

MEDIKUEN AHOTSA GIPUZKOA MÉDICA

LA NUEVA JUNTA ECHA A ANDAR



Despedida de
Enrique Tellería

Los cuidados
paliativos

Sumario

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



Frantzia pasealekua, 12 - 20012 Donostia
☎ 943 276 300 - www.giseo.org

Argitalpen batzordea / Comité editorial
Gobernu Batzordea / Junta de Gobierno
Erredakzio batzordea / Consejo de redacción
Komunikazio saila / Área de Comunicación

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

Diseinua eta maketazioa / Diseño y maquetación
Jaione Ugalde

Testuak / Textos
Lupe Calvo Elizazu

Portada
Enrique Telleria y Jose Maria Urkia (Foto: Juantxo Egaña)

Inprimaketa / Impresión
Gupost

Lege gordailua / Depósito legal
SS 1025-1994



Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa
Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala

Iturria aipatzen bada, artikulua bat edo honen zati bat kopiazea onartzen da.
Se autoriza la reproducción total o parcial siempre que se cite la fuente.

Asesoría jurídica: El derecho a la asistencia sanitaria ante las reformas	2
La Junta echa a andar y encarga tres auditorias	5
Relevo en la Junta de Gobierno	6
Componentes de la Junta de Gobierno	8
Discurso de despedida de Enrique Telleria	10
Discurso de toma de posesión de J.M. Urkia	12
J.M. Urkia: «No he venido a ocupar un sillón, ni a servirme del Colegio»	14
In memoriam	18
Altas y bajas	19
Noticias	20
Jacinto Bátiz: «La atención médica al final de la vida tiene que ser un derecho»	21
La firma invitada: Javier Olascoaga	26
Medikuntzako lexikoa: Patologia orokorra VI	30
Gastronomía y salud: La luna y nuestros alimentos	32

Editoriala

Tal y como ya dejó de manifiesto en su toma de posesión, José Maria Urkia ha asumido su cargo como Presidente de este Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa con un inequívoco proyecto de renovación y afán de servicio a todos los colegiados, así como a la sociedad guipuzcoana. Para ello se ha fijado como objetivos la transparencia, la lealtad, la amistad y la verdad.

A pesar de que el relevo en el cargo se ha llevado a cabo en una época eminentemente vacacional (la toma de posesión tuvo lugar el pasado 27 de julio), el equipo de gobierno, a propuesta del Presidente y siguiendo con las líneas programáticas previamente anunciadas, ha encargado la realización de tres auditorias que reflejen la situación real del Colegio e indiquen el camino a seguir para afrontar el futuro con optimismo.

Se dan así, por tanto, los primeros pasos para cumplir con uno de los lemas ya anunciados por el Presidente: la transparencia. Y es que las auditorias encargadas tienen como objetivo conocer todos los aspectos organizativos, funcionales y económicos del Colegio para poder ofrecer a los colegiados la información puntual y precisa de, entre otras cuestiones, cómo se administran sus recursos.

El Colegio, asimismo, va a velar por defender la profesión médica, que es también un modo de velar por la sociedad. Así, el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa va a tratar de ser un lugar de referencia y confianza. ■

***J**ose Maria Urkiak bere kargu berriaz jabetzeko ekitaldian argi utzi zuen bezala, berrikuntza-proiektu nabarmenarekin eta elkargokide guztiei eta, bide batez, baita gizarte gipuzkoar osoari ere, zerbitzua eskaintzeko asmotan hurbiltzen da Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko lehendakaritza honetara. Eta horretarako, gardentasuna, leialtasuna, adiskidetasuna eta egia ezarri ditu bere agintaldirako helburu behinenak bezala.*

Horrela, beraz, eta karguaren txandakatzea bete-betean opor garaian gertatu zen arren (karguaz jabetzeko ekitaldia joan zen uztailaren 27an izan baitzen), gobernu-taldeak, Lehendakariaren proposamenari jarraituz eta aldez aurretik iragarritako lerro programatikoen bidetik, Elkargoaren egoera erreala islatuko luketen hiru auditoria aurrera eramatea erabaki du, etorkizunari baikortasunez aurre egiteko jarraitu beharreko bidea adieraziko digutelako hain zuzen ere.

