, en tot moment, valida, corregeix o amplia la proposta de la màquina. La IA no pren decisions per si sola, sinó que actua com a assistent intel·ligent que facilita el treball i aporta informació rellevant. Aquesta combinació d'intel·ligència artificial i criteri humà és essencial, tant per garantir la qualitat de les decisions com per preservar la responsabilitat última del professional. És aquest diàleg entre experiència, dades i tecnologia el que dona sentit i solidesa a la transformació que estem vivint.

Finalment, el valor de tot aquest sistema no acaba en la gestió individual dels casos. Ens permet, com a institució col·legial, tenir una visió transversal de les pràctiques assistencials. A partir de l'anàlisi de patrons i tendències, podem elaborar recomanacions, identificar riscos emergents, impulsar reformes i contribuir activament a la millora de la seguretat clínica. La IA, ben entesa, ens permet convertir l'experiència acumulada en coneixement útil i aplicable, tancant el cercle entre la pràctica mèdica, la responsabilitat professional i la millora contínua del sistema[77,78].

EPÍLEG

En els darrers anys, l'estudi i l'anàlisi de les reclamacions per responsabilitat professional mèdica a Catalunya ha posat de manifest tendències que mereixen una reflexió profunda. Malgrat l'increment sostingut de l'activitat sanitària i del volum de població atesa, el nombre total de reclamacions s'ha mantingut estable. Aquesta dada, lluny de fer pensar en una crisi del sistema assistencial, ens convida a veure-hi una evolució positiva: una millora global en la qualitat de l'atenció i una disminució proporcional de les taxes de reclamació per-nombre d'actes mèdics.

Un aspecte destacable d'aquest període és el progressiu desplaçament cap a la via extrajudicial com a mecanisme preferent per iniciar les reclamacions. Aquesta opció, centrada en l'acord i en la resolució alternativa de conflictes, comporta múltiples avantatges: des d'una gestió més eficient i menys costosa, fins a la protecció emocional i professional dels metges, que sovint pateixen l'impacte dels procediments judicials, i també beneficien als ciutadans.

L'anàlisi també ha evidenciat que la major part de les reclamacions es concentren en les especialitats quirúrgiques i medicoquirúrgiques, amb matisos segons la naturalesa de l'acte mèdic: els errors diagnòstics són predominants en les especialitats mèdiques, mentre que en l'àmbit quirúrgic dominen els defectes de praxi i les complicacions assistencials. Alguns procediments, com la laminectomia, la histerectomia, les cesàries, altres intervencions sobre la columna vertebral o la cirurgia estètica, presenten taxes de reclamació especialment elevades, sovint associades a seqüeles greus o a altes expectatives per part del pacient.

En termes de conseqüències jurídiques, un 30 % de les reclamacions comporten algun tipus de responsabilitat, amb diferències significatives segons la via: la penal és la que menys responsabilitat assigna (12,6 %), mentre que la civil supera el 47 %, segons les dades recollides entre 2000 i 2018 amb un estudi realitzat amb dades del CatSalut i el CCMC. Curiosament, l'impacte

econòmic no sempre reflecteix la proporció de responsabilitat, ja que especialitats com la neurocirurgia, la pediatria o la psiquiatria —amb menys casos resolts amb responsabilitat— han presentat indemnitzacions mitjanes superiors als 100.000 euros, sovint per la gravetat dels danys o la vulnerabilitat dels pacients afectats.

Davant d'aquesta realitat, cal reivindicar que la gestió de la responsabilitat civil sanitària no és només un instrument assegurador, sinó una estructura estratègica per a la millora del sistema de salut. L'anàlisi rigorosa de les reclamacions permet identificar àrees de risc, impulsar accions formatives, promoure la seguretat clínica i consolidar una cultura de la prevenció. També afavoreix la transferència de coneixement entre l'àmbit mèdic i jurídic, i fomenta una pedagogia transversal entre els professionals, tot enfortint una pràctica mèdica més reflexiva, informada i compromesa amb la qualitat.

