

# MEDIKUEN AHOTSA GIPUZKOA MÉDICA

ASESORIA JURIDICA:

Hay que denunciar las agresiones

ACTUALIDAD:

Cuidados paliativos y derechos al  
final de la vida

**“GOGORRENA MEDIKUNTZA  
UZTEA DA”**





## **Sus pacientes satisfechos. Nosotros también**

Disponer de la última tecnología en equipamiento para el diagnóstico y contar con los mejores profesionales tienen su razón de ser cuando obtenemos una sonrisa de sus pacientes.

Transmitirles confianza, tranquilidad, seguridad, que se sientan a gusto.

Así conseguimos la mayor satisfacción de sus pacientes, y la nuestra propia.

**Análisis clínicos  
Radiología  
Scanner TAC  
Ecografías  
Densitometría ósea  
Cardiología  
Chequeos médicos**

DIAGNÓSTICO  
CENTRO DE  
  
**URBIETA**  
*Al servicio de la salud*

Urbieto, 58 • 20006 San Sebastián  
Tfno.: 943 47 01 44 • Fax: 943 47 01 75  
cmu@centrourbieto.com • www.centrourbieto.com

## Sumario

# Editoriala

- 2 **Asesoría Jurídica:**  
**El médico debe denunciar cualquier agresión, insulto o amenaza**
- 4 **Aprobado el nuevo Código Deontológico**
- 6 **La Fundación del Colegio sustituye a la antigua Caja de Auxilio**
- 12 **Mila Arrieta: "Es necesario que se legislen los derechos de la persona ante el proceso final de la vida"**
- 18 **Noticias/Berriak**
- 28 **Euskarazko lexikoa: Patologia orokorra (II)**
- 30 **Juan Karlos Izagirre: "Gogorrena medikuntza utzi beharra izan da"**
- 36 **El placer de comer**

Portada:  
Juan Karlos Izagirre

**A**seguru Pribatuak eta Pentsio Planak nahiz Pentsio Funtsak antolatu eta gainbegiratzeko Legeak indarrean sartu zirenetik, Elkargoen Sorospen Kutzak (edo elkargokideei laguntzeko funtsak beste modu batera esanda) zalantzako egoera batean aurkitzen dira lege aldetik, izan ere eta gaur egungo legediaren arabera, heriotzagatiko prestazioen kudeaketa erakunde aseguratzailen eskutik soilik egin baitaiteke aurrerantzean.

Eta legearen arabera aipatu aseguru hori eskaintzen jarraitzeko modurik ez daukagunez, orain artean egin ohi genuen bezala, gure Sorospen Kutxa egungo egoerara egokitzera behartuak aurkitu gara ezinbestean.

Horrela, eta zenbait aukera aztertu eta baloratu ondoren, kutxa hori Fundazio bihurtzea iruditu zitzaigun aukerarik egokiena, fundazioa erakunde modernoa baita, egungo garaietara ondo egokitu eta moldatzen dena. Esan beharra dago erabaki hori berretsia izan zela joan zen martxoan egindako batzar nagusian.

Beraz, aurrerantzean, elkargokideren baten heriotza gertatuz gero, Fundazioak —orain arte Sorospen Kutzak egiten zuen bezalaxe— prestazio bat eskainiko dio hildakoaren familiari. Horrez gain, beste hainbat punturen ardura ere izango du Sorospen Kutxa berriak, hala nola elkargokideen etengabeko prestakuntza edo boluntariotza mediko-sanitarioaren sustapena GKEen bidez, nagusienak aipatzearen.

**T**ras la entrada en vigor de las leyes de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y de Planes y Fondos de Pensiones, las Cajas de Auxilio (o fondos de ayuda) de los Colegios se han encontrado en una situación de dudosa legalidad ya que, según la normativa actual, la gestión de prestaciones por muerte sólo la pueden realizar entidades aseguradoras.

*Dado que la ley no nos permite seguir ofreciendo dicho seguro, tal y como lo veníamos haciendo, nos hemos visto obligados a ajustar nuestra Caja de Auxilio al presente.*

*Así, tras contemplar diversas posibilidades, su reconversión en Fundación -una institución moderna y más acorde a los tiempos actuales- pareció ser la opción más adecuada. Esta decisión fue refrendada por la asamblea celebrada el pasado mes de marzo.*

*En caso de fallecimiento de un colegiado, la Fundación -como hasta ahora hacía la Caja de Auxilio- ofrecerá una prestación a la familia del fallecido. Asimismo, se va a ocupar de otras cuestiones como la formación continua de los médicos o la promoción del voluntariado médico-sanitario a través de ONG.*

## Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko aldizkaria Revista del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa



Frantzia pasealekua 12 - 20012 Donostia  
Tel.: 943 27 63 00 - www.gisep.org

MEDIKUEN AHOTSA  
GIPUZKOA MÉDICA

**Argitaratze batzordea / Comité editorial**  
Gobernu Batzordea / Junta de Gobierno  
Erredakzio batzordea / Consejo de redacción  
Komunikazio saila / Área de comunicación

**Harremanetarako / Contacto**  
Lupe Calvo Elizazu (prensa@gisep.org)

**Diseinua eta maketazioa / Diseño y maquetación**  
Fotomecánica Garber

**Argazkiak / Fotografías**  
Trini Díaz, Fototeca Kutxa, Juanxo Egaña, J.M. Pemán

**Lege gordailua / Depósito legal**  
SS-1025/94

JON PELLEJERO ARAMENDIA

Ltrado Asesor del Colegio de Médicos de Gipuzkoa



# El médico debe denunciar cualquier agresión, insulto o amenaza

**A**unque la gran mayoría de las personas son conscientes de las limitaciones de los centros sanitarios, de los médicos y de los servicios de urgencias, cada vez más, no solicitan sino que exigen la asistencia médica. Muchas veces, además de exigir que se les atienda rápidamente, quieren resultados, diagnósticos y tratamientos rápidos. También una curación vertiginosa. Y, en ocasiones, que las cosas se hagan como ellos quieren y no como el médico cree que deben hacerse.

2

Es sabido que los médicos y el personal de Osakidetza reciben cada vez más insultos, amenazas y agresiones y que en ocasiones se amenaza y ataca físicamente al médico, simplemente porque el paciente no obtiene lo que desea: una medicación, una prueba concreta, que le remitan al especialista... O porque deben esperar más de lo que consideran adecuado.

Ante cualquier agresión física o psicológica, el médico debe hacerlo constar y denunciarlo. Habría que denunciar incluso cuando se amenaza o insulta al médico, aunque sea una molestia. No sólo en caso de agresión. Y es que no debemos permitir que ningún médico sea amenazado o insultado en el desarrollo de su trabajo.

El médico de Osakidetza –o cualquier médico que preste servicios para una administración pública– tiene la condición de autoridad y así lo recoge la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de diciembre de 2007 que, desde el punto de vista penal, reconoce que la prestación de servicios sanitarios públicos tiene carácter de función pública. Así, el agresor se enfrenta a penas mayores porque el médico al realizar una función pública tiene la condición de autoridad. Dada la condición de autoridad, en casos de insultos y amenazas son aplicables estos artículos del Código

“A falta de testigos, la anotación en la Historia Clínica y el parte interno realizados inmediatamente o que el médico haya pulsado el botón de agresiones o haya pedido ayuda pueden valer como pruebas”

Penal: 169 (para amenazas), 550 (cuando se acomete a la autoridad, se emplee fuerza contra la misma, se intimide gravemente o se haga resistencia activa grave) y 634 (insultos, falta de respeto).

En el caso de que no se considere al médico como autoridad o dependiendo de la gravedad de las lesiones, también pueden aplicarse otros artículos del Código Penal, como el 617 (sobre lesiones) y 620 (sobre amenazas).

No hay que olvidar que los médicos son quienes deciden qué pruebas se hacen, cómo se organiza una consulta o qué paciente debe ser atendido. Así, también comete un delito o falta penalmente perseguible quien impide que el médico desarrolle su trabajo. Son de aplicación los artículos 550 y 556 del Código Penal referidos a la resistencia y desobediencia grave a la autoridad en el ejercicio de sus funciones. Y también puede ser de aplica-

ción el artículo 634 referido a la misma situación de falta de respeto y desobediencia de forma leve. Desde el punto de vista jurídico, en este artículo se podrían encuadrar más fácilmente las situaciones en las que se impide al médico realizar sus funciones, en el caso de que la actuación tuviese carácter grave se aplicarían los artículos 550 y 556.

Para que al médico se le considere autoridad, el agresor tiene que saber que está hablando con el médico. ¿Cómo lograrlo? Es suficiente con vestir la bata o uniforme con la identificación de médico. Esto, que puede parecer insignificante, tiene gran importancia a la hora de calificar los hechos como atentado a la autoridad, ya que el agresor habitualmente alega que no sabía que se trataba de un médico.

Pero, ¿qué hacer cuando se sufre una agresión física? Para tener una prueba de las lesiones sufridas, hay que obtener un



informe médico. También es fundamental que ante cualquier clase de agresión (todas, en un sentido u otro, lo son), haya sido el paciente o su acompañante, el médico lo haga constar en la Historia Clínica del paciente (apartado "anotaciones personales"). Igualmente debe realizar un "Parte Interno de Notificación de accidente/incidente de trabajo" en el que conste el hecho y se identifique a los testigos.

Conviene que esto se haga lo antes posible –mejor el mismo día–, pues muchas veces es el paciente quien primero presenta la queja y manifiesta que ha sido tratado de modo incorrecto por el médico. En este caso éste se ve obligado a actuar a posteriori, pudiendo dar la impresión de que actúa movido por la queja del paciente. Tiene mucho más valor que el médico actúe inmediatamente, sin esperar a la reacción del paciente.

Existe otra importante razón para presentar el Parte Interno. Y es que si la agresión es fuera del centro sanitario (cuando el médico no desarrolla su función pública), para que se considere accidente de trabajo, es muy importante que conste que ya se ha presentado el Parte Interno. Mejor, si

cabe, una denuncia. Tras anotar la agresión en la Historia Clínica y realizar el Parte Interno, se puede presentar denuncia contra el agresor. Para ello el/la médico puede acudir directamente a una comisaría o al juzgado, así como al Colegio de Médicos para presentar la denuncia. En este caso el Colegio asume los gastos judiciales. Atendiendo a las características de los hechos, en algunos casos ha sido el Colegio quien ha interpuesto la denuncia.

Una vez presentada la denuncia, es importante la prueba de los hechos. La declaración de los testigos es fundamental, porque en un procedimiento penal quien denuncia es quien debe demostrar los hechos. Por eso, (cuando los haya) conviene identificar a los testigos de la agresión que puedan declarar sobre los hechos.

Hay, sin embargo, ocasiones en las que los hechos tienen lugar en una consulta a puerta cerrada, en la que sólo están el médico y el paciente, en ocasiones, acompañado. En estas situaciones, la prueba de los hechos será más complicada porque será la palabra de uno frente a la del otro. Esto no debe desanimar a los/las

médicos a presentar una denuncia, ya que puede haber otras pruebas que logren acreditar la existencia de la agresión, amenazas e injurias. Puede valer la anotación en la Historia Clínica, el Parte Interno realizado inmediatamente o el hecho, incluso, de que el médico haya pulsado el botón de agresiones o haya solicitado ayuda.

Además, cuando se sabe que determinados pacientes amenazan e insultan continuamente, así como en cualquier circunstancia que lo crea oportuno, el médico puede pedir que cuando atienda a dichos pacientes esté presente el/la enfermero/a. Esto servirá para calmar al paciente o acompañante y para tener un testigo de los hechos.

Se puede acceder a la guía sobre agresiones de la OMC en: [http://www.medicosypacientes.com/files/prensa/adjuntos/Libro%20Agresiones\\_0.pdf](http://www.medicosypacientes.com/files/prensa/adjuntos/Libro%20Agresiones_0.pdf).

Ante cualquier situación de este tipo se debe acudir a la Asesoría Jurídica del Colegio para valorar los hechos y decidir si se inician acciones, pues no se puede permitir que el médico sea agredido –independientemente del tipo de agresión–, mientras desarrolla su trabajo.

# AMBULANCIAS

## GIPUZKOA S.COOP.



En colaboración con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en la cobertura de atención medicalizada y emergencias.

Servicio de ambulancias de soporte vital avanzado y soporte vital básico.

**Servicio las 24 h. del día**

**80 Ambulancias**

**15 años de experiencia**

**140 profesionales en plantilla a su servicio**

**Abarcamos todo el territorio**

**Asistencias nacionales e internacionales**

La calidad, los mejores medios humanos y técnicos, para un servicio óptimo



**AMBULANCIAS GIPUZKOA, S. COOP.**  
Alto de Irurain (Bº Ergoien, s/n.)  
Apdo. 107  
20130 URNIETA (Gipuzkoa)

**TELEFONOS 943 330 330\* / 943 55 49 62\***

**Oficinas 943 55 60 66**  
**FAX 943 33 15 95**



**MIEMBRO DE:**  
**E.O.G.E.**  
Euskadiko Osasun Garraio Elkarte  
Asociación de Transporte Sanitario del País Vasco  
**A.N.E.A.**  
Asociación Nacional de Empresarios de Ambulancias

CONTEMPLA, POR PRIMERA VEZ, LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

# Aprobado el nuevo Código Deontológico que sustituye al hasta ahora vigente

**B**i urtez aztergai izan den Deontologia kodea uztailaren 9an onartu zuen Espainiako Medikuen Elkargoko batzar nagusiak. 1999 urteaz geroztik indarrean zegoen Deontologia kodea ordeztzen duen testuak kontzientzia-eragozpena aurreikusten du, besteak beste.

El nuevo Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial -elaborado por la Comisión Central de Deontología Médica y aprobado por la Asamblea General el pasado mes de julio de 2011- es uno de los más avanzados de Europa, según el presidente de la OMC, el doctor Juan José Rodríguez Sendín, quien señaló que se ha pretendido "sea de fácil manejo y que también pueda leerlo la ciudadanía, para así saber qué se puede esperar y pedir a la profesión médica".

Una de las principales novedades con respecto al anterior, es la introducción de cinco nuevos capítulos y 16 artículos con nuevos contenidos sobre pruebas genéticas, dopaje deportivo, docencia médica, atención médica al final de la vida y objeción de conciencia. Así, este nuevo Código Deontológico se ha estructurado en 21 capítulos y 66 artículos, 109 epígrafes, una disposición adicional y cinco disposiciones finales.

Los Colegios de Médicos y sus correspondientes Comisiones Deontológicas han participado y colaborado en su elaboración, lo cual, según el presidente de la OMC, ha enriquecido notablemente el texto resultante.

Para el presidente de la Comisión Central de Deontología Médica, el doctor Marcos Gómez Sancho, "es un Código completamente nuevo, elaborado a partir de experiencias y no de opiniones y que, en volumen de materia, duplica al anterior". Y es que el código vigente hasta ahora se había quedado obsoleto por el ritmo de la evolución de la Medicina. Este nuevo aporta seguridad, respeto, humanismo y comportamiento ético y responsable del profesional, partiendo de una realidad social cambiante. Como se ha señalado, este código contempla la objeción de conciencia, distinguiéndose entre lo que es

**"Aporta seguridad, respeto, humanismo y comportamiento ético y responsable del profesional, partiendo de una realidad social cambiante"**

objeción de lo que no y respetándose dos principios sagrados: la libertad del médico y la autonomía del paciente.

En esta nueva edición también se ha modificado el articulado sobre las relaciones entre médico y paciente para adaptarlo a las previsiones de la Ley de Autonomía del Paciente. Asimismo, consagra como éticamente correcta la sedación en la agnía ante síntomas refractarios, rechaza la eutanasia como forma de provocar intencionadamente la muerte de un paciente y aborda la limitación del esfuerzo terapéutico.

Otras novedades se refieren a asociaciones profesionales, drogadicción, segunda opinión médica, prevención de la enferme-

dad, duración del acto médico, error médico, esterilización, interrupción voluntaria del embarazo, publicación de la investigación médica, investigación en embriones humanos, gestión clínica y compañías aseguradoras médicas, incentivos, intrusismo en el ámbito médico, relación médico-paciente no presencial y trasplante facial, entre otros.