Eta Lehendakariak iragarritako lema nagusietako bat (gardentasuna, zehazkiago esateko) betetzeko aurreneko urratsak ematen hasi gara jadanik. Izan ere, Elkargoaren antolamenduari, funtzionamenduari eta diru-kontuei dagozkien alderdi guztiak ezagutzea baita eskatutako auditoria horien helburua, beste hainbat punturen artean elkargokideei euren baliabideak nola administratzen diren jakin ahal izateko informazio egokia, uneoro eta zehatz-mehatz, eskaini ahal izateko.

Aurreko guztiaz gain, Elkargoa profesio medikoa babesten saiatuko da, langintza hori gizarte osoa babesteko modua ere baita. Era horretan, Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala elkargokide guztientzat erreferentzia eta konfiantzako gunea bilaka dadin. ■

JON PELLEJERO ARAMENDIA

Letrado Asesor del Colegio de Médicos de Gipuzkoa



EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA ANTE LAS REFORMAS

En el número anterior explicamos las modificaciones que el Real Decreto Ley 16/2012 supone en el Estatuto Marco, en esta ocasión vamos a explicar el alcance de dicha norma y del Real Decreto 1192/2012 (de 3 agosto) en la prestación de la asistencia sanitaria, para lo que hay que valorar el alcance del derecho a la asistencia sanitaria en la Constitución.

No vamos a referirnos al posible conflicto de competencias entre las Comunidades Autónomas y la legislación estatal y sí al alcance del derecho a la salud y a la asistencia sanitaria. Tratamos el tema por su trascendencia social, ya que aunque se ha recurrido ante el Tribunal Constitucional la ley, en Euskadi –al escribir este artículo– se va atender a todas las personas y parece que cada vez más Comunidades Autónomas van a atender a los extranjeros en situación irregular.

El derecho a la salud y a la protección a la salud se recoge en los artículos 43 y 41 de la Constitución, y también en el 15. La salud se contempla en su doble dimensión de derecho fundamental dotado de una garantía jurídica reforzada en el artículo 15 que establece que todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, y también como una prestación de la Administración que es a quien, mediante medidas preventivas y prestaciones adecuadas, corresponde organizar y tutelar la salud pública. Se puede decir que el derecho a la protección a la salud se configura

como un derecho que obliga a los poderes públicos a que actúen en un sentido determinado.

El artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud, siendo un reconocimiento que se extiende a todas las personas en su condición de ciudadanos y desligado de la condición de aseguramiento (aunque la nueva legislación pretende ligarlo a este). Según el Tribunal Constitucional en Sentencia 32/1983, este artículo es el punto de partida para separar la asistencia sanitaria pública del sistema de seguridad social, puesto que la asistencia sanitaria se presta con cargo a los Presupuestos Generales, es decir, vía impuestos y contraprestación o cuota (aunque el Real Decreto Ley 16/2012 y el Real Decreto 1192/2012 pretendan vincularlo al hecho de estar dado de alta en la Seguridad Social).

En la Constitución el derecho a la salud es un derecho subjetivo de exigibilidad inmediata, y es que el artículo 43.2 ordena «a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios», es decir, ordena a los poderes públicos que organicen un servicio público de salud. Este artículo 43 obliga a los poderes públicos a realizar las actuaciones necesarias para hacer efectivo este derecho.

De este artículo proviene el mandato de que los poderes públicos establezcan un servicio público para la

prestación de asistencia sanitaria a la población, sin que el artículo establezca diferencias o exclusiones. Se puede decir que la universalización de la asistencia sanitaria y la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias dimanar de este artículo. El artículo, sin embargo, no establece en qué consiste esta asistencia sanitaria, cuyo alcance –igual para todos– deberá determinarse en otra Ley; sin perjuicio de que las Comunidades Autónomas dentro de sus competencias amplíen las prestaciones mínimas, ampliación que será para todos sus ciudadanos.