És en aquest marc on la intel·ligència artificial pot esdevenir una aliada transformadora. La seva capacitat per gestionar grans volums de dades, detectar patrons ocults i generar pautes de lliçons apreses, permet desenvolupar sistemes d'alerta precoç, guiar decisions en la gestió del risc i contribuir a formar polítiques de seguretat clínica basades en l'evidència. Aplicada amb rigor i responsabilitat, la IA pot reforçar una gestió de la responsabilitat professional més predictiva, intel·ligent i orientada a la millora continua. Aquesta evolució s'ha materialitzat amb la creació d'una *Càtedra de Medicina Legal, Responsabilitat Professional i Seguretat Clínica*, concebuda com la plasmació d'un projecte estratègic que s'emmarca dins el model de la quàdruple hèlix, integrant el món sanitari (Hospital Clínic de Barcelona), l'àmbit acadèmic (Universitat de Barcelona), el sector assegurador i empresarial (GrupMed/Groupe Relyens) i l'esfera professional (CoMB/CCMC).

Avui dia, les indemnitzacions pels danys derivats de l'activitat assistencial sanitària es fonamenten en la disposició addicional tercera del Reial decret legislatiu 8/2004, de 29 d'octubre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei sobre responsabilitat civil i asse-

gurança en la circulació de vehicles de motor, modificat per la Llei 35/2015, de 22 de setembre[79]. No voldria semblar exagerat ni visionari, però personalment considero que el futur de la responsabilitat sanitària hauria d'avançar cap a una regulació més coherent i justa. Les particularitats pròpies del dany sanitari presenten una complexitat i una especificitat que no poden equiparar-se als sinistres viaris. Per aquest motiu, resulta convenient impulsar, en un futur proper, una llei específica en matèria de responsabilitat sanitària que permeti configurar un marc més ajustat a la realitat assistencial. Aquesta regulació podria articular-se mitjançant una norma estatal amb abast general o bé, en l'àmbit català, mitjançant la incorporació d'un títol específic dins el Llibre VI del Codi civil de Catalunya, relatiu a les obligacions i els contractes (Llei 3/2017, de 15 de febrer), que cristal·litzés en una veritable Llei de la responsabilitat sanitària a Catalunya, seguint l'exemple de països del nostre entorn, com Itàlia o França, que ja han desenvolupat models propis en aquesta matèria[51,52,80].

Aquest és, en definitiva, l'horitzó de la responsabilitat sanitària a Catalunya, sustentat en l'actualitat pel model català de gestió de la responsabilitat professional sanitària, impulsat pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i coordinat amb el CatSalut: un model que fugint del punitivisme, aposta per la confiança, el coneixement compartit, la recerca de la veritat i l'eficiència, ara també amb el suport de les tecnologies emergents. Tot plegat, al servei de la seguretat clínica, del prestigi de la professió mèdica i, sobretot, dels pacients.

Permeteu-me acabar amb unes paraules del britànic Sir. Liam Donaldson:

To err is human, to cover up is unforgivable,
and to fail to learn is inexcusable.

Equivocar-se és humà, amagar els errors una estupidesa
i no aprendre d'ells imperdonable

Sir Liam Donaldson

I d'altra banda del filòsof i psicòleg estatunidenc William James, que ens recorda la importància profunda d'aquest acte que sovint donem per descomptat:

'*La meva experiència és allò a què decideixo prestar atenció. Que aquesta atenció que m'heu regalat avui sigui també una llavor de reflexió i de futur compartit*."

Moltes gràcies

BIBLIOGRAFIA

1. https://www.ub.edu/portal/web/medicina-ciencies-salut/detall/-/detall/obituari-dr-josep-maria-mascaro-ballester
2. https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=EMHE (Dr. JM Mascaró Ballester)
3. https://ramc.cat/aw-team-member/corbella-i-corbella-jacint/
4. https://www.comb.cat/ca/comunicacio/obituaris/jacint-corbella-corbella-
5. Arimany Manso J, Martin Fumadó C, Mascaró Ballester JM. Medical Malpractice Issues in Dermatology: Clinical Safety and the Dermatologist. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2019 Jan-Feb;110(1):20-27.
6. https://ramc.cat/aw-team-member/bruguera-i-cortada-miquel/
7. https://miquelbruguera.blog/2022/07/25/ramon-trias-rubies/
8. https://ramc.cat/aw-team-member/vives-i-puiggros-jordi
9. https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=EDJJ (Dr JM Arimany Ridaura)
10. Rovira Xafart, MA. Tesis Doctoral Universitat Barcelona: Dr. Pedro González y su obra. 1990
11. https://www.galeriametges.cat/galeria-hemeroteca.php?icod=LHJ (Dr. Francesc González Fusté)
12. https://govern.cat/gov/notes-premsa/69469/l-institut-de-medicina-legal-de-catalunya-presenta-el-projecte-eulalia
13. Subirana, M. T. et al . Specific characteristics of sudden death in a Mediterranean Spanish population. American Journal of Cardiology, 107(4), 622–627.
14. https://www.nyc.gov/site/ocme/about/ocme-remembers-dr-charles-hirsch.page (Office of Chief Medical Examiner NYC)