La Directiva Europea de Servicios 2006/123/CE, y su transposición a través de la Ley Ómnibus, ya establece la necesidad de que la profesión médica cuente obligatoriamente con un código de conducta elaborado por los Colegios profesionales, los principales garantes de los comportamientos éticos y responsables de los profesionales de la Medicina.



ABUZTUAN EGINIKO OSOKO BILKURAN, GÓMEZ SANCHO DOKTOREA PRESIDENTE KARGURAKO BERRIRO  
HAUTATUA IZAN DA

# Renovada la Comisión Central de Deontología de la OMC

**E**l Dr. Marcos Gómez Sancho, reelegido presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC) el pasado mes de agosto, se ha mostrado satisfecho y orgulloso del nuevo Código de Deontología aprobado el pasado mes de julio.

Tras su reelección, el presidente de la Comisión de Deontología ha manifestado que "en su agenda de trabajo para los próximos cuatro años destaca el compromiso de redactar un manual con explicaciones de los artículos del Código que puedan suscitar mayor número de dudas entre los médicos, así como la elaboración de un programa de formación en Ética y Deontología dirigido a los médicos".

El doctor Gómez Sancho es especialista en Anestesiología y Reanimación y dirige la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Hace dos años creó una de las primeras unidades asistenciales de Cuidados Paliativos en España y ha desarrollado una intensa labor de difusión de esta modalidad asistencial. Además de presidir la Comisión de Deontología de la OMC durante los dos últimos años, entre otros cargos, ha ocupado la presidencia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Tras la renovación llevada a cabo en los últimos meses, la Comisión de Deontología de la OMC está compuesta, además de por el doctor Gómez Sancho, por Jacinto Bátiz como Secretario (Bizkaia); los vocales Mariano



■ El doctor Marcos Gómez Sancho, sentado en el centro de la imagen, junto con parte de la nueva Comisión de Deontología de la OMC

Casado (Badajoz) y Luís Ciprés (Teruel); Tomás Casado (Segovia); María Castellano (Granada); Julio García (Castellón); Aurelio Luna (Murcia);

Luís Fernando Márquez (A Coruña); Diego Murillo (Pontevedra); Joan Monés (Barcelona) y José Manuel Solla (Ourense).

**CONVENIO DE COLABORACIÓN**

Gipuzkoako Sendagileen  
Elkargo Ofiziala



Colegio Oficial de Médicos  
de Gipuzkoa

+



**INGLÉS Y EUSKERA**

Clases a tu medida • Horarios Flexibles • Pensado para profesionales • No perderás clases

**PROMOCIÓN ESPECIAL**

**para integrantes del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa**

(personal colegiado, familiar en primer grado o personal de consulta de los colegiados)

Todos los alumnos que se matriculen **antes del 7 de octubre** recibirán un magnífico e-book o un iPod

**vas a aprender**

# palabra

 **Infórmate** en nuestro  
centro de DONOSTIA - SAN SEBASTIAN

**Zubieta, 26.**  
**Tel. 943 43 31 02**

[www.mondragonlingua.com](http://www.mondragonlingua.com)



ADEMÁS DE OTORGAR AYUDAS EN CASO DE FALLECIMIENTO, SE OCUPARÁ DE LA DOCENCIA

# La Fundación del Colegio sustituye a la antigua Caja de Auxilio

**G**ipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko Fundazioa lanean hasi da estatutuak onartu eta Eusko Jaurlaritzaren oniritzia jaso ondoren. Legalki pasa den martxoan osatutako erakunde honek orain dela gutxi arte martxan izan den Laguntza kutxa ordezkatzuko du. Izan ere, Elkar-goko Laguntza kutxa moduko hainbat erakunde legez kanpo geratu dira aseguru pribatuei buruzko legedia indarrean sartu denetik.

La aprobación y entrada en vigor de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y de la Ley de Planes y Fondos de Pensiones hizo que los fondos de ayuda de los Colegios profesionales, comúnmente conocidos como Cajas de Auxilio, se encontraran en una situación jurídica de dudosa legalidad.

Y es que la actual normativa en materia de seguros no permite –es más, expresamente lo prohíbe– que entidades ajenas al mundo del seguro aseguren la vida y gestionen prestaciones por muerte. Ese tipo de prestaciones y seguros corresponden únicamente a las entidades aseguradoras.

Ante esta situación, el Colegio de Médicos de Gipuzkoa, tras estudiar diversas posibilidades, optó por transformar su Caja de Auxilio Colegial en la Fundación Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa / Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko Fundazioa. La asamblea celebrada en marzo pasado refrendó esta decisión. Se trata

de una institución sin ánimo de lucro y de carácter benéfico asistencial, sanitario y educativo. Tal y como venía haciendo la Caja de Auxilio, en el caso de fallecimiento de un colegiado, la Fundación ofrecerá una ayuda económica a quien el fallecido hubiera nombrado beneficiario.

Asimismo, la Fundación será quien, en adelante, se encargue de la formación continuada de los médicos, así como de promocionar el voluntariado médico-sanitario a través de Organizaciones No Gubernamentales.

En la actualidad el patronato de la Fundación –el equivalente a su junta de gobierno– trabaja en la redacción del reglamento encargado de regular su funcionamiento. Entre otras cuestiones, el reglamento determinará las ayudas que va a conceder la Fundación y quienes tendrán derecho a percibirlas; la composición y las funciones de la junta directiva, así como el modo en que se van a atender las necesidades for-

mativas de los médicos. Como se ha indicado, entre los principales objetivos de la Fundación destacan la promoción, gestión y coordinación de actividades de formación dirigidas a los médicos colegiados en Gipuzkoa. Así, y dado que pretende ofrecer una amplia oferta formativa a los médicos guipuzcoanos, quiere detectar cuáles son sus necesidades formativas.

Por ello, la Fundación está abierta a cualquier sugerencia al respecto. Dichas sugerencias se pueden enviar a través de correo electrónico ([prensa@gisep.org](mailto:prensa@gisep.org)).

Asimismo, tiene previsto colaborar con sociedades científicas interesadas en promover actividades formativas afines a las de la Fundación; organizar reuniones científicas, seminarios y conferencias sobre temas de interés sanitario y humano; al tiempo que promover la investigación, para lo cual estudia la convocatoria de premios y becas.

SERÁ IMPARTIDO POR LA FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE LA OMC ENTRE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y JUNIO

## Título de experto en ética médica

La Fundación para la Formación de la OMC y el Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset, a partir del próximo mes de noviembre, van a impartir el Título de Experto en Ética Médica. Este curso –de 190 horas de duración– se dirige a médicos y profesionales interesados

en adquirir formación académica en ética médica con especial orientación a la participación en comisiones de ética y deontología de los Colegios de Médicos. El plan de trabajo prevé el estudio de 30 temas. Cada semana se estudiará lo que posteriormente será debatido entre los alumnos

y el profesor. Además habrá cuatro fines de semana presenciales en Madrid: en noviembre, febrero, abril y junio. La persona de contacto en la Fundación Para la Formación de la OMC para solicitar información es Flor Rodríguez (e-mail: [frodri-guez@ffomc.org](mailto:frodri-guez@ffomc.org) y teléfono: 91 426 06 41).



*LA FFOMC OFRECE UN PRECIO REDUCIDO*

## Curso de inglés médico Spanish Doctors

**L**a Fundación para la Formación de la OMC, en colaboración con el grupo docente Spandoc (integrado por médicos británicos y españoles que trabajan o han trabajado en el Reino Unido), ha puesto en marcha el curso de inglés Spanish Doctors que se desarrolla a distancia y pretende que el médico hispano-hablante se pueda manejar en inglés.

Compuesto por una revista mensual en papel con audio y autoevaluación online, el curso equivale a 72 horas lectivas y esta primera edición está acreditada con 12 créditos.

El precio ordinario del curso para los médicos colegiados es de 300 euros (390 euros para no colegiados), no obstante la Fundación para la Formación de la OMC hace una oferta especial para quienes se inscriban a través de la página web: [www.ffomc.org](http://www.ffomc.org); en este caso el precio del curso es de 260 euros.

Las personas inscritas comenzarán a recibir la revista entre dos y cinco semanas después de formalizar la inscripción; asimismo,

recibirán los números atrasados y podrán hacer los tests atrasados tal y como se indica en el manual del alumno.

Esta propuesta trata de animar y ayudar a los médicos hispano-hablantes a dominar el idioma inglés para poder aumentar su presencia y proyección internacional, acceder a una enorme riqueza de recursos científicos y formativos y aportar su propio potencial, avanzando así en su desarrollo profesional y contribuyendo al avance de la medicina en su conjunto.

Y es que para un médico, dominar el inglés supone abrirse perspectivas más amplias de desarrollo profesional.

7

*IMPARTIDO POR EL COORDINADOR DEL PROGRAMA DE MANEJO DEL ESTRÉS DE LA UPV/EHU*

## El curso sobre reducción del estrés y mejora de la relación médico-paciente comienza el 19 de octubre

**C**on el objetivo de mejorar el bienestar psicológico de los médicos de Gipuzkoa, reducir sus niveles de estrés y mejorar la calidad de la atención sanitaria que se ofrece a los usuarios, la sede colegial acogerá el curso sobre reducción del estrés y mejora de la relación médico-paciente impartido por Alberto Amutio, profesor e investigador de la UPV/EHU, coordinador del Programa de Manejo del Estrés del departamento de Psicología Social de la UPV/EHU y experto en técnicas de manejo del estrés. El curso tendrá una duración de 20 horas distribuidas en sesiones semanales de dos horas y media cada una. Comenzará el día 19 de octubre y acabará el 14 de diciembre.

El curso –cuyo objetivo es mejorar la salud y bienestar de los médicos– forma parte de un proyecto de investigación que lleva a cabo la Universidad del País Vasco y en el mismo se tratará de ver si las técnicas que los médicos aprenderán a lo largo del

mismo son efectivas o no. Y es que se ha constatado que hay una cantidad considerable de profesionales con cansancio emocional, algo que repercute negativamente en la atención al paciente y en el bienestar psicológico del colectivo. El pro-

fesor encargado del curso ha investigado sobre el burnout en el colectivo médico vasco y se ha formado en la universidad de Roosevelt en Chicago. De hecho, el curso que va a impartir es un programa pionero en los Estados Unidos.

# Altas y bajas / In Memoriam

## Altas

### MAYO 2011

Cubert Vidaurre, Monica  
Timoteo Delgado, Ander  
Perez Castaño, Ylenia  
Llorente Bolumar, Irene  
Martínez Peña, Aitor  
Gallego Otaegui, Lander  
Leza Otxoa-Aizpurua, Olatz  
Álvarez Ceballos, Leire  
Galán González, Naia  
Zubeltzu Sese, Beñat  
Sarasola Ros, Lizar  
Eguibar Villimar, Itziar  
Huegun Benito, Iker  
Rodríguez García, Yoane  
Capetillo Arranz, Nekane  
Díaz de Cerio Martínez, Iván  
Díaz de Cerio Echarr, Amaya  
Larrañaga Imendji, Ihintza  
Gómez Mediavilla, Jenifer  
Jiménez Cabrera, Leire  
Uranga Arrieta, Sabiné  
Lázaro Salazar, Yoana  
Cossio Arribas, Elena  
Michelena Bengoechea, Asier  
Ochagavia Azpitarte, Itziar  
Altuna Zumeta, Jokin  
Laka Iñurrategi, Ane  
Yáñez Vidal, Maria  
Arrieta Polo, Ander  
González Urío, Saioa Gotzone  
Plazaola Cortazar, Ane  
Ortuoste Ibarzabal, Nuria  
Montesinos Encalada, Mario Ernesto  
Melnik, Andriy  
Azaldegi Olaizola, Garazi  
Maiz Arregui, Ainara  
Cano Restrepo, Carlos Anibal  
Elorza Echaniz, Garazi  
Salgueiro Alonso, M<sup>a</sup> Dolores  
Meneses Villalba, Carlos  
Lancho Poblador, Carolina  
Borja Consigliere, Francisco  
Borja Consigliere, Agustin

Laguna Sanjuanelo, Stephany Melina  
López de Goicoechea Urionabarrenechea, M<sup>a</sup> Carmen  
González Barrutia, Víctor  
Alonso Villar, Pilar  
Rodríguez Oroz, M<sup>a</sup> Cruz  
Popa Veronica, Liana  
Carbajal Dios, Sandra Fanitza  
Montes de Oca Arce, Pavel Igor  
Bonavilla Juan, Claudia  
Comba Miranda, John William  
Grau Osso, Cristina  
De Venanzi Vicentini, Margi Jacqueline  
Michel de la Rosa, Fco. Javier  
Iparraguirre Rodríguez, Soraya  
Aregita Anitua, Ainhoa  
Solla Ruiz, Itziar  
Villanueva Benito, Iñaki

### JUNIO 2011

Bidaguren Urbiet, Ainhoa  
Barral Juez, Itsaso  
Fernández Torron, Roberto  
Labairu Huerta, Luis  
Amundarain Sigüenza, Jorge Aldalberto  
Anton Rodrigo, Ivan  
Dufur Mendivil, Mercedes  
Velasco Benito, Verónica  
Zubiaga Toro, Lorea

### JULIO 2011

Zalazar Denett, Gabriela  
Etxebarria Azurmendi, Ainara  
Arias Martín, Saioa  
Elorza Fernández, M<sup>a</sup> Dolores  
Oceja Uribe, M<sup>a</sup> Pilar  
Gabilondo Cuellar, Andrea  
Mesías Romero, Pierina Melissa  
Iturbe Susilla, Igor  
Epelde Bereciartua, Lourdes  
Ruiz Corcuera, Sonia  
Echeveste Goiburu, Agustina

### AGOSTO 2011

Freitas Magalhaes, María Soledad  
Erausquin Sierra, Cristina Amaya  
Ormazabal Olave, Olatz

## Bajas

### MAYO 2011

Rodríguez Caicedo, Claudia Milena  
Cuero Cuero, John  
Camps Martínez-Mora, Oscar  
Otegui Altolaigurre, Joseba Ibai  
Rodríguez López, Juan José  
Kazimierz Filas, Piotr  
Andrzej Piwowarski, Krzysztof

### JUNIO 2011

Imaz Navarro, Luis Carlos  
De Luis Eguileor, Beatriz  
Ormazabal Olave, Olatz  
Damborenea Zubieta, Jokin  
Dufur Mendivil, Mercedes  
Berraondo Zabalegui, Ignacio  
Díaz Brito, Jack Antonio  
Montes Fernández, M<sup>a</sup> del Carmen

### JULIO 2011

Urcaregui Belande, Gorka  
Del Pozo Lozano, Carlos Alejandro  
Arrese Regañón, Ignacio  
Aguirre Azpiazu, Juan Luis  
González Martínez, Carmen

## Fallecimientos

### JUNIO 2011

Recarte Barriola, José Antonio  
Carretero Martín, María Isabel  
José Luis de las Heras Pérez  
Igartua Sagaraminaga, Julio F.

### AGOSTO 2011

Urtiaga Unda, Juan Jorge  
Agra Ramírez, José Manuel

## Juan Jorge Urtiaga Unda



Amable. Muy amable. Sonriente. Humilde. Sencillo. Elegante. Tímido. Trabajador incansable. Buena persona. Comunicativo. Gran conversador. Siempre dispuesto a hacer cualquier favor. Siempre rodeado de gente.

Pasó sus últimos años trabajando como voluntario social. Así definen sus compañeros y amigos a Juan Jorge Urtiaga. Hijo de cirujano y nacido en

Gernika, estudió medicina en Valladolid e hizo la especialidad de Ginecología en Cruces.

Antes pasó por el Hospital Provincia de Gipuzkoa donde conoció a la que fue su mujer. Tras terminar la residencia Volvió a Donostia, al Hospital Nuestra Señora de Aranzazu. Allí fue jefe del área de partos donde siempre le recordaremos y echaremos de menos.



## José Manuel Agra Ramírez



Aunque pasó la mayor parte de su vida en Gipuzkoa, José Manuel era un gallego nacido en Santander. La gente que le trató dice que era muy inteligente, simpático y divertido. Y sobre todo que le gustaba su trabajo y disfrutaba con él.