En este sentido hay que destacar el artículo 15 de la Ley Orgánica 8/1980 de Financiación de las Comunidades Autónomas (todavía vigente), puesto que considera la sanidad como un derecho público fundamental garantizando el Estado, en todo el territorio, un nivel mínimo de prestaciones sanitarias. La consideración de la sanidad como un servicio público fundamental supone su titularidad pública, su carácter universal y gratuito. También debemos destacar la Ley 14/1986 General de Sanidad que establecía un sistema universalista y no contributivo, ya que la financiación tiene lugar con cargo a los presupuestos generales, y no con cargo a las cotizaciones a la Seguridad Social.

También se reconoce el derecho a la salud en diversos tratados internacionales. Destaca el artículo 25 de la Decla-

ración Universal de Derechos Humanos que establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, teniendo derecho a seguro en caso de enfermedad (el artículo 3 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se refiere a la condición de asegurado) y a cuidados y asistencia especiales en el caso de la maternidad y la infancia. En este sentido, el artículo 3 de la Ley 16/2003 y el Real Decreto Ley 16/2012, contemplan que los extranjeros que se encuentran irregularmente recibirán asistencia en el embarazo, parto y postparto, y también los menores de 18 años. Es evidente que, aunque sea parcialmente, se quiere cumplir con el artículo 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

También la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea establece que todas las personas tienen derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. En la misma se diferencia la «Seguridad Social y ayuda social» (artículo 34) y la «Protección de la salud» (artículo 35). También en esta Carta de obligado cumplimiento se diferencia la prestación sanitaria del régimen y beneficios de la Seguridad Social, como lo hace la Constitución, a pesar de que con el nuevo Real Decreto Ley se pretenda su vinculación (Seguridad Social = Asistencia Sanitaria).

El derecho a la asistencia sanitaria debe considerarse un derecho de toda persona que reside en territorio de un Estado, incluido o no en el ámbito de protección de un sistema de Seguridad Social. Esta diferencia es una nueva prueba de la separación entre asistencia sanitaria y Seguridad Social, aunque la protección a la salud, en la mayoría de países europeos, se haya extendido a través de la Seguridad Social.

Establecido este marco legal, pasamos a la influencia del Real Decreto Ley 16/2012 y del Real Decreto 1192/2012 en los médicos, tanto a nivel de prestaciones de asistencia sanitaria del propio médico como respecto a su actuación

ante los pacientes que podrían carecer del derecho a la asistencia sanitaria.

Tal y como ya se ha manifestado con anterioridad, la nueva normativa pretende vincular el aseguramiento a la Seguridad Social con el derecho a la asistencia sanitaria. Y por eso establece, como norma general, que tienen la condición de asegurados y el derecho a la asistencia sanitaria los afiliados a la Seguridad Social (ya sea como trabajadores que cotizan o como preceptores de cualquier prestación de la Seguridad Social). En caso de no estar afiliado a la Seguridad Social o no recibir ninguna prestación también se tiene derecho a la asistencia sanitaria como beneficiario a cargo de una persona asegurada que cotice a la Seguridad Social o como asegurado cuando se tiene nacionalidad española e ingresos anuales inferiores a 100.000 euros (también tendrán este derecho los extranjeros que se encuentren inscritos en el Registro Central de Extranjeros).

Se puede considerar que el límite de 100.000 euros de ingresos anuales es porque el derecho a la asistencia sanitaria no proviene de las cotizaciones a la Seguridad Social, sino del pago de los impuestos, ya que la Seguridad Social se financia con cargo a los Presupuestos Generales y no con cargo a las cotizaciones a la misma. Establecer este límite podría considerarse una discriminación respecto a quienes tienen ingresos superiores, puesto que por estos ingresos van a pagar impuestos que sostienen la asistencia sanitaria (el Consejo de Estado se ha opuesto a este límite).

Además, en esta normativa se establece que quienes no tengan la condición de asegurados o beneficiarios, también podrán obtener la asistencia sanitaria mediante el pago de una contraprestación o cuota por la suscripción de un convenio especial (sin regular todavía). También esto podría suponer una discriminación, puesto que estarían pagando la asistencia sanitaria dos veces: vía impuestos y vía contraprestación/cuota, vulnerando así los artículos 14 y 43 de la Constitución.