15. https://govern.cat/salapremsa/notes-premsa/63580/institut-medicina-legal-catalunya-dirigir-treballs-exhumacio-dels-cossos-trobats-fossa-prats-llucanes
16. Institut de Medicina Legal de Catalunya; Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya. Simposi internacional de patologia forense dedicat a les armes de foc i els explosius; 2004 Nov 26; Barcelona. Ponència del Dr. Vincent DiMaio: "Fisiopatologia forense de les ferides mortals per armes de foc."
17. https://repositori.justicia.gencat.cat/handle/20.500.14226/692#page=1 (Memòria de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya 2005). Departament de Justicia
18. Barbería Marcalain, E., Arimany Manso, J., Vidal Gutiérrez, C., Bardalet Vinyals, N., Hospital Ribas, A., Ortigosa Ruiz, J. F., Rodríguez Soto, J. L. (2005). Identificación de víctimas del desastre del tsunami en Tailandia. Medicina Clínica, 124(19), 737–741.
19. Crespillo, M., Paredes, M., Arimany Manso, J., Guerrero, L., & Valverde, J. L. (2004). Guerra Civil Española (19361939): identificación de restos humanos procedentes de fosas comunes en Cataluña mediante análisis de ADN mitocondrial. Cuadernos de Medicina Forense, 38(4).
20. Universitat Autònoma de Barcelona, Col·legi de Metges de Barcelona, Grup Med & SHAM. (2018, 5 de juny). Nova Càtedra de Responsabilitat Professional Mèdica i Medicina Legal [Comunicat de premsa]. UAB Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Barcelona.
21. Reial Decret 704/2020, de 28 de juliol (BOE de 29 juliol 2020).
22. Ordre PCM/997/2022 de 12 octubre (BOE de 18 d'octubre de 2022) (Programa Oficial de l'especialitat en Medicina Legal i Forense).

23. https://www.ub.edu/catedres/es/catedras/catedra-ub-de-medicina-legal-responsabilidad-profesional-y-seguridad-clinica
24. Codman EA. A Study in Hospital Efficiency: As Demonstrated by the Case Report of the First Five Years of a Private Hospital. Boston: Thomas Todd Co.; 1918.
25. Best M, Neuhauser D. Ernest Amory Codman: the end result idea and The Product of a Slip. QualSafHealthCare.2004;13(2):123–4.doi:10.1136/qshc.2003.009365
26. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3):166–203. doi:10.2307/3348969
27. Neuhauser D. Ernest Amory Codman MD. Qual Saf Health Care. 2002;11(1):104–5. doi:10.1136/qhc.11.1.104
28. Leape, L. L. (1994, 21 de diciembre). Error in Medicine. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 272 (23), 1851–1857.
29. Lucian Leape, Whose Work Spurred Patient Safety in Medicine, Dies at 94" – The NewYorkTimes ((1 de juliol de 2025) https://www.nytimes.com/2025/07/01/health/lucian-leape-obituary.html
30. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (1999). To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press. https://doi.org/10.17226/9728
31. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety launched [Internet]. Geneva: WHO; 2004 Oct 27 [cited 2025 Jul 24]. Available from: WHO news item, inaugural launch in Washington D.C. with Sir Liam J. Donaldson as chai
32. World Health Organization. (2024, mayo 30). Global Patient Safety Report 2024. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Informe inaugural que presenta una

visión completa del estado de la seguridad del paciente a nivel mundial, alineado con el Plan de Acción Mundial 2021–2030