Sus hijas –tenía cinco– lo recuerdan siempre estudiando, rodeado de revistas de medicina.

Incluso se apuntó a clases de inglés para poder entender las publicaciones escritas en ese idioma. Estudió en Santiago de Compostela donde conoció a la que sería su mujer e hizo la especialidad de traumatología en A Coruña y Santiago, aunque siempre ejerció en Gipuzkoa.

Comenzó como médico de empresa en la zona de Irun: Chocولات Elgorriaga, Porcelanas Bidasoa, Fosforera.... Eran aquellos años en que había que trabajar en varias empresas para llevar un sueldo a casa.

Trabajó también en el ambulatorio de Irun, la Cruz Roja, la Residencia de Donostia y el hospital de Irun donde se jubiló. Afrontó su enfermedad con dignidad y aceptó la muerte con valentía.

## Julio Igartua Sagarminaga



Desde el 28 de junio de este año ya no podemos saludar a Julio, como antes lo hacíamos, ya que ese día falleció. Se fue con la elegancia señera que lo acompañaba y con el ritual de quien prepara una intervención quirúrgica.

Preparó su despedida sin agobiar, haciendo ver que era cuestión de días el volver a su

actividad. Sin embargo él lo sabía. Con el amor y la ternura que esos momentos favorecen, habló íntimamente con el amor de su vida, Cristina, su mujer. Bellas conversaciones que a todo marido le gustaría saber abordar al contemplar la llegada de un nuevo amanecer.

Se ocupó de sus hijos, su otra gran adoración, dándoles, con el fruto de su trabajo, parte de su formación y, del ejemplo de su vida, la sabiduría para ser felices en la vida y saber amar con pasión. Agur Julio, nos vemos.

## Maribel Carretero Martín



Donostiarra de nacimiento (nació el 9 de enero de 1960) era una gran enamorada de su ciudad; y le encantaba viajar, pero le gustaba, más si cabe, volver.

Estudió Medicina en Vitoria y San Sebastián y aunque le hubiera gustado estudiar pediatría –le gustaban mucho los niños– se especializó en Medicina del Trabajo y desarrolló prácticamente toda su carrera profesional en

Tabacalera, empresa con la que se sintió muy identificada aunque no fumara. De carácter luchador, siempre positiva –en especial durante su enfermedad– incluso en sus últimos días seguía haciendo planes y animando a los demás.

Sin duda, ha sido un ejemplo para su familia y amigos. Además de excelente persona ha sido siempre una muy buena amiga. Un brindis por ella.

**Sus amigos**

## José Antonio Recarte



El pasado 10 de junio nos dejó José Antonio Recarte, "Josefo". Hijo de Urólogo, vivió esta especialidad desde su infancia. Quisiera resaltar su ejemplar comportamiento ante el dolor y la enfermedad. Vivió como quería y eligió su forma de morir. En los últimos momentos buscaba la soledad para no demostrar debilidad ni para hacernos cómplices de su dolor. Jamás en estos años le oímos una queja.

Continuó su labor asistencial hasta los últimos momentos, dándonos un ejemplo profesional y humano que nunca podremos olvidar.

Amigo de sus amigos, siempre dispuesto a ayudar al que le necesitaba, nunca le vi criticar a un compañero. Dotado de un extraordinario sentido del humor, hacía que estar con él, en algunos momentos, resultara inolvidable. Hoy pasan por mi mente multitud de esos recuerdos por lo que aún me resulta más difícil admitir que no nos veremos mañana.

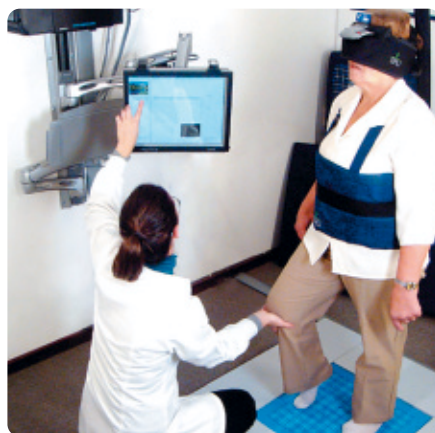
Amante de su tierra, sabía disfrutar de esas pequeñas cosas del día a día, sin ambicionar nada fuera de su alcance. A pesar de tu marcha siempre estarás en nuestro corazón, nunca podremos olvidarte.

**Juan Antonio López García**

# Avances en los vértigos

El aparataje en los posturógrafos está en continuo desarrollo y evolución, y en el Hospital Quirón Donostia el **DR. FERMIN MATELLANES (O.R.L.)** en la **Unidad de Vértigo y Alteraciones del Equilibrio** ha adquirido la última innovación tecnológica en esta aparatología de Posturografía Dinámica Computarizada que es el POSTUROGRAFO BRU 415 patentado a nivel mundial por la empresa danesa **Interacoustics**, siendo la primera posturografía BRU que se instala en el Estado español y en Euskadi.

**El Posturógrafo BRU 415** utiliza un sistema de lentes de realidad virtual con dos funciones: entrenamiento oculomotor y estímulo cognitivo. Los estímulos se realizan al paciente en situaciones que se le presentan en la **vida real**, participando en actividades cotidianas (buscar objetos en movimiento, mirar desde la ventanilla de un coche en movimiento, en su casa: salón, baño, cocina, en el gimnasio...). Se elabora un programa terapéutico de Reha-



bilitación basado en conceptos de Neuro-rehabilitación, presentándole al paciente estímulos conflictivos que desencadenan mecanismos de plasticidad neuronal para lograr una compensación vestibular. Incluso se puede finalizar la sesión con imágenes de paisajes relajantes para inducir la relajación de cuerpo y mente. El posturógrafo BRU 415 como el resto de los posturógrafos anteriores tiene un módulo con

programas de Rehabilitación de "control postural" basado en el efecto bio-feedback para que el paciente desarrolle estrategias de control postural a través de reconocimiento de sus propios trastornos posturales. El tratamiento de **Rehabilitación vestibular postural estimulada y dirigida con aparatología posturográfica** esta indicado en:

- Patología vestibular en los periodos de intercrisis
- Patología central (determinados cuadros centrales progresivos)
- Geriatría para valoración de riesgo de caídas y para desarrollar estrategias tratando de evitarlas.
- En traumatismos craneales o cervicales para valorar e incluso tratar su alteración del equilibrio.
- Valoración de trabajadores expuestos a precipitación por trabajo en alturas.
- En peritaciones e identificaciones de "simuladores" que exageran y alargan en el tiempo su sintomatología.

## UNIDAD DE VÉRTIGO Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

HOSPITAL QUIRON DONOSTIA  
Parque Alkolea, 7 / Tels.: 943 32 26 46 - 943 43 71 00  
20012 SAN SEBASTIAN

CENTRO CLINICO DONOSTI  
Urbietta, 39 -1º izda / Tel.: 943 47 18 85  
20008 SAN SEBASTIAN

**DR. FERMIN MATELLANES**  
OTORRINOLARINGOLOGIA

**Aux: N. ALKIZA**  
**Aux: G. GARMENDIA**

**CRANEOCORPOGRAFIA DE CLAUSSEN**  
**VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZADA**  
**POSTUROGRAFIA**  
**POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL**  
**OTOEMISIONES ACUSTICAS**



**GAES le ofrece todo lo que necesita para mejorar la audición de sus pacientes.**

*Grandes aliados*

### Equipos de diagnóstico

La gama más amplia de **equipos de electromedicina.**

**Asesoramiento** especializado.

**Servicio técnico** in situ y asistencia técnica remota.

 **GAES audiotest**



### La última tecnología en ayudas auditivas

**GAES** es la empresa líder en soluciones auditivas en nuestro país y **distribuidores en exclusiva de Siemens y Starkey.** En **GAES** sus pacientes encontrarán:

- los audífonos más avanzados del mercado
- servicio de audiología infantil
- seguimiento personalizado
- financiación a medida
- más de 500 centros auditivos a su servicio



 **GAES**

**Infórmese de todos los servicios y equipos que le ofrecemos.**

VIVIENDO EL SONIDO

**ANDOAIN** Zumea, 22 T. 943 300 447 | **ARRASATE** Licenciado Otalora, 18, bajo T. 943 712 793 | **AZPEITIA** Paseo de los Fueros, 8 T. 943 150 395 | **BEASAIN** Avda. Navarra, 13 T. 943 805 589 | **BERGARA** Zurradero, 10 bajo T. 943 769 455 | **EIBAR** Bidebarrieta, 2 T. 943 206 114 | **IRÚN** Arizmendi, 9 (Centro Comercial Mendibil) T. 943 639 910 | **ORDIZIA** JM Barandiarana enparantza, s/n T. 943 889 988 | **RENTERÍA** Plaza Esmaltería, 7 T. 943 514 811 | **SAN SEBASTIAN** Nueva, 15 (en Gros, frente cines Trueba) T. 943 327 637 • San Martín, 21 (esq. C/ Urbietta) T. 943 429 958 | **TOLOSA** San Francisco, 23 T. 943 698 471 | **URRETUXU** Areizaga, 4 T. 943 729 883 | **ZARAUZ** Nagusia, 5 T. 943 890 602

[www.orl.gaes.es](http://www.orl.gaes.es)

Mila Arrieta:

# “Es necesario que se legislen los derechos de la persona ante el proceso final de la vida”

**H**ilzorian dagoen pertsonaren eskubideak arautu berri dira Espainian. Aurrerantzean, beraz, bizitzaren amaieran pertsonaren eskubideak eta osasun-langileen betebeharrak arautuak egongo dira. Hau behar-beharrezkoa dela uste du Mila Arrieta medikuak, izan ere terminologiaren inguruan, besteak beste, nahasmena dago. Nahiz gure inguruan orain urte batzuk arte bizitzaren amaierako zainketak ezezagunak izan, 1967an zainketa hauen aitzindaria izan zen Cicely Saunders andereak ospitale berezia irekin zuen Londonen hilzorian zeudenak tratatzeko.

12

La enfermera, trabajadora social y doctora que, en 1967, abrió en Londres St Christopher's Hospice, Cicely Saunders (1918-2005) ha sido la pionera mundial en el desarrollo de los cuidados paliativos. Saunders –que a través de St Christopher's Hospice trataba de ofrecer a los moribundos un mejor cuidado médico, afecto y comprensión– desarrolló el concepto de "dolor total" que incluye elementos físicos, emocionales, sociales y espirituales.

Pasados más de cuarenta años, España ha regulado por primera vez los derechos de la persona ante el proceso final de la vida. Esta ley tratará de regular los derechos de la persona durante el proceso de su fallecimiento y los deberes del personal sanitario.

**Cuando hablamos de cuidados paliativos, ¿nos referimos a cómo cuidar a quien no tiene cura?**

Así es. De algún modo son los cuidados que se ofrecen cuando ya no hay un tratamiento específico para la enfermedad. No se trata de un abandono terapéutico, sino de dar cuidados que palien los síntomas y mejoren la calidad de vida tanto de las per-

sonas enfermas como de sus familiares o allegados.

**¿Los cuidados paliativos están asociados con el final de la vida?**

Con frecuencia se asocian, pero no tienen porque darse exclusivamente al final del proceso de la enfermedad, sino que pueden ofrecerse desde etapas anteriores, compaginándolos con otras terapias curativas. A medida que avanza la enfermedad las terapias curativas disminuirán para aumentar los cuidados paliativos.

**¿Qué tipos de cuidados entran en los cuidados paliativos?**

El control de los síntomas es uno de los objetivos prioritarios; síntomas tanto físicos como psíquicos, así como el apoyo a la familia. La valoración de las necesidades sociales y las espirituales de la persona son otros aspectos a tener en cuenta para poder orientar hacia los recursos que puedan dar respuesta a esas necesidades.

**A este respecto, me ha llamado la atención que la Guía Práctica Clínica de Cuidados Paliativos que ha coordinado, junto con Rafael Rotaeche y Arritxu Etxeberria, recoja una oferta**

**en el ámbito espiritual, pues históricamente la medicina se ha asociado más al cuerpo que al alma.**

Es verdad que ha existido esa diferenciación entre lo físico y lo psíquico. Entre el cuerpo y la mente. Y la introducción de lo psíquico en el campo de la medicina es relativamente reciente. Además, hay aspectos que repercuten sobre síntomas y que anteriormente no se han tenido en cuenta, como pueden ser aspectos sociales y las necesidades espirituales. Tanto el comienzo como el final de la vida son situaciones especiales, donde pueden surgir estas necesidades. Eso no significa que el médico tenga que ser asistente social o tenga que resolver el aspecto espiritual, pero sí puede recoger esas necesidades y derivar al enfermo al lugar adecuado.

**¿Qué profesionales se ven implicados en los cuidados paliativos?**

Todas las personas que trabajamos en el ámbito sanitario –seamos auxiliares, enfermeras, médicos, de atención primaria o de las distintas especialidades...– debiéramos tener unos conocimientos básicos en cuidados paliativos. Las habilidades en



comunicación, el control del dolor, etc. no son específicos de los cuidados paliativos, pero sí son necesarios para poder trabajar con la persona que afronta una enfermedad avanzada, sea oncológica o no. Los niveles de conocimientos y habilidades de los profesionales serán diferentes, así como los recursos para responder a las necesidades de cada persona.

### ¿Están actualmente los profesionales preparados?

Cuando los de mi generación finalizamos en la facultad, desgraciadamente, no recibimos ninguna preparación de este tipo. En la formación de pregrado actual algo ha cambiado. Hay un avance con respecto a nuestra generación, aunque queda un largo camino por recorrer. Hace 30 años, por ejemplo, no se hablaba de la muerte, era el gran tabú. Prácticamente no se hablaba del dolor ni de su tratamiento. La morfina apenas se mencionaba. Parecía que todo se curaba...

### ¿La muerte sigue siendo un tema tabú?

Los sanitarios formamos parte de una sociedad y así como para nuestra sociedad la muerte es un tema tabú también lo

es para nosotros, aunque por nuestra profesión nos aproximemos a ella con relativa frecuencia. Tras la muerte se puede hablar del duelo, de los que quedan..., pero lo que aún, a veces, sigue siendo un tema tabú son los cuidados paliativos para la persona que enferma, familia o allegados y requiere estos cuidados con las consecuencias que ello conlleva.

**Es algo que se está regulando. El anteproyecto de ley que regula los derechos de la persona ante el proceso final de la vida aprobado en mayo pasado pretende que el final de la vida se pueda afrontar con dignidad y con el menor sufrimiento posible. ¿No se puede hacer sin tener que legislarlo?**

Parece ser que no. Es más, creo que, al menos para nosotros, es necesario que se legisle, porque hay mucha confusión, entre otras cosas, respecto a los términos. Cuando se habla de cuidados paliativos parece que se habla de eutanasia; al hablar de morfina parece que entras directamente en una depresión respiratoria e induces a la muerte. Y eso ocurre cuando uno no conoce qué son los cuidados paliativos; la utilización de la morfina, etc.

En el anteproyecto de ley hay una disposición adicional cuya finalidad es eliminar los trámites burocráticos existentes en la actualidad para la prescripción y dispensación de estupefacientes.

**De hecho, la Conferencia Episcopal ya ha advertido de que el proyecto de ley podría "encubrir prácticas eutanasicas" como, por ejemplo, la posible sedación inadecuada o el abandono terapéutico. Dicen los obispos que "se deja la puerta abierta a ciertas omisiones voluntarias que pueden causar la muerte o que buscan de modo directo su aceleración". ¿Usted cómo lo ve?**

Hay una serie de requisitos para indicar una sedación paliativa. El cumplimiento de los mismos hará que la sedación sea una indicación terapéutica. El abandono terapéutico no tiene por qué darse. Al contrario, es la atención sanitaria lo que se ofrece hasta el final de la vida.

### ¿Hay quien critica que la normativa no recoja la objeción de conciencia?

Pero es que la sedación es una indicación terapéutica, es un criterio de buena práctica clínica en determinadas situaciones.



## Al hilo de opiniones como la de la Conferencia Episcopal, ¿podría decirse que todavía cuesta limitar el esfuerzo terapéutico?

Anteriormente el esfuerzo terapéutico era tal que en ocasiones se prolongaba la vida costara lo que costase, el objetivo era prolongar. Hoy en día, los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de personas enfermas y familias ofreciendo cuidados que prevengan y traten las necesidades que van surgiendo. De alguna forma, aunque no se puede curar sí se pueden aliviar algunos síntomas y eso también es tarea sanitaria.

**Hace ya tiempo leí un artículo –no recuerdo su autor– que hablaba de ensanchar la vida en vez de alargarla, que no vale el coste lo que cueste. Entiendo que la labor de los cuidados paliativos es precisamente ésa.**

Efectivamente. Hoy día, se puede prolongar la vida hasta situaciones límite en las que es difícil determinar si eso es vida.

**A pesar de que los médicos estén ahora más preparados que antes para acompañar en el final de la vida, imagino que queda mucho por hacer. ¿Qué pueden hacer los Colegios de Médicos?**

La formación es una tarea esencial.

**La creación del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas se aprobó ya en 2002, ¿cuál es su función?**

La función básica del registro es inscribir los documentos de voluntades anticipadas y, si la situación lo requiere, hacerlo llegar al médico o equipo sanitario que atiende a la persona que ha realizado dicho documento. En el documento de voluntades anticipadas se expone la voluntad sobre los tratamientos médicos y los cuidados que se desea recibir o rechazar en caso de que la persona pierda la capacidad de participar en la toma de decisiones. El médico responsable, el equipo sanitario y el sistema de atención sanitaria están obligados a tenerlo en cuenta y, en el caso de que sea preciso, adoptar decisiones clínicas relevantes, aplicándolo de acuerdo a lo establecido en la ley.

**Respecto a los cuidados paliativos, ¿qué necesidades tienen los médicos de atención primaria?**



Formación, recursos y coordinación con los servicios de urgencias y con los profesionales que llevan los cuidados paliativos del hospital. Los enfermos y sus familiares/allegados tienen diferentes necesidades que requieren de respuestas coordinadas.

**Usted es vocal en el Consejo Asesor sobre el cáncer en Euskadi en representación de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria (Osatzen), ¿qué función tiene dicho Consejo?**

Trata de conocer la situación del cáncer en Euskadi, los registros existentes, los recursos, así como mejorar su utilización. Y lo hace de un modo integral: desde la prevención del cáncer hasta el diagnóstico, tratamiento y los cuidados paliativos que se requieren a lo largo de la enfermedad. Una de sus mayores riquezas es que no sólo participan oncólogos, sino que el Consejo está formado por profesionales de ámbitos diferentes que aportan visiones complementarias.

**¿No es curioso que los médicos de atención primaria participen en el Consejo?**

Resulta que tanto la prevención del cáncer como la valoración de los primeros síntomas del cáncer o la inter-consulta al especialista dependen del médico de atención primaria.

Por eso, valoro muy positivamente que se haya introducido en esta comisión asesora a médicos de atención primaria. También es importante que los médicos de familia tengamos una formación básica en oncología. Además, no hay que olvidar que, a veces, el paciente oncológico fallece en casa, donde le trata el médico de atención primaria.

**¿Qué resultados ha obtenido este Consejo?**

De la comisión asesora anterior salió, por ejemplo, la prevención del cáncer colorectal. A través de una serie de pruebas diagnósticas, se han visto resultados favorables en la detección precoz de este cáncer.

Hasta ahora se ha venido realizando en poblaciones piloto. Con el tiempo, se tiende a instaurar en toda la CAPV como se hizo, en su día, con el programa de detección precoz del cáncer de mama.

REALIZADA POR OSTEBA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS EN LA FASE FINAL DE LA VIDA Y DE SUS FAMILIAS

# La guía práctica de cuidados paliativos la más visitada en el portal GuíaSalud

**h**ttp://portal.guiasalud.es/ webgunean dagoeneko praktika klinikoko 71 gida daude kontsultagai. Izan ere, bronkitis akutua, tratatu txarrak jasaten dituzten emakumeen buruko osasuna, tuberkulosis edota, besteak beste, haurren gastroenteritis akutua jorratzen dituzten gidak sartu berri dira GuíaSalud web gunean. [www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es) webguneak eskaintzen dituenen artean bizitzaren amaieran zaintzeari buruz OSTEBAk egindako praktika klinikoko gida izan da gehien bisitatu dena.

La Biblioteca de Guías de Práctica Clínica ha incorporado últimamente otras nueve nuevas guías de práctica clínica, con lo que el portal GuíaSalud [<http://portal.guiasalud.es/>] cuenta ya con 71 guías de práctica clínica.

Las nuevas incorporaciones tratan, entre otras cuestiones, sobre la bronquitis aguda; el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes; la atención al parto normal; la tuberculos; el uso de opioides en los pacientes en situación terminal; la salud mental de las mujeres maltratadas; o la gastroenteritis aguda en el niño.

Las guías de práctica clínica –que abordan una amplia gama de intervenciones sanitarias– son un conjunto de recomendaciones para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Contribuyen, por tanto, a mejorar la calidad de la atención sanitaria prestada a los pacientes.

El portal GuíaSalud ha sido desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad con el objetivo de mejorar la calidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y es un instrumento dirigido tanto a la comunidad científica como a los usuarios interesados en aplicar los principios de la medicina basada en la evidencia que, además de mejorar la calidad de los cuidados de salud, permite reducir los errores clínicos y la variabilidad en la práctica clínica. El portal, asimismo, ofrece otro tipo de recursos como información sobre

actividades formativas o actualidad, así como herramientas y, entre otros, recursos para desarrollar la medicina basada en la evidencia.

Se puede acceder al contenido de las guías de práctica clínica, clasificadas tanto por enfermedades como por especialidades médicas, de modo libre y gratuito.

Una de las guías más demandadas es la guía práctica de cuidados paliativos que ha sido desarrollada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías del País Vasco (Osteba) y coordinada por Milagros Arrieta, Presidenta de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Gipuzkoa, Rafael Rotaache y Arritu Etxeberria.

De hecho, el pasado mes de mayo fue la más visitada en el portal GuíaSalud.

## CÓMO ATENDER EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

Esta guía trata de ser un instrumento para mejorar la atención sanitaria de las personas en la fase final de la vida y de sus familias.

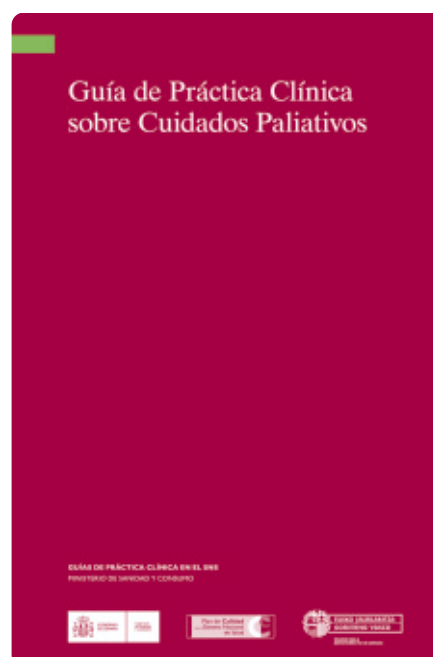
La guía se ha editado tanto en formato HTML como PDF. Esta versión puede descargarse desde [http://www9.euskadi.net/sanidad/oste-ba/datos/e\\_06\\_08\\_Cuidados\\_Paliat.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/oste-ba/datos/e_06_08_Cuidados_Paliat.pdf).

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como "el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales".

Los cuidados paliativos tienen, por tanto, el objetivo de promocionar el bienestar y la mejora de la calidad de vida.

Para ello es necesario informar y comunicar adecuadamente al paciente y a su familia, además de atender el dolor y las necesidades emocionales, sociales y espirituales de los enfermos.

En esta guía se informa de cómo comunicar malas noticias; cómo tratar el dolor o determinados síntomas (respiratorios, psíquicos y psiquiátricos, digestivos, etc.); así como cómo debe ser la atención en los últimos días; la sedación paliativa o el proceso de duelo.





PRESENTADA LA BIOGRAFÍA EN CASTELLANO DE LA FUNDADORA DEL MOVIMIENTO HOSPICE

# Cicely Saunders: "Importas hasta el último momento de tu vida"

**H**ospice izeneko mugimenduaren sortzailea izandako Cicely Saundersen biografia gaztelerara itzulita aurkeztu berri da Madrilén. 2005ean, 87 urte zituela, hil zen Cicely Saunders Londonen, 1967an sortu zuen St. Christopher Hospice egoitza berean. Bizitzaren amaierako zainketen aitzindaria izandako emakume honek, bere lanaren bidez, min handiegirik gabe eta bakean hiltzerik bazegoela erakutsi zion mundu osoari.

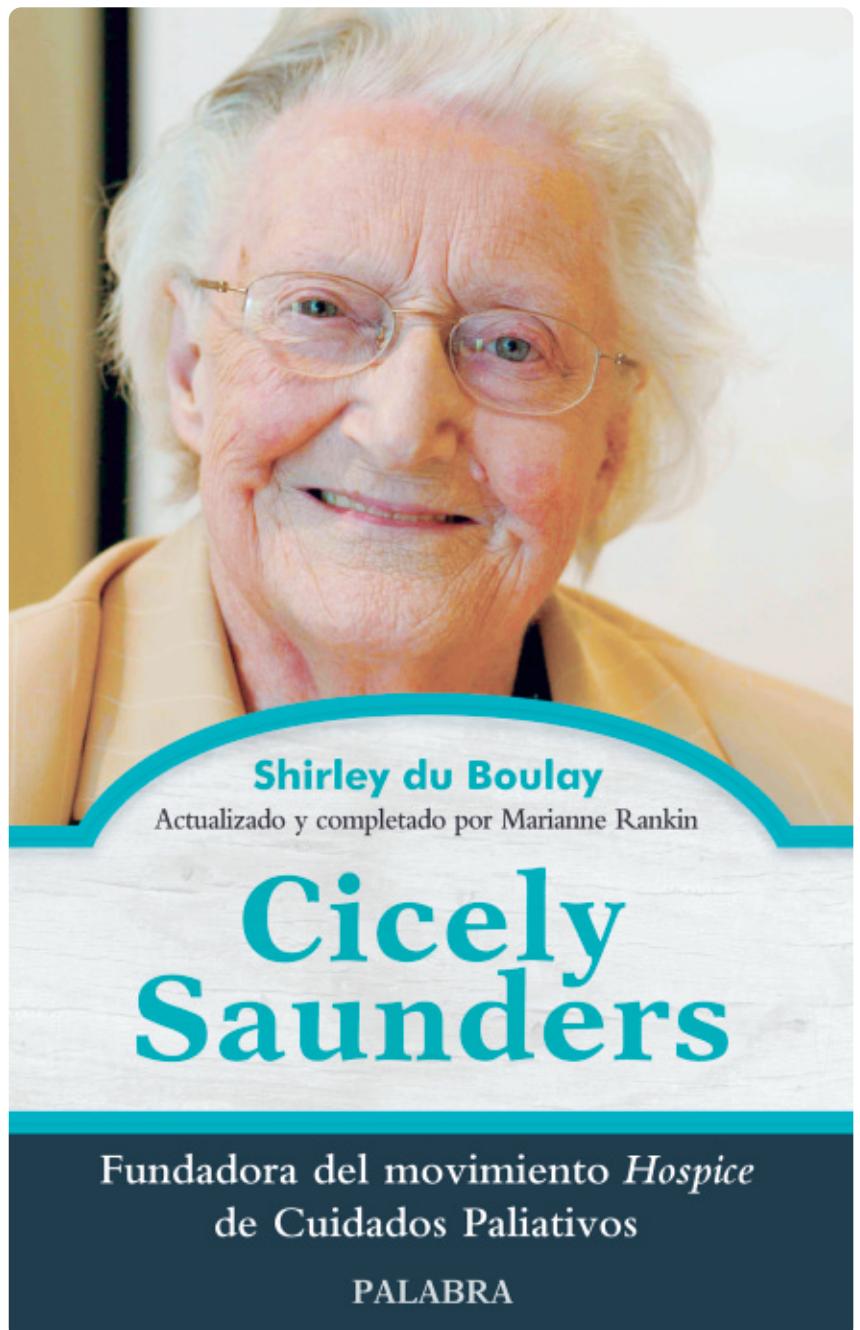
Escrito por Shirley du Boulay, se acaba de presentar la versión en español de la biografía de Cicely Saunders actualizada y completada por Marianne Rankin (Cicely Saunders. Ediciones Palabra).

Según la coordinadora de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, M<sup>a</sup> Teresa García-Baquero, que ha prologado el libro, la determinación de Saunders "ha sentado las bases de una revolución pacífica que ha cambiado el rostro de la muerte para miles de personas, gracias al nacimiento de los cuidados paliativos modernos y a un concepto novedoso de centro asistencial, conocido en todo el mundo como Movimiento Hospice".

Saunders, fundadora del movimiento Hospice, murió en 2005, a los 87 años, en el St. Christopher Hospice de Londres, la institución que ella creó. En su funeral el doctor Robert Twycross recordó sus palabras: "Importas porque eres tú, e importas hasta el último momento de tu vida".

Cicely Saunders, que en 1967 dio comienzo al moderno movimiento Hospice, demostró a través de su trabajo que era posible morir en paz y sin grandes dolores. En la actualidad hay cientos de "hospices" para moribundos en Gran Bretaña y en más de 95 países. En 1980 recibió el título de Dama del Imperio Británico y desde entonces fue conocida como Dame Cicely. Los cuidados paliativos, debido en parte a su influencia, han llegado a ser reconocidos como una especialidad médica.

Nacida en 1918, Cicely M. Saunders quiso estudiar enfermería. Pero, la idea no era del agrado de sus padres, por lo que comenzó a estudiar política, filosofía y economía en Oxford. Tras la separación de sus padres y el comienzo de la Segunda Guerra Mundial, comenzó a formarse como enfermera para hacer "algo más



■ Portada del libro, escrito por Shirley du Boulay, en su versión en español



■ Entrada principal del St. Christopher Hospice ubicado en Sydenham, sur de Londres

útil". Compaginó sus estudios con el trabajo de enfermera en Londres. Sus problemas de espalda le obligaron a dejar este trabajo, por lo que, aunque se graduó como enfermera en 1944, volvió a Oxford para estudiar teoría política y administración pública y social.

En 1947 conoció a David Tasma, un judío polaco con un cáncer inoperable y sin nadie a su lado a quien atendía como trabajadora social. Ambos comenzaron a pensar en un sitio distinto en el que padecer una enfermedad incurable, con personal preparado para tratar el dolor que también atendiera otras necesidades. Tasma al morir, en 1948, le donó 500 libras que le sirvieron para abrir el St. Christopher Hospice, en 1967.

En 2002, para promover la investigación en cuidados paliativos constituyó la Cicely Saunders Foundation. Saunders compaginó su tarea como trabajadora social y como voluntaria en una casa para moribundos en Londres (St. Luke's Home for the Dying Poor) donde también trabajó como enfermera por las noches. Allí el Dr. Barret le animó a estudiar medicina.

**“Desarrolló la teoría del "dolor total" que incluye elementos sociales, emocionales y espirituales. Sabía que cuidar a los moribundos no consistía sólo en tratar el dolor”**

Empezó a estudiar medicina en St. Thomas's Hospital Medical School con 33 años. Mientras estudiaba seguía como voluntaria en St. Luke's Home.

Se graduó como médico en 1957 y obtuvo una beca para investigar el tratamiento del dolor en enfermos incurables. Entre 1958 y 1965, investigó sobre el cuidado de los enfermos terminales en el St. Joseph's Hospice de Londres, un hospicio de las Hermanas Irlandesas de la Caridad.

Cicely Saunders desarrolló la teoría del "dolor total", que incluye elementos sociales, emocionales y espirituales. Sabía que cuidar a los moribundos no consistía sólo en tratar el dolor. Ella defendía que "la experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un

sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar". Dos años después de abrir sus puertas el centro que creó puso en marcha un servicio de cuidados domiciliarios. En la actualidad, la mayoría de los pacientes son atendidos en consultas externas.