33. World Health Organization. Resolution WHA 57.18 on Patient Safety [Internet]. In: Fifty-seventh World Health Assembly; 2004 May 22. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponible a: adopció de la resolució WHA 57.18, que va impulsar la creació de la World Alliance for Patient Safety
34. Chantler, C. (1999). The role and education of doctors in the delivery of healthcare. The Lancet, 353(9159), 1178–1181.
35. World Health Organization. (2002, 18 de maig). Fifty-fifth World Health Assembly resolution WHA55.18: Quality of care: patient safety. WHA55.18, Agenda item 13.9. Geneva: World Health Organization.
36. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991 Feb 7;324(6):377-84.
37. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):768-70.
38. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A H S, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):491–499.
39. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. N Engl J Med. 2011 Aug 18;365(7):629-36.
40. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the United States. BMJ. 2016 May 3;353:i2139.

41. Martin A Makary M.D., M.P.H.Commissioner of Food and Drugs, Food and Drug Administration (FDA) https://www.hhs.gov/about/leadership/martin-makary.html
42. Schaffer AC, Jena AB, Seabury SA, Singh H, Chalasani V, Kachalia A, et al. Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Specialty, 1992–2014. JAMA Intern Med. 2017 May;177(5):710–719. doi:10.1001/jamainternmed.2017.0311
43. Arimany-Manso J, Martin-Fumadó C. The importance of patient safety. Med Clin (Barc). 2017 May 10;148(9):405-407. English, Spanish.
44. Gómez-Durán EL, , Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J. Legal medicine contributions to patient safety. From ascertainment and evaluation to Research in medical liability. Int J Legal Med. 2013;127:1051-3.
45. Vargas-Blasco C, Gómez-Durán EL, Martin-Fumadó C, Arimany-Manso J.Current state of urologic malpractice in Spain. Urology. 2015;86:845-6.
46. Benet_Travé J. Análisis de las reclamaciones por responsabilidad profesional médica en Cataluña durante el período 2000-2018. Doctoral thesis. Avalaible at: https://www.tdx.cat/handle/10803/671960#page=1. [access 29/11/2022].
47. Castellà Rovira M. Anàlisi de la responsabilitat professional mèdica a l'atenció urgent a Catalunya entre els anys 2000 i 2019 \[tesi doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2024.Director: J.Arimany; Dra. M. Puig i Dr. C. Martin.
48. Dolz Güerri F Seguretat clínica i responsabilitat professional mèdica en oftalmologia \[tesi doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2023. Directors: Dra. Martínez Palmer, Dr J Arimany i Dr. C. Martin.

49. Vizcaíno Rakosnik M. El metge com a segona víctima en els casos de reclamació per presumpta responsabilitat professional per mala praxi \[tesi doctoral]. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2021. Codirector: Dr. Josep Arimany-Manso. I Dra Esperanza Gómez-Duran.
50. Martin-Fumadó C, Morlans M, Torralba F, Arimany-Manso J. La comunicación del error médico. Consecuencias éticas y médico-legales. Med Clin (Barc). 2019;152:195-9.
51. Italia. (2017, 8 de març). Legge 24/2017 (GelliBianco): Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie Generale n. 64. Entrata en vigor: 1 d'abril de 2017
52. France. (2002, 4 mars). Loi n° 2002303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Loi Kouchner). Journal officiel de la République française. (n.º JORFTEXT000000227015)
53. American Academy of Actuaries, Medical Professional Liability Insurance Subcommittee. (2009, octubre). What is Tort Reform? An actuarial perspective on medical professional liability reforms. Washington, DC: American Academy of Actuaries.
54. National Health Service Resolution. NHS Resolution annual report and accounts 2023 to 2024 [Internet]. London: Department of Health and Social Care; 2024 [cited 2025 Jul 25]. Available from: https://resolution.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/07/NHS-Resolution-Annual-report-and-accounts_23-24_Access-1.pdf
55. https://www.comb.cat/pdf/publicacions/informeanual/informe_anual_2024.pdf
56. Arimany Manso, J., & Gómez Durán, E. L. (Eds.). (2016). Responsabilitat professional mèdica i seguretat clínica:

actualitzacions i nous reptes. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. ISBN 978 84 9766 668 8