Tal y como recoge Carlos Centeno en "Historia y desarrollo de los cuidados paliativos", en 1987 la Medicina Paliativa se estableció como especialidad en Reino Unido.

En España la primera Unidad de Cuidados Paliativos, promovida por Jaime Sanz Ortiz, se puso en marcha en el Hospital Marqués de Valdecilla, en 1982. A finales de 1987 se constituyó la Unidad del Hospital Santa Creu de Vic, Barcelona. Desde entonces, el número de programas desarrollados ha crecido constantemente.



# Comunicar = 80% escuchar + 20% hablar

**O**sasunaren inguruko komunikazioa zaila da, pertsonaren biziaz ari baikara. Komunikatzeko orduan, entzutea da garrantzitsuena Enrique Sueiro adituaren esanetan. Izan ere, entzuteak gaixoengan konfiantza sortzen du. Horregatik gaixoari hitz egiten utzi egin behar zaio. Gaixoa-ri entzunez honek zer sentitzen duen jakingo baitugu.

Comunicar salud, dado que se trata de la vida de las personas, es una cuestión muy delicada. ¿Cómo comunicar una enfermedad? Según Enrique Sueiro, doctor en Comunicación, consultor y director de Comunicación Científica de la Universidad de Navarra, para responder a esta pregunta no se puede generalizar, aunque es más fácil acertar si se conoce cómo funcionan las emociones de las personas. Y, por lo general, "a la gente le pasa lo que me pasa a mí" indica Sueiro que -con la conferencia "Saber comunicar salud"- clausuró el VI Congreso Nacional de Responsables de Comunicación de Colegios de Médicos de España celebrado en Pamplona los días 2 y 3 de junio organizado por el Colegio de Médicos de Navarra.

La primera de las premisas de las que parte Sueiro es que para comunicar, la escucha es primordial. "La comunicación empieza por la escucha -dice-, por lo que seremos mucho más efectivos en lo que digamos si gestionamos bien las percepciones de la audiencia. Y es que la escucha genera confianza".

Al mismo tiempo reivindica que las cosas se cuenten de manera que se entiendan. Y a este respecto, menciona el concepto de "verdad soportable" al que se hace referencia en el libro *El buen adiós* (de Jesús Poveda y Silvia Laforet y publicado por la editorial Espasa-Calpe).

¿Qué decirle a un enfermo en fase terminal? Éste es un tema tan delicado, que "si se ha escuchado al paciente, si se sabe mirarle a los ojos, uno sabe qué siente. Por eso, al paciente hay que dejarle que hable. Escucharle. Entonces sabrás qué piensa y qué siente. Y cuando le tengas que dar una mala noticia, si has seguido esta pauta, probablemente acertarás en lo que le digas", indica Sueiro.

Uno de los principales consejos ofrecidos por este experto en comunicación es aplicar la regla del 80/20. El 80% corresponde a escuchar, y el 20% restante a hablar. "Hay que dedicar mucho más tiempo a lo primero que a lo segundo", dice. "Aunque los médicos, por lo general, creen que dedican el tiempo necesario a escuchar a sus pacientes".

Sueiro recordó el estudio sobre el tiempo que los médicos dedican a escuchar a sus pacientes realizado por James L. Hallenbeck quien, tras analizar 74 cintas de conversaciones de médicos con sus pacientes, detectó que sólo al 23% de los pacientes se le permitió describir completamente sus preocupaciones que, antes de la primera interrupción, pudieron hablar durante 18 segundos.

Otro trabajo similar al de Hallenbeck mostró que las conversaciones médico-paciente tenían una duración media de 16 minutos y medio. De los cuales, los enfermos utilizaron 8 segundos para hacer preguntas. Los médicos, por su parte, creían haber empleado 9 minutos ofreciendo información, cuando en realidad utilizaron 40 segundos.

Sentirse escuchado es, según recuerda el profesor Sueiro, terapéutico en sí mismo, ya que ofrece una serenidad y un sosiego que no proporciona ningún analgésico.

En el ámbito de la comunicación de salud también es importante reconocer que uno no lo sabe todo. Hay que reconocer que sabemos muchas cosas, hemos avanzado mucho, pero se ignoran otras muchas.

Sueiro reconoce que muchas veces cuesta decir: "No sé", porque se percibe como un signo de debilidad. "Aunque si sólo comunicamos los éxitos -dice-, de alguna manera, no estamos ofreciendo a la gente de la calle una visión real de lo que es la medicina y la investigación médica".

Este experto dice que muchos avances se han logrado gracias a que ha habido fracasos, por lo que cree que sería muy interesante reconsiderar los conceptos de éxito y fracaso. "La gente necesita saber que un médico, un investigador, pasa muchos años trabajando antes de descubrir algo. Tenemos un concepto de lo que es éxito que a veces chirría", explica.

Aunque las cuestiones importantes de la vida no se resumen en una frase, la comunicación pública simplifica los mensajes a un mero titular. Sueiro indica que, además del titular, son necesarios las explicaciones y los matices, que es donde se esconde la clave de lo que queremos comunicar.



■ Enrique Sueiro durante la conferencia impartida en Pamplona el pasado mes de junio



ORGANIZADO POR HAND SOLUTIONS Y EL GRUPO QUIRÓN

## El 6 de octubre se celebra el VIII Curso de Actualización de cirugía de la mano

**H**and Solutions eta Quirón taldeak antolatuta, datorren urriaren 6an Elkargoko aretoan eskuko kirugiari buruzko VIII. ikastaroa egingo da. Izena emateko [www.handsolutions.net](http://www.handsolutions.net) webgunean.

El próximo 6 de octubre, jueves, en el salón de actos del Colegio de Médicos de Gipuzkoa, se va a celebrar la octava edición del curso de actualización de cirugía de la mano dirigido por los doctores Javier Goyeneche e Ignacio Torre, médicos de la clínica Quirón Donostia y del Hospital Donostia.

Los temas que en esta edición se van a tratar son: procedimientos exploratorios en la patología de la mano; la mano en el deporte; las infiltraciones articulares y periarticulares en la mano; lesiones ligamentosas agudas del carpo; fracturas de falanges en la mano y artroplastias en la mano. Junto a los doctores Eduardo Escobar, Javier Goyeneche e Ignacio Torre, van a participar como

ponentes los doctores Francisco Albadalejo, del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia; Roberto Sánchez Rosales de la Unidad de Cirugía de la mano y microcirugía GECOT de Tenerife y Bernat Galarraga de la clínica Quirón de Donostia.

Este curso está auspiciado tanto por la Sociedad Española de Cirugía de la Mano como por la Sociedad Española de Microcirugía y está acreditado por la comisión de formación continuada.

Las inscripciones deben realizarse a través de la página web: [www.handsolutions.net](http://www.handsolutions.net). Para más información llamar (martes y jueves) a Arantxa Pikasari, teléfono 943 291 478.

19

EL SINDICATO MÉDICO DE EUSKADI IMPUGNA LA OPOSICIÓN ANTE LOS TRIBUNALES

## Osakidetza convoca un total de 110 plazas de médicos especialistas en radiodiagnóstico, obstetricia y ginecología y pediatría

**L**ehen Mailako Atentzioko Pediatria Unitatean 61 plaza, beste 26 Erradiodiagnostikoko medikuentzat, 22 obstetrizia eta ginekologia espezialitatea dutenentzat eta, azkenik, Donostia Ospitaleko Lagundutako Ugalketa unitaterako beste Ginekologiako mediku batentzat. Horiek dira Osakidetza deitutako oposizioetan espezialitatea duten medikuentzako ateratako plazak guztiak.

El Sindicato Médico de Euskadi ha impugnado la oposición ante los tribunales. Según dicho sindicato, esta convocatoria "presenta algunos aspectos de legalidad más que dudosa; que incluso podrían llegar a vulnerar diversos derechos constitucionales". Algunos de los motivos por los que este sindicato se opone a la convocatoria son el insuficiente número de plazas ofertadas y la indefinición de las mismas.

Osakidetza ha convocado 26 plazas de médico especialista de Radiodiagnóstico, 22 de Obstetricia y Ginecología, 1 especialista en reproducción asistida y 61 pediatras. (Boletín Oficial del País Vasco del 28 de julio). No obstante, el número y las características

de los destinos convocados podrían variar como consecuencia del concurso de traslados que se va a convocar a lo largo de 2011. Para el Sindicato Médico de Euskadi tampoco es de recibo que los tribunales de la oposición, por primera vez, no vayan a contar con ningún vocal propuesto por la representación de los trabajadores, los colegios profesionales o las sociedades científicas de cada especialidad médica.

Tampoco es del agrado de este sindicato la modalidad de examen elegida, pues consideran que "los médicos que llevan años de trabajo en interinidad han demostrado su aptitud una convocatoria tras otra".

EL 10 DE OCTUBRE FINALIZA EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN

# Curso sobre cáncer de mama para médicos de atención primaria el 20 de octubre en Donostia

**L**ehen arretako medikuentzako bularreko minbiziari buruzko ikastaroa egingo da Donostian datorren urriaren 20an. Senologia eta bularreko patologiarik buruzko XXX. kongresuaren baitan antolatu da ikastaroa. Izena emateko epea urriaren 10ean amaituko da. Informazio gehiago [www.congresosesp2011.com](http://www.congresosesp2011.com) webgunean.

Coincidiendo con el XXX Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, que va a tener lugar en Donostia, el próximo 20 de octubre se va a celebrar un curso para médicos de atención primaria y residentes en el que, entre otras cuestiones, se van a abordar la actitud ante la patología mamaria, la radiología mamaria, el tratamiento quirúrgico, el estudio de anatomía patológica, las novedades en oncología médica, la reconstrucción mamaria o el tratamiento de radioterapia.

Las ponencias –que serán moderadas por el doctor José de León y la doctora Carmen Ara– correrán a cargo de los doctores Juan Carlos Irizabal; Gonzalo Ríos; Roberto Martínez; Ricardo Rezola; Arrate Plazaola; Karmele Mujika; Belén de Paula; José Manuel Santos y Gerardo Cajaville.

El plazo de inscripción, tanto para este curso como para el congreso, finaliza el lunes 10 de octubre. Las inscripciones se deben realizar a través de la página web del Congreso: [www.congresosesp2011.com](http://www.congresosesp2011.com).

El XXX Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria va a tener lugar los días, 20, 21 y 22 de octubre, en el parque Tecnológico de Miramón, y ha sido reconocido de interés científico-sanitario por el departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Está prevista la participación de alrededor de 500 profesionales sanitarios, entre médicos, asistentes técnicos sanitarios y otros profesionales técnicos.

El día 19 de octubre, por su parte, con motivo del Día Internacional del Cáncer de Mama, en el auditorio de Onkologikoa se va a celebrar un acto institucional, así como diversas mesas redondas.

En esta edición –cuya organización ha correspondido a la Unidad de mama de Onkologikoa– se va a recalcar la importancia de las unidades de mama de cara a responder ante las patologías mamarias. Y es que las unidades de mama, según el presidente del comité organizador del congreso José Antonio Alberro, permiten el trabajo en equipo y que cada profesional aporte su conocimiento específico. Asimismo, el viernes 21 de octubre se va a celebrar la asamblea general de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria en la que se elegirá a su junta directiva. La Sección de Enfermería y Técnicos en Senología (SETS), formada por profesionales especialistas sanitarios no facultativos dedi-



■ Cartel anunciador del XXX Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria que se va a celebrar en Donostia el próximo mes de octubre

cados a la senología, también celebrará su asamblea anual coincidiendo con el congreso. La clausura tendrá lugar el sábado 22 de octubre y correrá a cargo del doctor Miguel Prats Esteve, director de la Unidad de Patología Mamaria/Senología de la Clínica Planas de Barcelona y director del Master en Patología Mamaria-Senología de la Universidad de Barcelona.



# Deportividad & elegancia



# Kizashi

Tecnología y fiabilidad 100% japonesas

Consumo Combinado: desde 7,9 hasta 8,3 l. / 100 Km.

Emisiones CO<sub>2</sub>: desde 183 hasta 191 g. / Km.

Desde **28.495 €\***

Suzuki recomienda



\*Kizashi Sport. PVP válido en Península y Baleares. Incluye I.V.A. e I.E.M. No incluye transporte, pre-entrega, pintura metalizada, pack básico ni gastos de matriculación. El precio del vehículo expuesto es de 31.495 €. Este precio no incluye accesorios.



## GELSUKAR

Avda. Navarra, 24 - Tel. 943 326 030 - DONOSTIA

Donosti Ibilbidea, 84 - 88 - Tel. 943 326 662 - ASTIGARRAGA



ESCRITO POR MÉDICOS DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DONOSTIA Y EDITADO POR EL DOCTOR MARTÍ MASSÓ

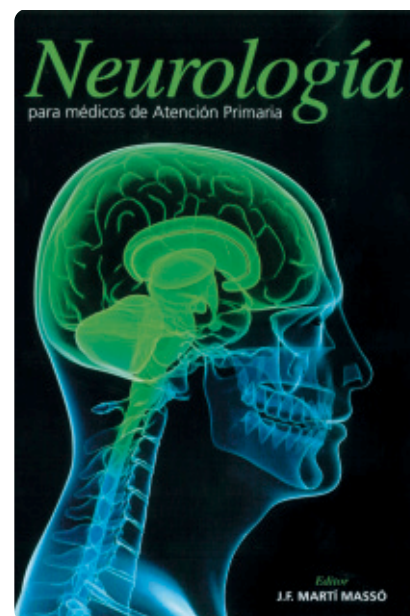
# Neurología para médicos de atención primaria

**E**se es el título del libro publicado por médicos del Servicio de Neurología del Hospital Donostia y cuyo editor es José Félix Martí Massó, Jefe de dicho Servicio y Profesor titular de la UPV-EHU.

Tal y como indica el doctor Martí Massó en el prólogo, el objetivo del libro es explicar, de modo breve, los conocimientos de neurología que un médico de atención primaria debe tener.

La publicación, asimismo, pretender ser de ayuda a los médicos de urgencias, así como a los estudiantes de medicina. El libro consta de quince capítulos en los que se repasan patologías como las cefaleas o dolores de cabeza, los mareos, la epilepsia,

los ictus, los trastornos de memoria y demencias, los trastornos del sueño y la esclerosis múltiple; además de recoger los conceptos básicos de neurogenética. Todo ello plasmado de modo claro y sencillo. Cada capítulo da cuenta de lo que un médico de atención primaria tiene que saber sobre cada enfermedad, así como los errores frecuentes relativos a la misma. Además se describe qué se debe aprender en cada apartado, cuándo enviar al paciente al neurólogo y cuándo al servicio de urgencias.



EL DOCTOR CLAUDIO ALBISU RECOGE PARTE DE SU EXPERIENCIA PROFESIONAL EN ESTE LIBRO

# Morfología del cordal inferior. Las líneas negras



**E**l doctor Claudio Albisu que lleva más de cuarenta años trabajando como dentista, la mayor parte dedicados a la cirugía bucal, ha publicado el libro Morfología del cordal inferior. Las líneas negras, a través del que trata de transmitir su experiencia profesional.

El libro cuenta con catorce capítulos en los que, entre otras cuestiones, se analizan las alteraciones morfológicas producidas por el choque; la técnica quirúrgica básica, la exodoncia de cordales inferiores con láser; el justo ápice; las reubicaciones, trasplantes y reimplantes, o los cordales superiores.

Según el presidente de la Sociedad Española de Láser Odontoestomatológico, el doctor Josep Arnabat, que ha prologado el libro, el cordal incluido es una de las patolo-

gías más frecuentes que el cirujano bucal se encuentra en su práctica diaria, por lo que destaca la importancia del trabajo del doctor Albisu para mejorar el diagnóstico del cordal incluido como el planteamiento de su extracción quirúrgica.

El libro viene acompañado por un DVD en el que se muestran vídeos en 3 D sobre distintas cirugías: choque apical, choque tangencial o pluri-radicular. Para más información: [claudioalbisu@infonegocio.com](mailto:claudioalbisu@infonegocio.com).