57. The Joint Commission. Sentinel Event Policy and Procedures [Internet]. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 2023 [citat 2025 mar 18]. Disponible a: https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/
58. Kizer KW. Patient safety: a call to action: a consensus statement from the National Quality Forum. MedGenMed. 2001 Mar 21;3(2):10. PMID: 11549959.
59. Federal Aviation Administration. Aviation Safety Reporting Program (ASRP) initiation: voluntary program instituted April 30, 1975 [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Transportation; 1975 [cited 2025 Jul 25]. Available from: FAA Advisory Circular 0046A and later AC 0046D/E describing the program (FAANASA agreement); see https://asrs.arc.nasa.gov/overview/immunity.html
60. Llei 40/2015, d'1 d'octubre, de règim jurídic del sector públic, publicada al Butlletí Oficial de l'Estat núm. 236, de 2 d'octubre de 2015; referència ELI: BOE-A-2015-10566. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2015/10/01/40/con/cat.
61. Ministerio de Sanidad. (2025, 4 de julio). Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2025-2035 [Documento estratégico]. Gobierno de España. https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/estrategia_seguridad_paciente_T25_35.pdf
62. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Seguretat del pacient [Internet]. Barcelona: AQuAS; [consultat el 22 de juliol 2025]. Disponible a: https://aquas.gencat.cat/ca/ambits/seguretat-del-pacient/
63. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2021–2025. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2021.

64. ArimanyManso, J., & GómezDurán, E. L. (Eds.). (2014). Responsabilitat professional mèdica i seguretat clínica. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. ISBN 9788475927695.
65. Morales Ferrero JI Anàlisi dels factors crítics d'èxit i avantatges competitives del model de responsabilitat civil professional mèdica del CCMC (2002–2017) \[tesi doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2021. Director: Josep Arimany-Manso i Dr. Carles Martin Fumadó.
66. Bordonaba Leiva S. Anàlisi de la responsabilitat professional en cirurgia oral i maxil·lofacial \[tesi doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2018. Codirectors: Dra. Bescos,Dr. Arimany i Dr. Balibrea.
67. Oller Grau MM. Responsabilitat professional i seguretat clínica en el tromboembolisme venós \[tesi doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2017. Director: Josep Arimany-Manso.
68. Vargas Blasco C. Responsabilitat professional mèdica en urologia \[tesi doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2016. Director: Josep Arimany-Manso. Dra. Esperanza Gómez-Duran
69. Parera Ruiz A.** Responsabilitat professional mèdica en anestesiologia, reanimació i teràpia del dolor (2000–2013) \[tesi doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2016. Codirector: Josep Arimany-Manso
70. Roche Rebollo E Aspectes medicolegals de la pràctica d'angiologia i cirurgia vascular \[tesi doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2013. Directors: Dr. Josep Arimany-Manso i Dr. Miquel Vilardell Tarrés
71. Martín Fumadó C. Anàlisi de la responsabilitat professional mèdica derivada de l'exercici de la Psiquiatria i la Medicina Legal \[tesi doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de

Barcelona; 2012. Directors: Dr. Josep Arimany-Manso, Dr. M. Rodriguez Pazos i Dra. E. Gómez-Duran.

72. Martin-Fumadó C, Benet-Travé J, Güerri-Fernández R, López-Ojeda A, Bermejo-Segú O, Arimany-Manso J. Professional Liability in Plastic Surgery: A Change of Scenario in Medical Professional Liability in Spain. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2023 Jun 9;11(6):e5054
73. Agarwal R, Gupta A, Gupta S. The impact of tort reform on defensive medicine, quality of care, and physician supply: A systematic review. Health Serv Res. 2019 Aug;54(4):851-859.
74. Magowan D, Evans M, Burton L, Smith L. Medicolegal claims in general surgery: a 10-year retrospective review of claims against the NHS in England. Ann R Coll Surg Engl. 2023 Sep;105(7):664-671. doi: 10.1308/rcsann.2022.0121.
75. Ferrara SD, Baccino E, Bajanowski T, Boscolo-Berto R, Castellano M, De Angel R, Pauliukevičius A, Ricci P, Vanezis P, Vieira DN, Viel G, Villanueva E; EALM Working Group on Medical Malpractice. Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation. Int J Legal Med. 2013 May;127(3):545-57.
76. Di Mauro L, Capasso E, Tettamanti C, Casella C, Francaviglia M, Volonnino G, Rinaldi R, Esposito M, Chisari M. The role of artificial intelligence in analyzing clinical malpractice disputes through medical record management. J Forensic Leg Med. 2025 Aug 7;115:102941. doi: 10.1016/j.jflm.2025.102941. Epub ahead of print. PMID: 40784149.
77. Bueno Tricas A, Rodriguez Serrano J, Torrens Arnal M, Agell Llusà N, Nguyen J, Agell Jané N. Deep Attention Multiple Instance Learning: A Pioneering Use Case for Enhancing Malpractice Detection in Healthcare. Pòster

presentat a: ESSAI & ACAI 2024; 2024 jul.; Atenes, Grècia.

78. Jiang F, Jiang Y, Zhi H, Dong Y, Li H, Ma S, Wang Y, Dong Q, Shen H, Wang Y. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. Stroke Vasc Neurol. 2017 Jun 21;2(4):230-243.Disponible a: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8738909/
79. Llei 35/2015, de 22 de setembre, de reforma del sistema per a la valoració dels danys i perjudicis causats a les persones en accidents de circulació. Boletín Oficial del Estado, núm. 228, de 23/09/2015, p. 84473-84664.
80. Llei 3/2017, de 15 de febrer, del llibre sisè del Codi civil de Catalunya, relatiu a les obligacions i els contractes, i de modificació dels llibres primer, segon, tercer, quart i cinquè. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC), núm. 7327, de 22/02/2017.

Discurs de resposta llegit per l´Acadèmic Numerari Dr. Miquel Bruguera i Cortada

Excel·lentíssim Senyor President,

Excel·lentíssimes Autoritats,

Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics ,

Benvolguts familiars, amics i companys.

Compleixo agradosament el deure de respondre al discurs d'ingrés del Dr. Josep Arimany, a la RAMC, perquè em permet exposar els motius de la meva opinió favorable al seu ingrés en aquesta institució, motius que espero compartir amb vostès.

El Dr. Arimany ha tingut una carrera professional activa i molt brillant, amb més d'una àrea d'expertesa. Segurament el seu marc familiar li va desvetllar l'interès per la medicina. El seu pare era un uròleg destacat de la ciutat de Vic, un home actiu, influent, president de la delegació de Vic del Col·legi de Metges.

En Josep es casa amb una metgessa, Maria Antònia , neboda i neta de sanitaris destacats. El oncle era el catedràtic d'Higiene i Sanitat de la Facultat de Medicina de Barcelona, el Prof. Dr. González Fusté, i l'avi fou el director del Laboratori Microbiològic Municipal, el farmacèutic Dr. Pere González Juan, successor de Ramon Turró, i cap d'un nucli de investigadors que sintetitzen penicil·lina a Barcelona. Tots dos eren acadèmics numeraris de la RAMC.

En Josep Arimany obté la llicenciatura en medicina per la UB l'any 1983, havent passat els últims anys com alumne intern per oposició de Dermatologia.

S'especialitza en Dermatologia a l'Hospital Clínic, amb un dels millors dermatòlegs del país, el professor Josep M. Mascaró, traspassat l'any 2024, i amb dues dermatòlogues excepcionals, la Dra. Teresa Estrach i la Dra. Carme Herrero.

L'any 1992 ingressa en el cos de metges forenses. Ha descobert l'atractiu que té aquesta especialitat i l'any 2004 obté el títol d'especialista en Medicina legal.

A l'any 2002 obté per concurs-oposició el nomenament de Director de l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya, dependent del Departament de justícia de la Generalitat de Catalunya.

L'any 2009 fa la tesi doctoral, qualificada amb un Excel·lent "*Cum laude*", sobre la Mort Sobtada de l'Adult a Catalunya, dirigida pel Dr Bayés de Luna i la Dra. Puig, de l'Hospital Sant Pau

Va ser el primer Director de l'institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya, de la seva creació el 3 de juny de 2002 fins a l'1 de desembre de 2006. Com a director d'aquest institut el 2004 va gestionar la identificació de víctimes tant a la catàstrofe del tsunami al sud-est asiàtic com a representant espanyol, i també a l'atemptat terrorista de Madrid l'11 M. Durant aquest període també va crear la primera unitat docent MIR de Medicina Legal depenent del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya i va organitzar la medicina forense a Catalunya, amb criteris de modernitat i gestió.