**HAY ALGO MÁS EN LA VIDA QUE VOLVO. SABER QUE ROMPER LAS REGLAS NO ES SOLO COSA DE NIÑOS. Y QUE SI TE DA POR HACER LOCURAS, TIENES ESPACIO PARA COMPARTIRLAS CON MUCHA GENTE. POR ESO YA ESTÁ AQUÍ EL NUEVO VOLVO V60.**



**NUEVO VOLVO V60 DESDE 30.700€.**

**VOLVOCARS.ES LÍNEA VOLVO 902 300 310**

Volvo V60 de 115 a 304 cv. Consumo ponderado (l/100 km) de 4,5 a 10,2. Emisiones CO<sub>2</sub> (g/km) de 119 a 237. PVP recomendado para Península y Baleares (IVA, impuesto de matriculación y transporte incluidos).

Volvo. for life



**Auto Suecia**

B° Jáuregui, 76

943 33 11 31. Hernani

[www.autosuecia.com](http://www.autosuecia.com)



**PUEDEN PRESENTARSE LOS COLEGIADOS MUTUALISTAS DE A.M.A.**

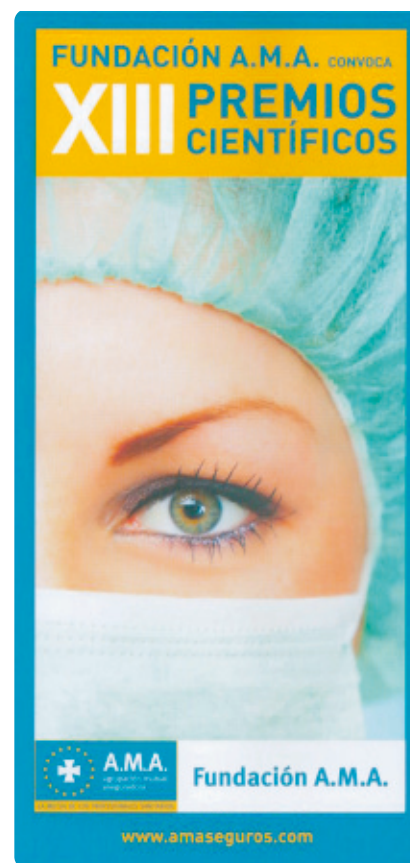
## Convocado el premio científico de la fundación A.M.A.

La situación, las potencialidades y el futuro del Sistema Nacional de Salud español, que este año celebra su vigésimo quinto aniversario, es el tema sobre el que deberán tratar los trabajos de investigación científica que se presenten a los XIII premios científicos convocados por la Fundación A.M.A. y dotados con 24.000 euros.

El plazo de presentación de trabajos expira el 15 de diciembre. Pueden presentarse los profesionales sanitarios que sean mutualistas de A.M.A. Los trabajos (escritos en lengua castellana) deberán ser originales e inéditos y deberán presentarse escritos a doble espacio y por quintuplicado. La extensión de los mismos es libre y el texto

incluirá bibliografías y todas las referencias que el autor estime oportunas. El jurado estará compuesto por Eudald Bonet, presidente de la Fundación, y distintas personalidades tanto de Colegios Profesionales como de las Reales Academias y Consejos de los Colegios Médicos de Medicina, Farmacia y Veterinaria.

El premio, que cuenta con un primer premio de 18.000 euros y un accésit de 6.000 euros, se fallará en el primer trimestre de 2012. Las bases y condiciones de participación pueden consultarse en la web corporativa (<http://www.amaseguros.com/fundacion-ama-convoca-xiii-premios-cientificos.html>).



**EL 30 DE NOVIEMBRE FINALIZA EL PLAZO DE ENTREGA DE LOS TRABAJOS**

## Convocada la XIV edición del Premio Nacional de Investigación en Medicina del Deporte



Todos los trabajos de investigación que se presenten a este concurso deben ser inéditos y versar sobre la Medicina del deporte, la salud y el ejercicio físico o la mejora del rendimiento de los deportistas. Los textos –que deberán presentarse escritos en castellano– tendrán una extensión máxima de 25 páginas a doble espacio y serán enviados por correo al Registro general de la Universidad de Oviedo.

El concurso cuenta con tres premios con una dotación global de 10.500 euros: 6.000 euros para el primero; 3.000 euros para el segundo y 1.500 euros para el tercero.

Los trabajos premiados podrán ser publicados con la condición de que se haga constar que han recibido este galardón.

Las personas interesadas se pueden dirigir a la Escuela de Medicina del Deporte de la Universidad de Oviedo que es quien convoca el premio o descargarse las bases del concurso en la siguiente dirección: <http://www.uniovi.net/congresos/medicinadeldeporte>. Primarán el esfuerzo científico; la calidad; la contribución a generar conocimiento en este campo y la creación de puentes entre la investigación básica y la aplicada en beneficio de los pacientes.



Farmamundik garapenerako  
lankidetzarako oinarrizko botiak kosta  
prezioan eskaintzen ditu

Garapenerako lankidetzan lanean ari diren sendagileek beren proiektuetarako beharrezkoak dituzten oinarrizko botikak, kosta prezioan, eskura ditzakete Farmamundiren bidez. Erakunde hone-tako logistika plataformak, esportaziorako beharrezkoak diren agi-rietaz arduratuz, botikak, osasun-tresnak eta ekipamendu medikoa munduko edozein bazterrerara bidaltzen du. Eskaintzen dituen produktuak Osasun Munduko eta Erakundeko botika zerrendaren arabera hautatzen ditu Farmacéuticos Mundik, beti ere merkatuko hornitzaile hoberen artean, produktuaren preziorik txikiena eta osasun-laguntza jasoko dutenen onurarik handiena

lortzen saiatzen baita. Hondamendiak gertatzen direnerako, berriz, larrialdietarako ekipamendua. Behin eskaria jaso ondoren –hone-  
tarako web orria (<http://www.farmamundi.org>), faxa edota posta  
arrunta erabili daiteke– Farmamundik aurrekontua aurkezten du. Eta aurrekontua onartzen denean eskatutako materiala prestatu  
eta beharrezkoak diren agiri eta baimenak bideratzen ditu. Farma-  
mundiko logistika arloa arduratuko da baita ere garraioaren segi-  
mendua egiteaz eta helbidera iritsi dela baieztatzeaz. Eskaria  
egiten denetik materiala bidaltzen den arte hilabete bat behar iza-  
ten da.

# Cabasés: “Entre el 20 y el 40% del gasto sanitario se pierde a causa de la ineficiencia”

**O**sasunean eginiko inbertsioa oso errentagarria delako Osasunaren Munduko Erakundeak osasun-gastua ez murriztea eskatzen du. Hala ere, Juan Manuel Cabasés ekonomiariaren esanetan, osasun zerbitzuek baliabideen eraginkortasuna hobetu behar dute. Horregatik, osasun sistemaren plangintza egiten dutenei ekonomia ebaluatzen ondo jakitea eskatzen die.

Los servicios sanitarios, en opinión del economista Juan Manuel Cabasés, deben mejorar la eficiencia de los recursos con que cuentan, por lo que los planificadores sanitarios deberían tener una buena cultura de evaluación económica. Para él, uno de los problemas ante el que se enfrenta el sistema sanitario español es que "quizá hemos enfatizado en el criterio de equidad".

Catedrático de Economía aplicada en la Universidad Pública de Navarra, Cabasés ha sido asesor temporal de la Organiza-

ción Mundial de la Salud y del Banco Interamericano de Desarrollo, director general de información sanitaria y evaluación del departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y director general del departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Juan Manuel Cabasés participó en la inauguración del sexto congreso de responsables de comunicación de colegios médicos, celebrado en Pamplona, donde recordó que el sistema sanitario es uno de los sectores más importantes de la economía, pues es demandante de otros

muchos sectores; genera mucho empleo, generalmente, de calidad; y promueve el bienestar de las personas.

Cabasés recordó que, aunque éste no sea un mensaje políticamente correcto, desde la OMS se anima a no reducir el gasto sanitario, pues la inversión en salud es socialmente muy rentable. En España el gasto sanitario crece sin cesar, dedicando el 9% de su PIB (dato de 2008). Y, por cuestiones como, por ejemplo, los cambios demográficos, los cambios de hábitos de vida, y el nuevo patrón



■ Juan Manuel Cabasés en la inauguración del congreso de responsables de comunicación de colegios médicos celebrado en Pamplona



epidemiológico basado en pacientes crónicos, va a seguir creciendo. Cabasés recordó que "en este sector la productividad no puede aumentar, debido a que el número de personas que un médico puede atender es limitado y, sin embargo, los salarios deberán adaptarse a las circunstancias salariales de la economía".

Los políticos se enfrentan al dilema de cómo mantener los servicios sin recursos adicionales, sin reducir la equidad y sin disminuir los servicios ofrecidos, ya que para dotar a la sanidad de más recursos habría que quitarlos de otros servicios.

La solución, según Cabasés, sería introducir acciones que mejoren la eficiencia, pues las políticas de control de precios y salarios no son medidas de éxito, sino de corto plazo. De hecho, según la OMS, a causa de la ineficiencia se pierde entre el 20% y el 40% del gasto sanitario.

También la OCDE considera que, sin ampliar el gasto, hay espacio para mejorar la eficiencia. Así, el informe "Health care systems: getting more value for money" indica que, sin mayor gasto sanitario, la esperanza de vida en los países de la OCDE podría aumentar en más de dos

años. ¿Cómo? Todos los países deben comportarse, en términos de eficiencia, como el más eficiente de todos. Si se mejorara la eficiencia se conseguiría un ahorro del gasto público cercano al 2% del PIB.

En la actualidad, según Cabasés, los servicios se utilizan más allá de lo que sería eficiente porque no hay barrera de acceso. Por ello si los usuarios fuéramos conscientes del coste, aunque no tuviéramos que pagarlo, tal vez consumiríamos menos. Pero, tampoco el profesional sanitario, cuando toma una decisión, se enfrenta al coste, por lo que Cabasés concluye que "si ni el ciudadano ni el profesional tienen en cuenta el coste, el resultado más probable es la ineficiencia del sistema".

El Consejo de Europa ha realizado unas recomendaciones para el buen gobierno de la sanidad. La idea fundamental es que la sanidad se gestione de acuerdo a principios de transparencia y rendición de cuentas ante usuarios y profesionales; efectividad; eficiencia y calidad.

Para ello hay que contar con códigos de conducta adecuados, prestar atención a los conflictos de intereses y prevenir el

fraude y la corrupción. Cabasés recordó el código de buen gobierno que ha propuesto el Consejero de Sanidad para la sanidad pública vasca.

De cara a mejorar, los gestores deben alinear a los médicos con los objetivos de la organización, pues los gestores, generalmente, no acuerdan objetivos con los servicios, y tampoco facilitan que los médicos se identifiquen con la organización en la que trabajan.

Asimismo, planteó la necesidad de contar con un nuevo sistema de incentivos para que los profesionales se sientan más identificados con la empresa y más motivados, por ejemplo, dándoles mayor autonomía en la gestión.

También indicó que habría que exigir a las personas encargadas de la planificación que tengan una buena cultura de evaluación económica. Es decir, que cuando tomen decisiones como la introducción de un nuevo medicamento en el vademécum, o la implantación de una nueva tecnología, por ejemplo, sepan medir los costes y los efectos. Algo que, según sus palabras, "no tenemos suficientemente desarrollado en España".





**"CUIDAMOS DE SU SALUD"**

**Desde 1921**

Paseo Ubarburu, 11 trasera  
20014 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN  
Tel. Oficina: 943 46 31 36  
Fax: 943 45 59 15  
coordinacion@ambulanciasmaiz.com

**URGENCIAS: 943 46 33 33**

**24 horas a su disposición**  
**Servicios privados**  
**Seguros**

En colaboración con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

**Osakidetza**  
Servicio vasco de salud



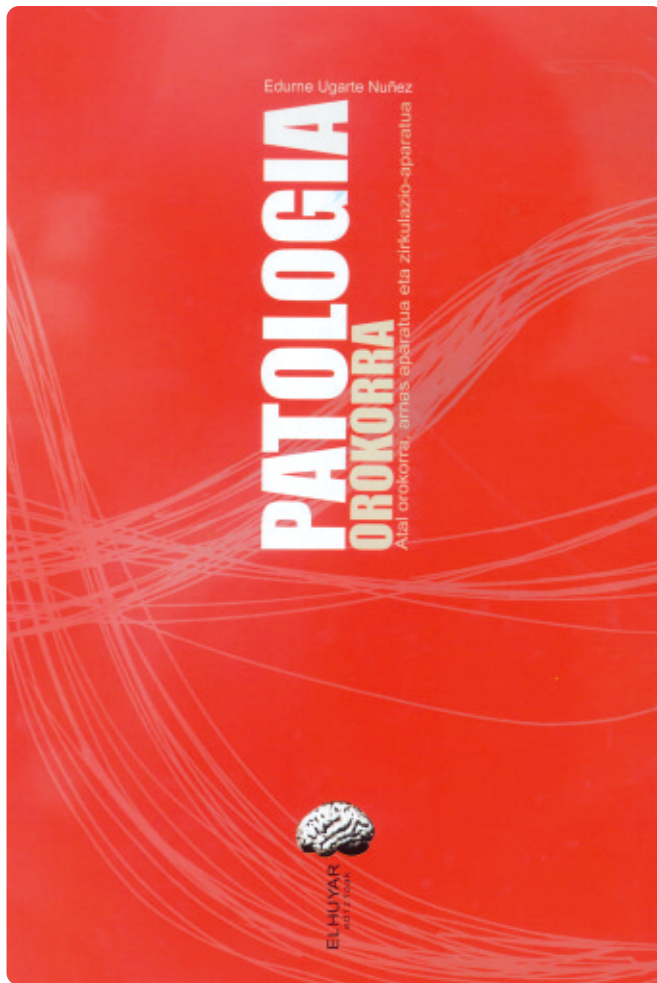


REGISTRO PUBLICIDAD SANITARIA N° 0509



# Patologia orokorra (II)

Bloqueo de la conducción .....	Eroapenaren blokeo	Célula presentadora	
Bloqueo de rama		de antígeno .....	Antigenoen zelula aurkezle
del haz de His; bloqueo		Centro circulatorio .....	Zirkulazio-zentro
intraventricular .....	His-en balaren adarreko blokeo;	Centro respiratorio .....	Arnas zentro
	bentrikulu barneko blokeo	Choque pericárdico .....	Txoke perikardiko
Bloqueo de rama derecha		Cianosis .....	Zianosi
del haz de His .....	His-en balaren eskuineko	Ciclo cardiaco .....	Ziklo kardiako
	adarreko blokeo	Cinetosis .....	Zinetosi
Bloqueo de rama izquierda		Circulación .....	Zirkulazio
del haz de His .....	His-en balaren ezkerreko	Circulación colateral .....	Albo-zirkulazio
	adarreko blokeo	Circulación coronaria .....	Zirkulazio koronario
Bloqueo de Wenckebach .....	Wenckebach blokeo	Circulación hipercinética .....	Zirkulazio hiperzinetiko
Bloqueo intraventricular;		Cirrosis cardiaca .....	Zirrosi kardiako
bloqueo de las ramas		Citogenética .....	Zitogenetika
del haz de His .....	Bentrikulu barneko blokeo;	Citoquinas .....	Zitokinak
	His-en balaren adarretako	Citotoxicidad .....	Zitotoxikotasun
	blokeo	Citotoxicidad en la reacción	
Bloqueo Mobitz I .....	Mobitz I blokeo	de hipersensibilidad de tipo II ....	Zitotoxikotasuna II. motako
Bloqueo Mobitz II .....	Mobitz II blokeo		hipersentikortasun-erreakzioan
Bloqueo sinoauricular .....	Blokeo sinoaurikular	Citotoxicidad mediada por	
Borrachera de las		anticuerpos .....	Antigorputzez bideratutako
profundidades; narcosis del			zitotoxikotasun
nitrógeno .....	Urpekarien mozkorraldi;	Clasificación de	
	nitrogenoaren narkosi	Keith-Wagener .....	Keith-Wagener-en sailkapen
Bradiarritmias .....	Bradiarritmiak	Claudicación intermitente .....	Aldizkako klaudikazio
Bradicardia sinusal .....	Bradikardia sinusal	Clic .....	Klik; klaska
Bradipnea .....	Bradipnea	Clic de apertura .....	Irekiera-klaska
Broncograma aéreo .....	Aire-bronkograma	Clic de eyección .....	Eiekzio-klik
Broncoscopia .....	Bronkoskopia	Clic diastólico .....	Klik diastoliko
Bronquiectasia .....	Bronkiektasia	Clic sistólico .....	Klik sistoliko
Bronquitis crónica .....	Bronkitis kroniko	Clic sistólico tardío .....	Klik sistoliko berantiar
Bronquitis de éstasis .....	Estasi-bronkitis	Coagulación intravascular	
Calidad de vida .....	Bizi-kalitate	diseminada .....	Hodi barneko koagulazio
Cáncer; neoplasias .....	Minbizi; neoplasiak		barreiatu
Capa de ozono .....	Ozono-geruza	Codones .....	Kodonak
Capacidad de transferencia		Colonización .....	Kolonizazio
del monóxido de carbono .....	Karbono monoxidoaren	Complemento .....	Konplementu
	transferentzia-ahalmen	Complicaciones de la	
Capacidad pulmonar .....	Birika-edukiera	hipertensión arterial .....	Hipertentsio arterialaren
Capacidad pulmonar total .....	Birika-edukiera oso		konplikazioak
Capacidad vital .....	Edukiera bital	Comunicación interauricular .....	Aurikula arteko komunikazio
Capilaroscopia .....	Kapilaroskopia	Comunicación interventricular ....	Bentrikulu arteko komunikazio
Caquexia .....	Kakexia	Condensación pulmonar;	
Caquexia cardiaca .....	Kakexia kardiako	neumonía .....	Birikako kondentsazio;
Carcinógenos .....	Kartzinogenoak		pneumonia
Cardiomegalia .....	Kardiomegalia	Conducción del impulso	
Cardiopatía hipertensiva .....	Kardiopatía hipertentsibo	cardiaco eléctrico .....	Bihotz-kinada elektrikoaren
Cardiopatía isquémica;			eroapen
isquemia miocárdica .....	Kardiopatía iskemiko;	Conducción no homogénea .....	Eroapen ez-homogeneo
	iskemia miokardiko	Conducción normal .....	Eroapen normal
Cariotipo .....	Kariotipo	Congelaciones .....	Izozteak
Carotidograma .....	Karotidograma	Congestión circulatoria .....	Kongestio zirkulatorio
Catéter de Swan-Ganz .....	Swan-Ganz-en kateter	Congestión circulatoria	
Cateterismo cardiaco .....	Bihotz-kateterismo	sistémica .....	Kongestio zirkulatorio sistemik



Congestión pulmonar  
 circulatoria .....Birikako kongestio zirkulatorio  
 Conjuntivitis alérgica .....Konjuntibitis alergiko  
 Conmoción .....Konmozio  
 Consecuencias clínicas.....Ondorio klinikoak  
 Consejo genético.....Aholku genetiko  
 Contagio .....Kutsapen  
 Contagio directo .....Zuzeneko kutsapen  
 Contagio indirecto.....Zeharkako kutsapen  
 Contracción isométrica .....Uzkurdura isometriko  
 Contracción isotónica .....Uzkurdura isotoniko  
 Contractilidad de las células  
 miocárdicas .....Zelula miokardikoen  
 uzkurkortasun  
 Contusión .....Kontusio  
 Convalecencia; recuperación.....Susperraldi  
 Cor pulmonale .....Cor pulmonale  
 Cor triatriatum.....Cor triatriatum  
 Corazón periférico  
 de Henderson.....Henderson-en bihotz periferiko  
 Coronariografía .....Koronariografía  
 Corpúsculo de Barr .....Barr-en korpuskulu  
 Costocondritis .....Kostokondritis  
 Creatin fosfoquinasa .....Kreatin fosfokinasa (CPK)  
 Crecimiento de las cavidades  
 cardiacas .....Bihotz-barrunbeen hazkunde  
 Crecimiento de las neoplasias ...Neoplasien hazkunde  
 Crepitantes .....Krepitatzailak  
 Crioglobulinemia .....Krioglobulinemia

Cristales de Charcot-Leyden .....Charcot-Leyden-en kristalak  
 Criterios de Framingham.....Framingham-eko irizpideak  
 Criterios de Light.....Light-en irizpideak  
 Cromosoma.....Kromosoma  
 Cromosoma anular .....Eraztun-itxurako kromosoma  
 Cromosoma Philadelphia.....Philadelphia kromosoma  
 Cromosomopatías .....Kromosomopatiak  
 Cromosomopatías  
 estructurales .....Egiturazko kromosomopatiak  
 Cromosomopatías numéricas....Zenbakizko kromosomopatiak  
 Crush syndrome; síndrome  
 de aplastamiento .....Crush syndrome;  
 zarpaketa-síndrome  
 Cuerpos de Creola.....Creola-ren gorputzak  
 Cuerpos nucleares de Weiss .....Weiss-en gorputz nuklearrak  
 Cultivos de Lowestein.....Lowestein-en hazkuntzak  
 Curva de disociación de la  
 hemoglobina .....Hemoglobinen  
 disoziazio-kurba  
 Curva de disociación del  
 dióxido de carbono .....Karbono dioxidoaren  
 disoziazio-kurba  
 Curva fisiológica de disociación  
 de la hemoglobina .....Hemoglobinen  
 disoziazio-kurba fisiologiko  
 Curvas de función ventricular.....Funtzio bentrikularraren kurbak  
 Curvas flujo/volumen .....Fluxu/bolumen kurbak  
 Danza carotídea;  
 signo de Corrigan .....Karotidaren dantza;  
 Corrigan-en zeinu  
 Dedos en palillo de tambor;  
 acropaquia.....Danbor-makila erako hatzak;  
 akropakia  
 Defectos congénitos del  
 metabolismo; enzimopatías .....Metabolismoaren sortzetiko  
 akatsak; entzimopatiak  
 Defectos de la fagocitosis;  
 fallos en la fagocitosis .....Fagozitosiaren akatsak  
 Déficit de complemento .....Konplementuaren eskasiak  
 Déficit de HLA de tipo II .....II. motako HLAREN defizit  
 Déficit de mieloperoxidasa .....Mieloperoxidasaren defizit  
 Déficit del pulso .....Pultsuaren defizit  
 Degeneración mixomatosa  
 de las válvulas cardiacas.....Bihotz-balbuletako endekapen  
 mixomatoso  
 Delección .....Delezio  
 Dermatitis de contacto.....Kontaktu-dermatitis  
 Dermatitis de estasis.....Estasi-dermatitis  
 Derrame pericárdico crónico  
 masivo .....Perikardioko isuri kroniko  
 masibo  
 Derrame pericárdico;  
 derrame del pericardio .....Perikardioko isuri  
 Derrame pleural .....Pleurako isuri  
 Derrame pleural capsulado .....Pleurako isuri kapsulatu  
 Derrame pleural inter cisuras.....Zisuren arteko pleurako isuri  
 Derrame pleural libre .....Pleurako isuri aske  
 Derrame pleural subpulmonar....Birika-azpiko pleurako isuri  
 Derrame pseudoquiloso;  
 pseudoquilotórax .....Isuri pseudokiloso;  
 pseudokilotorax

Juan Karlos Izagirre:

# "Gogorrena medikuntza utzi beharra izan da"

**U**n anillo negro en el dedo anular de su mano izquierda da fe de su compromiso con el pueblo saharaui. Un pueblo al que Juan Karlos Izagirre, hasta alcanzar la alcaldía de Donostia, ha dedicado parte de su tiempo libre. Dejar la medicina y perder el anonimato son parte del peaje que el alcalde donostiarra -que antes que nada sigue sintiéndose médico- va a tener que pagar. Para Izagirre (Donostia, 1963) la llegada a la alcaldía ha sido algo "circunstancial" debido a una situación, que califica como "anormal", consecuencia de las ilegalizaciones previas a las elecciones.

## **Beste ezertan hasi aurretik, alkate izatea espero al zenuena al da?**

Ez. Esan behar dut alkatetza zirkunstantziapean iritsi den zerbait dela, egoera oso anormal batetik abiatu ginelako; are gehiago, demokraziaren kontrako egoeratik esango nuke. Alkate baino gehiago medikua sentitzen naiz, medikua izaten jarraitzen dut.

## **Donostiako alkate hautatua izan zinetik hilabete pasa da. Denbora labur honetan faltan bota al duzu Erreterian egiten zenuen mediku lana?**

Egunero! Orain konturatzen naiz beste erritmo bat neramala eta nire bizitza propiorako denbora gehiago nuela. Udalari ematen diot orain ia egun osoa, zama handia da, eta mediku izatea faltan botatzen dut. Baina, lan berrian ilusio ikaragarria dudala aitortu behar dut. Gauzak egin daitezkeela, eta batzuk egiten ari garela konturatu naiz eta horrek ilusio eta itxaropena berekin dakar.

## **Egiten ari zareten horretatik zertxobait aurreratzetik bai?**

Lehenengo hilabeteak trantsiziokoak izango dira. Sail bakoitzean zertan ari diren ikusi behar dugu, zein proiektu ez diren aurrera atera eta zergatik. Hori aztertzen ari gara eta baita konturatu ere oso egoera ekonomiko txarrean gaudela. Aurrekoek, behar bada, mila dorre eta gaztelu egin dituzte eta oso zaila izango da horiek kudeatzea. Horrezaz gain, gure programa-

ko hainbat proiektu mahai gainean jartzen hasi gara: mugikortasuna, kultura... eta, pixkanaka, gauzak egiten ari gara. Horretarako, erabateko ilusioa daukagu.

## **Alkate gai izendatu zintuztetenean medikuntzan segitzeko asmoa agertu zenuen. Donostiako alkatea izatea ez al da nahikoa?**

Proposamena egin zidatenean hiru baldintza jarri nituen: medikuntza ez nuela utziko, Udaletik ez nuela ezer kobratuko eta lan taldea behar nuela. Alkatetzak, ordea, dedikazio eskusiboa exijitzen du.

Galdetzen badidate zerk afektatu didan gehien, dudarik gabe, medikuntza utzi beharra da erantzuna. Hori izan da gogorrena. Horrezaz gain, anonimotua galtzea ere gogorra dela konturatzen ari naiz (irribarre batez).

## **Medikuak noizbait uzten al dio mediku izateari?**

Nire ustez, ez. Nahiz eta orain mediku bezala, ofizialki, ezin aritu, medikua izaten segitzen dut. Eta uste dut eguneroko lanean medikuntzan ikasitako gauza asko aplikatu daitezkeela.







### Zer, adibidez?

Entzuteko gaitasuna. Hilabete besterik ez dugu egin eta asko harrituta daude jendea nola ari garen hartzen eta entzuten. Behar bada erantzunak ezin dira berehala eman, baina hartu-eman hori gertuagokoa egiten ari gara. Horretan, seguru aski, medikua izateak badu zerikusirik. Horri Bilduko programa eta filosofia gehitu behar zaio, gure programak hiritarrenganako nolabaiteko gerturatze hori bultzatzen baitu.

### Medikuntzarako bokazioa beharrezkoa omen da. Politikara dedikatzeko ere bokazioa behar al da?

Bilduko emakume eta gizonezko gehienok ez gara politika egiteko amorruekin etorri. Nolabaiteko kezka politikoa bagenuen eta saltsa askotan ibiliak ginen, baina hona zirkunstantziak bultzatuta etorri gara. Pausoa eman dugu gertatu zena gertatu zelako.

### Zerk eraman zintuen Donostiako alkate-gai aurkeztera?

Demokraziaren kontrako egoera baten aurrean, nire ekarpena zein izan zitekeen hausnartu ondoren, neure harri-koskorra

ekartzeko modua izan zitekeela erabaki nuen. Eskaini zidaten eta ezezkorik ezin eman.

### Medikuntza eta politika batu dituzten asko izan dira. Che Guevara edota Salvador Allende, esate baterako, medikuntza alde batera utzi eta politiko ospetsu izan ziren. Zure kasuan ere, medikuntza erabat alde batera utziko al duzu politikoa izateko?

Ez. Lau urte barru medikuntzara bueltatzeko asmoa dudala esango nizuke momentu honetan. Baina, egia da hori ez dela sekulan jakiten. Orain hilabete gutxi ez nuen pentsatzen, inolaz ere, hemen egongo nintzenik... Aipatu dituzunak izen handiak dira eta nire burua ezin dut beraiekin konparatu.

Are gehiago, politikara salto egitea ez da nire burutik pasatu. Gai sozialekin eta politikoekin oso sentsibilizatua dagoen medikua naiz eta medikuntzara bueltatzen naizenean igual-igual segituko dudala seguru nago. Barreraren alde honetan egotea, eta ez bestean, kasualitate hutsa izan da. Barreraren beste aldean gauza askorekin konprometitutako medikua izaten segituko dut.

### Konprometitua diozu, zerekin?

Igeldoko kontuarengatik ezaguna naiz; Euskararen munduarekin ere izan ditut nire zerak; azkeneko urteetan Saharako proiektu batean ibili naiz; baita politikan ere oinarritzko militante bezala; plataforma batzuetan ere bai...

### Optimista zarela diote. Nola ikusten duzu hasi duzun ibilbide berri hau?

Egia da bizitzako arlo guztietan optimista naizela, eta erronka berri hau optimismo handiz hartu dut. Kanpainan asko aipatu genuen ilusio hitza eta topikoa zirudien. Baina, ilusioz beteta gaude eta baita jende asko kanpoan ere. Niri, kalean, ilusioa, itxaropena, transmititzen didate. Hala ere, aitortu behar dut egoera ez dela erraza eta egunero oinarriak gabeko kritika asko jasotzen dugu. Hala ere, politika beste era batean egin daitekeela erakutsiko dugu.

### Donostiak gaur egun dituen beharrik handienak zeintzuk dira?

Udala nola dagoen aztertzea da lehena. Nahiz eta transmititu den dena oso ondo dagoela, proiektu erraldoiak egin daitezkeela, denetara iristeko gai garela..., zulo

handiak daudela konturatzen ari gara. Eta jendea Udala zein egoeratan dagoen azaldu behar zaio. Premiazkoa da, baita ere, hiritarrek politikan parte hartzea. Guretzat hau lortzea oinarritzkoa da. Udalean, benetako ezkerreko politika egitea, zerbitzu publikoak eta sozialak bultzatuz, behar-beharrezkoa da. Eta guretzat Euskal Herriak bizi duen normalizazio prozesua indartzea eta benetan aurrera egitea oso inportantea da.

**Gizarte politika eta herri-zerbitzuak aipatu dituzu, baina krisi garaian Administrazioak gastua murrizteari ekiten dio. Krisi garaian, berriz, beharrik handienak aipatutako alorretan sortzen dira. Esan duzu horietan gastua gehitu egin behar dela. Zein arloetan zehazki?**

Krisi garaian gaudela eta diru gutxiago dagoela denok dakigu. Eta garbi dugu dirua, krisi garaian, nondik kendu, non ez inbertitu eta zerbitzu sozialak indartu egin behar direla. Udala ezin da azpiegitura erraldoiak egiteko hipotekatu gizarte zerbitzuak murrizten diren bitartean. Beraz, honek proiekturen bat bertan behera gelditzea ekarriko du.

**Baten bat aurreratzetik bai?**

Ez, oraindik ez. Hausnarketa egiten ari gara proiektu erraldoi batzuen inguruan. Nahiz eta arrekontu aldetik nahiko gaizki gauden, garbi dugu gizarte zerbitzuak eta zerbitzu publikoak indartu egingo ditugula eta hormigoirako diru gutxiago gastatuko dugula.