Vaig conèixer el Dr. Arimany quan era president de la Delegació Comarcal d'Osona del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, càrrec que va exercir entre els anys 1998 i 2011. L'any 2007, quan jo era president del CoMB i calia substituir la persona que dirigia el Servei de Responsabilitat Professional, vam elegir el Dr. Arimany, i des de llavors vaig mantenir-hi un contacte permanent.

El càrrec tenia una gran importància per a la Junta de Govern del CoMB per les següents raons. Es necessitava una persona amb un criteri ben format per decidir davant una reclamació denuncia a un col·legiat per possible mala pràctica, si era preferible anar a

judici, perquè es considerava que no hi havia culpa del metge, o era preferible negociar amb el reclamant una indemnització, si es considerava que si hi havia culpa.

Un excés d'indemnitzacions faria augmentar de manera continuada el preu de l'assegurança de responsabilitat professional, mentre que massa judicis transmetrien la sensació que els metges estan poc protegits. A més, volíem un responsable de l'àrea de responsabilitat professional amb la capacitat d'estudiar acadèmicament la casuística derivada de denúncies per presumpta mala praxi, i d'identificar els factors que afavoreixen els errors de pràctica mèdica susceptibles de ser corregits o evitats.

La elecció del Dr. Arimany va ser un encert en els dos aspectes considerats. Va anar construint un equip d'advocats, amb expertesa en dret mèdic, que tenen resultats excel·lents en les defenses judicials dels metges reclamats.

També va aplicar la metodologia de la recerca clínica a l'anàlisi de les reclamacions en els diferents camps de l'atenció medica. Ha constituït un grup de metges experts en la prevenció de l'error mèdic responsables de l'assessorament deis advocats i de l'anàlisi de les reclamacions per fer recomanacions als diferents sectors d'especialistes mèdics per que coneguin els errors mes freqüents i els factors que els faciliten.

L'examen de la feina feta pel Dr. Arimany i el seu equip en aquest terreny es força espectacular. De 2007 fins a 2025 l'Àrea de Praxi del CoMB s'han fet 15 tesis doctorals, 168 articles publicats en revistes de medicina indexades; i nombroses presentacions en congressos. Aquesta producció acadèmica es superior a la de la majoria de serveis mèdics i quirúrgics dels hospitals catalans.

El Dr. Josep Arimany ha dirigit l'àrea de Praxi del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (CoMB), alhora que ha exercit amb èxit altres responsabilitats professionals i càrrecs institucionals, com el de primer tinent d'alcalde de l'Ajuntament de Vic i el de president de la Fundació d'Estudis Superiors en Ciències de la Salut (FESS).

Aquesta fundació, sense ànim de lucre, va ser constituïda el 16 de gener de 2015 per iniciativa de la Fundació Universitària Balmes (FUBalmes) i la Fundació Universitària del Bages (FUBages), amb l'objectiu de promoure i gestionar estudis universitaris, recerca, transferència de coneixement i activitats de divulgació en l'àmbit de les ciències de la salut, en el marc de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC).

El Dr. Arimany es actualment vicepresident del patronat de la Fundació Museu de la Historia de la Medicina de Catalunya, i ha contribuït de manera fonamental en el propòsit d'instal·lar el museu a Vic a la part de l'edifici de l'antic Hospital de la Santa Creu.

Finalment, voldria destacar també la tasca del Dr. Josep Arimany com a professor de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, on des del febrer de 2023 ocupa una càtedra de

Medicina Legal, Responsabilitat Mèdica i Seguretat Clínica, adscrita al Departament de Medicina. Aquesta càtedra està vinculada a una plaça de professor agregat de Medicina Legal, vinculada a una plaça de consultor nivell 2 a l'Àrea de Qualitat i Seguretat Clínica de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Quan estava ordenant el llistat de mèrits curriculars de Josep Arimany he hagut de parar a pensar com es pot explicar de manera simple i clara el munt de temes en els que en Josep Arimany ha estat vinculat i ha dedicat part del seu temps i el seu esforç. Els volia exposar d'una manera lleugera, evitant recitar un llistat d'activitats, responsabilitats, i de Premis i distincions que ha rebut en la seva carrera professional. Desprès d'una bona estona de pensar m'he rendit, perquè el currículum del Dr. Arimany supera qualsevol forma d'exposar-lo que sigui completa, i que alhora sigui breu.

Així mateix, el Dr. Josep Arimany ha estat durant quatre anys president de l'Associació Catalana de Metges Forenses, així com president de la Societat Catalana de Medicina Legal i Toxicologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. També ha exercit com a president de la Fundació Sant Gregori, i ha estat vocal del Consell de Justícia de Catalunya i de la Comissió Inter

departamental de les Persones Desaparegudes i Fosses Comunes de la Guerra Civil i la Postguerra, del Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya.

Actualment, és el president de la Comissió Nacional de l'Especialitat en Medicina Legal del Ministeri de Sanitat, i ha estat l'artífex de la integració del sistema MIR per a l'especialitat de Medicina Legal i Forense.

En l'àmbit científic i d'investigació ha presentat multitud de comunicacions científiques en congressos nacionals i internacionals i ha publicat treballs científics a revistes nacionals i internacionals sobre Dret Sanitari, Dermatologia, Patologia Forense i Maltractament infantils. És editor associat de la Revista Española de Medicina Legal i ha estat Codirector de l'estudi d'investigació (Projecte Eulalia); "Estudio de la Muerte Súbita del adulto en Cataluña". Ha estat l'editor invitat en tres monogràfics de la Revista Medicina Clinica, en l'àmbit de la Medicina Legal.

En l'àmbit polític, ha estat Tinent d'alcalde de l'Ajuntament de Vic durant 3 legislatures des del 2003 fins al 2023. Diputat i president delegat de l'Àrea d'innovació, Governs Locals i Cohesió Territorial a la Diputació de Barcelona 2019- 2023. El setembre de 2024 ha estat nomenat pel Govern de la Generalitat, vocal del Comitè d'Avaluació i Reforma Operativa del Sistema de Salut (CAIROS) de la Generalitat de Catalunya.

El 2006 la Generalitat de Catalunya li va concedir la Medalla al Mèrit Policial del Cos de Mossos d'Esquadra de Catalunya i el 2010 el Ministeri de Justícia li va atorgar la Creu distingida de 1ª classe de Sant Raimon de Penyafort.

Com es pot suposar veient els seus mèrits professionals, un pensaria que al Dr. Arimany no li queda temps per res. Aquesta no és una bona deducció, ja que el Dr. Arimany té temps de participar en treballs de recerca i de docència. Recerca en temes relacionat amb la seguretat del treball també en aspectes propis de la medicina forense.

Ha col·laborat amb l'acadèmic Bayés de Luna, catedràtic de cardiologia de l'Hospital de Sant Pau, en un estudi sobre la mort

sobtada de l'adult a nivell de Catalunya i l'estat espanyol, en un estudi cooperatiu en 10 hospitals espanyols.

Un altre camp de recerca ha estat el maltractament infantil i els abusos sexuals en nens de Catalunya.

A banda d'un currículum brillant, el Dr. Arimany te altres qualitats, que el converteixen en un home de gran utilitat i eficàcia en un equip, un grup de treball, una càtedra o qualsevol grup humà. Aquestes qualitats son la disponibilitat i la esperit de col·laboració.

Té una qualitat que vaig aprendre que existia quan vaig sentir el discurs que el Dr. Asenjo va llegir quan jo vaig accedir a la Reial Acadèmia. El Dr. Asenjo m'atribuïa una qualitat, que jo ignorava que fos una qualitat, que també té el Dr. Arimany. Aquesta qualitat es tenir sempre la porta del despatx oberta, indicant receptivitat, i disponibilitat pel que els demes necessitin de tu. Si tens la porta del despatx oberta es que acceptes que qualsevol pugui entrar a preguntar-te o a demanar-te alguna cosa. Jo segueixo tenint la porta del meu despatx oberta, igual que la te el Dr. Arimany.

Gràcies Dr. Asenjo per ensenyar-nos a valorar coses simples, que són informatives de com son les persones.

Jo crec que hauria d'anar acabant aquest discurs, que m'ha sortit una mica llarg, per la quantitat de mèrits que té el Dr. Arimany. Té un alt grau de preparació. Ha demostrat competència en la feina diària, sap trobar solucions operatives i és enèrgic i decidit. Jo crec Sr. President que pot acceptar-lo com a nou membre d'aquesta institució.

Moltes gràcies