**Donostia joan den mendearen hasieran, osasunaren alde egindako lanagatik Espainiako hiri aitzindaria zen eta 1902an higiene arloan lehenengo hiria izendatu ere. Gaur egun, berriz, Donostian abangoardiako medikuntza egiten da. Zeintzuk dira ildo honetan zuen asmoak?**

Garbi dago Donostiako motor ekonomikoa turismoa eta zerbitzuak direla. Hala ere berrikuntzak indar handia hartu du eta mahai gainean ditugun proiektuak eta martxan dauden erakunde batzuk Udalaren babesa izango dute.

**Saharan garapenerako lankidetzan aritu zarela aipatu duzu arestian. Nolako esperientzia izan da?**

Zortzi aldiz edo joan naiz. Orain sei-zazpi urte joan nintzen lehenengo aldiz eta,



benetan, bete egin nauen esperientzia izan da. Bertako harrera eta harremanak ikusirik, zaila egingo zait hurrengo urteetan ezin jarraitzea. Medikuntza uztea aipatu dut galerarik handiena bezala eta Saharako esperientzia hor sartzen dut.

**Beste era batean laguntzerik izango duzu, Saharako haurrak uda partean hemen izaten dira...**

Bai, pasa den astean egin genien harrera ofiziala. Saharara urtero bidai instituzionala egiten da eta joango naiz, baina ez da gauza bera osasun proiektu batekin joatea eta buru belarri bertako herritarrekin lanean aritzea.

**Beraz, alkate zaren bitartean boluntario lan hori ere utziko al duzu?**

Ai!! (arnas hartze handia). Saiatuko naiz bidaiaren bat egiten, baina ez dakit lortuko dudan.

**Ekonomiak bizi duen krisia dela eta iaiz Gipuzkoan garapenerako lagun-**

**tza % 8 jaitsi zen. Gai honen inguruan zein da zure asmoa? Donostiako udalak garapenerako laguntza gutxituko al du?**

Gure programan gai honek garrantzi berezia zeukan eta ez luke zergatik murriztu behar, baina hau tentuz esaten dut, zeren egoera benetan latza da. Hala ere, zerbitzu sozialak, herri-zerbitzuak eta beste hauek mantendu edo gehitu beharko lirateke, inoiz ez jaitsi. Hori bai, benetan oinarritzko eskubide demokratikoak errespetatzen ez diren herriek izango dute lehentasuna.

**Pasa den astean Gipuzkoan lapurtutako haurren senitartekoek bilkura egin zuten eta zu bertan izan zinen. Gai honen inguruan ze asmo duzu?**

Udalak zer egin dezakeen jakin nahian eta laguntza eskaintzera agertu ginen. Bilera aste honetarako deitu dugu eta beraiek azaltzen digutenaren arabera zertan edo nola lagundu ikusiko dugu, izan ere gaia benetan larria da.



**SU AYUNTAMIENTO PUSO EN MARCHA DIVERSAS INICIATIVAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y ATAJAR LA ALTA MORTALIDAD**

# A principios del siglo XX San Sebastián fue reconocida como una de las ciudades más higiénicas

**H**errialde pobreenetan edateko urik eta saneamenduko oinarritzko zerbitzurik ez izateak benetako osasun arazoak eragiten du gaur egun eta arrazoi horiengatik urtero milioika lagun hiltzen da. Nahiz oraindik arazoari irtenbiderik ez zaion eman munduko hainbat herrialdeetan, aspaldi ekin zioten Donostiako Udal agintariek garbitasun arazoak konpontzeari eta baita lortu ere. Izan ere, Donostia higiene arloan Espainiako herririk aurreratuena izendatu zuten XX. Mendearen hasieran eta urte gutxitan hilkortasun kopurua dezente jaitsi zen.

Uno de los principales problemas de salud de los países pobres proviene de la falta de acceso al agua potable y a los servicios básicos de saneamiento. Cada año 1,7 millones de personas mueren a consecuencia del agua insalubre y la falta de saneamiento y de higiene, según datos de la Organización Mundial de la Salud correspondientes a 2008. Pues bien; 2.600 millones de personas siguen sin acceso a aseos o letrinas higiénicos y alrededor de 1.100 millones de personas defecan al aire libre, con la consiguiente contaminación ambiental y riesgo de infección por parásitos (anquilostomiasis, ascariasis), bacterias (cólera, shigelosis, salmonelosis) o virus (hepatitis).

Para luchar contra la pobreza, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer, el año 2000, se pactaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) con una previsión inicial de que fueran realidad para el año 2015. A día de hoy, prácticamente nadie cree que para dicha fecha se puedan alcanzar.

Entre nosotros, hace más de un siglo que los responsables municipales donostiarras intentaron frenar la alta mortalidad debida a la falta de higiene. Como resultado del trabajo realizado, a comienzos del siglo XX, San Sebastián fue calificada como una de las primeras ciudades de España en higiene.

En 1901 el gobierno español encargó al Real Consejo de Sanidad que estudiara los aspectos de la higiene pública. Se analizaron, entre otros, la salubridad de las viviendas, la aglomeración de la población y el aislamiento entre las casas y las alcantarillas. Tras el análisis se concluyó que, en cuestiones de higiene, San Sebastián era la primera ciudad de España. De hecho, en 1902 el director general de Sanidad otorgó un diploma a la ciudad en el que reconocía sus méritos. Y es que Donostia contaba con servicios de



■ Local habilitado en San Sebastián para inspeccionar la leche vendida en la ciudad. Fotografía tomada en 1950 (Fototeca Kutxa)





■ Decenas de personas marchan por las calles de Donostia tras el furgón del servicio de desinfección. Imagen tomada en el año 1933 (Fototeca Kutxa)

desinfección, inspección escolar y vacunación; laboratorio químico municipal; casas de baños y los primeros evacuatorios subterráneos de España (construidos en 1906). Unos años más tarde también se constituyó el Instituto Municipal de Higiene encargado de coordinar el Negociado de Higiene y Salubridad, el Laboratorio Químico Municipal y el cuerpo de profesores veterinarios.

Según escribió el historiador Serapio Múgica en 1915, las condiciones higiénicas de San Sebastián eran difíciles de superar, "unas las debe a su privilegiada situación topográfica y otras al desvelo grande con que las sucesivas corporaciones municipales han atendido este extremo, tan importante para una ciudad que pretenda ser ciudad veraniega de renombre universal".

Las distintas epidemias que afectaron a la ciudad en el siglo XIX –cólera y tuberculosis, fundamentalmente–, amén de las graves infecciones alimentarias por la falta de control, hacían necesaria una solución para atajar la crisis sanitaria que afectaba a la población. Así, en 1861 el ayuntamiento (tal y como recogió José Manuel Etxaniz en su conferencia con motivo del 110 aniversario del laboratorio químico municipal) contrató a un veterinario para inspeccionar la carne y unos años más tarde para el resto de alimentos. En 1885 se creó el servicio municipal de desinfección para fumi-

gar muebles, ropas, enseres y personas. En la época, ciudades como París o Munich contaban ya con laboratorios municipales. Aunque la prensa insistía en la necesidad de contar con un centro de este tipo, San Sebastián –con otras prioridades, como el agua potable o alcantarillado– no se lo podía permitir. No obstante, los regidores municipales haciéndose eco de los diarios, en 1887, pusieron en marcha el Laboratorio Químico Municipal, encargado fundamentalmente del control de los alimentos que se vendían en la ciudad.

En el laboratorio –que recibió la medalla de oro de la Exposición Internacional de Higiene celebrada en Francia en 1893– trabajaban cuatro veterinarios: uno en la inspección de la leche, otro en el reconocimiento de las reses en vivo y después de muertas; un tercero en el análisis de los mercados y el cuarto exclusivamente de los embutidos. Con un presupuesto anual de 26.000 pesetas, estos análisis eran gratuitos.

Paralelamente, en 1899, el ayuntamiento aprobó un proyecto de saneamiento presentado por el ingeniero municipal Marcelo Sarasola. Hacia 1917 la ciudad contaba con 17.000 metros de alcantarilla y 3.000 de tubería que contribuyeron a mejorar las condiciones higiénicas de los donostiaras, según se publicaba en la época. En 1903 el ayuntamiento creó el Negociado de

Higiene y Salubridad que, con un presupuesto anual de 30.000 pesetas, se encargaba de desinfectar habitaciones, esterilizar ropa, conducción de enfermos contagiosos, quema y enterramiento de animales muertos, entre otros. Además de con este Negociado y con el laboratorio químico, San Sebastián contaba con un cuerpo de veterinarios municipales y otro de médicos de la beneficencia, cuarto de socorro e inspección médico escolar –en la que trabajaban cuatro médicos titulares y un odontólogo–. En 1925, para coordinar todos estos servicios, se creó el Instituto Municipal de Higiene.

El ayuntamiento mostró una sensibilidad especial hacia los niños. Así, en las escuelas públicas también instaló baños y cantinas en las que suministrar, de modo gratuito, alimentos a los alumnos más necesitados. En el curso escolar 1914-1915 se distribuyeron cerca de 79.000 raciones en las cuatro cantinas que había. La aplicación de todas estas medidas de higiene trajo consigo un descenso de la mortalidad. Entre 1900 y 1905, la mortalidad en la capital donostiarra fue descendiendo paulatinamente. Así, en 1900 con una población de 41.200 personas se registraron 996 defunciones (TBM 24,2). En 1905, con un censo de 45.890 personas se registraron 884 defunciones (TBM 19,4). La Tasa Bruta de Mortalidad, por tanto, en cinco años descendió prácticamente 5 puntos.



IMPREZA  
desde: 21.800 €



SUBARU

VERTIZ

CONCESIONARIO OFICIAL PARA GIPUZKOA

Pº Francia, 14 - Tfno. 943 29 22 66  
SAN SEBASTIAN

Pº Sarroeta, 13 - Tfno. 943 46 92 99  
MARTUTENE

Polígono Olaso, 27 - Tfno. 943 74 41 10  
ELGOIBAR

OUTBACK  
desde: 31.900 €



FORESTER  
desde: 23.500 €



Escápate de la ciudad y reencuéntrete con la naturaleza a bordo de la Gama Subaru. Descubre los más avanzados sistemas de seguridad activa, la legendaria tracción integral Symmetrical AWD y el nuevo motor Boxer diesel en sus modelos más representativos. Disfruta con Subaru una nueva experiencia en la conducción.

902 10 00 22 • [www.subaru.es](http://www.subaru.es)

IPV recomendado en Península y Baleares para Subaru Impreza, I.V.A., transporte e impuesto de matriculación incluidos. Outback Consumo mixto: 8,6/L. Emisiones 204 g/km. Outback Diesel Consumo mixto: 5,8/L. Emisiones 153 g/km. Forester Consumo mixto: 8,4/L. Emisiones 198 g/km. Forester Diesel Consumo mixto: 6,3/L. Emisiones 167 g/km. Tribeca Consumo mixto: 8,1/L. Emisiones 275 g/km.

Naturaleza Subaru



JULIÁN BERECIARTUA

Médico colegiado nº 202001217



# El placer de comer

**G**izakiok ditugun beharrei erantzuteaz gain jatea benetako plazera dela esaten omen zuen 1825ean gastronomiari buruzko lehenengo tratatua idatzi zuen Brillat-Savarinek eta hurrei eskoletan jaten ere irakatsi behar zaiela dio Bereciartua doktoreak.



con la preparación culinaria se gana en digestibilidad, en atractivo y, sobre todo, en salubridad, porque sabemos, por ejemplo, que las alubias y las patatas en crudo tienen una discreta toxicidad, igual que la tinta de los chipirones.

El olor de carne asada, debido a una reacción científicamente explicable, abre el apetito, aunque no conviene pasarse en la preparación a la parrilla porque va en contra de las propiedades de la carne, lo mismo que si empleamos el mismo aceite en repetidas frituras.

Llegado aquí, debemos insistir en que el mejor aceite de cocina es el de oliva por todos y cada uno de los factores que entran en su composición. También hay que recordar que las verduras una vez troceadas, no deben dejarse esperando a que les llegue el turno de preparación sobre la encimera. Todo lo contrario, para evitar la destrucción de las vitaminas, debemos someterlas, sin pérdida de tiempo, a cocción. Asimismo, para conservar al máximo la vitamina C –preferentemente anti-infecciosa– debemos consumirlas pronto. Por ello, no estará de más recuperar la vieja costumbre de aprovechar el agua de la cocción.

La pérdida de propiedades de los alimentos por calentarlos en microondas o infrarrojos es mínima. Y sobre las raciones que consumimos en nuestras latitudes, puedo decir que, menos en algunos casos, nuestro organismo equilibra perfectamente.

Todavía recuerdo lo que una señora obesa me dijo en la consulta que "no estaba gorda, sino que tenía las carnes prietas". A esto se llama buen conformar.

Los animales tragan. El hombre come. Únicamente la persona dotada de ingenio sabe comer. Y es que el hecho de comer, además de cumplir con las necesidades del cuerpo (glúcidos, grasas, proteínas, sales minerales, vitaminas y líquidos para mantenernos hidratados), implica una gran satisfacción siempre que lo ingerido sea de nuestro agrado.

Brillat-Savarin –autor del primer tratado de gastronomía, Fisiología del Gusto– decía que el Creador, al obligarnos a comer, nos recompensa con el placer que dicha comida nos aporta. También que "quien reciba a sus amigos y no ponga sumo cuidado en la preparación no es digno de tener amigos".

Para el gran profesor Francisco Grande Covián –médico e investigador y fundador de la Sociedad Española de Nutrición– existe un tradicional antagonismo entre los

especialistas en alimentación científica y los cocineros. Pero, lo importante es que lo sabroso sea lo indicado por la ciencia médica y no que cada uno vaya por su camino.

Por ello, estamos obligados a enseñar a comer, también, desde los primeros niveles, en los comedores de los centros escolares. Y no me refiero solamente al comportamiento en la mesa. A mí, por ejemplo, habituarme al sabor del bacalao, de las croquetas y las albóndigas me costó muchos años. También es cierto que ahora, antes de llegar a la ancianidad, estos tres sabores me gustan.

Aunque se dice que sobre gustos no hay nada escrito, en nuestro entorno tienen más éxito los platos cocinados que los crudos. Bien es verdad que el producto cocido pierde algunas propiedades –vitaminas sobre todo– pero también lo es que



# Ponga su seguro en las mejores manos y ahorre hasta un 30%

En A.M.A. buscamos lo mejor para usted ofreciéndole siempre  
**LAS MAYORES VENTAJAS Y LAS MEJORES CONDICIONES.** Por eso ahora  
podrá aprovecharse de hasta un **30% DE DESCUENTO\*** en la  
contratación de una nueva póliza con nosotros.  
**Confíe en A.M.A. Ahorrará en sus seguros. Ganará en tranquilidad.**

**HASTA UN  
30%  
DE DESCUENTO**

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

**COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE GIPUZKOA • Tel.: 943 27 63 00**

Paseo de Francia, 12 / 20012 SAN SEBASTIAN / [info@gisep.org](mailto:info@gisep.org)

Infórmese en el **902 30 30 10**, en su oficina  
más cercana o en **[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)**

\*Promoción válida del 1 de junio al 30 de noviembre de 2011.



[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)



**BIOKILAB**

Test de intolerancia a los alimentos



# Test de los alimentos

**¿Lo que come le perjudica?**

- Cefaleas
- Jaquecas, migrañas
- Dolor de espalda, dolores musculares o de articulaciones, artritis
- Ojos enrojecidos o lacrimosos
- Dificultades respiratorias
- Piel seca, psoriasis, acné, picor
- Náuseas, sensación de plenitud, diarrea, estreñimiento
- Fracaso de dietas
- Agotamiento, fatiga crónica
- Depresiones, agresividad, ansiedad

**Conozca qué  
alimentos  
dañan su salud**

**Con los datos del análisis  
su médico le aconsejará la dieta más  
adecuada a su situación.**

Una sencilla extracción de sangre.

Panel de 100 Alimentos: 260,00€

Panel de 200 Alimentos: 330,00€

Panel de 300 Alimentos: 450,00€

**Solicite más información**

**902 54 03 41**

Mail: [atencionalcliente@okilab.es](mailto:atencionalcliente@okilab.es)

Céntros Médicos en todo el País Vasco  
(Consulte localización)

Extracciones a Domicilio  
(incluidas en el precio)