En relación a los médicos, debemos referirnos a aquellos que no cotizan a la Seguridad Social o a la mutua (mé-

dicos que han trabajado desde antes de noviembre de 1995 y que no tienen obligación de darse de alta como autónomos) y que tendrán derecho a la asistencia sanitaria por la condición de beneficiarios del cónyuge o como asegurado por tener nacionalidad española (o ser extranjero inscrito en el Registro Central de Extranjeros) e ingresos anuales inferiores a 100.000 euros. Según la legislación actual y la interpretación que se realiza de la misma, en estos momentos, los médicos que en esta situación tendrán derecho a la Asistencia Sanitaria gratuita, ya sea como beneficiarios o como asegurados.

Esta nueva normativa también repercute en la actividad médica de los profesionales en la atención de los pacientes, puesto que según la misma habrá pacientes a los que ya no se les atenderá.

Según lo recogido al inicio de este artículo, se puede defender que, según la Constitución y los Tratados Internacionales, se debe atender a todas las personas, aunque se encuentren de forma irregular. En este sentido, en Euskadi (todo va a seguir igual sin perjuicio de los Recursos Inconstitucionalidad interpuestos), Asturias, Cataluña, Canarias, Andalucía, Navarra y Galicia, de momento, se les va a seguir atendiendo bajo distintas fórmulas.

Hay que destacar la sentencia del Tribunal Constitucional 236/2007 (del 7 de noviembre), en la que se analiza el derecho de acceso a la educación no obligatoria de los extranjeros sin autorización para residir, estableciéndose en la misma que pueden ser expulsados por los procedimientos legalmente previstos, pero mientras estén en territorio español no pueden ser privados de dicho derecho, puesto que el derecho a la educación se reconoce «*constitucionalmente por igual a todos los extranjeros, independientemente de su situación administrativa*». Aplicando dicha sentencia a la asistencia sanitaria, se podría manifestar que los extranjeros en situación irregular tendrían derecho a la asistencia sanitaria, puesto que es un derecho constitucionalmente reconocido por igual.

Pero, independientemente del derecho a la asistencia sanitaria, están los

deberes legales y deontológicos de atender al enfermo. No atender a una persona puede tener consecuencias legales para el médico, sin perjuicio que se seguirá atendiendo a los menores de edad y durante el embarazo, parto y posparto, también establece que serán atendidos en caso de «urgencia por enfermedad grave o accidente (...) hasta la situación de alta médica».

Lo primero que hay que decir es que cualquier médico ante una urgencia grave debe atender al paciente, tanto desde el punto de vista legal como deontológico. De no atender a una persona «desamparada y en peligro manifiesto y grave» se podría cometer un delito de omisión de socorro regulado en los artículos 195 y 196 del Código Penal, que podría conllevar la inhabilitación profesional de 6 meses a 3 años. A esto habría que añadir la infracción de los artículos 5 y 6 del Código Deontológico. El médico, independientemente de lo que establezca la regulación, tiene la obligación de atender a una persona en caso de urgencia por enfermedad grave o accidente.

Pero aquí también nos encontramos con el problema de determinar qué es una «urgencia por enfermedad grave o accidente», ya que primero hay que explorar al paciente y hay situaciones que en principio pueden dar la impresión de no ser graves, y luego realmente serlo. A lo que hay que añadir que, en ocasiones, aunque en ese momento la situación del paciente no sea grave, la ausencia de tratamiento puede derivar en que lo sea.

¿Qué hacer si se atiende pensando que es una urgencia por enfermedad grave o accidente y luego no lo es? ¿Se deja de atender porque parece no ser grave? En este caso –como en otras muchas ocasiones en el ámbito médico– el legislador deja en manos del médico determinar si se trata de una «urgencia por enfermedad grave o accidente». Pero para actuar de forma correcta, desde el punto de vista deontológico y legal, y realizar el diagnóstico hay que explorar al paciente.

Además, no hay que olvidar que el médico y los servicios y centros sanitarios deben cumplir lo establecido en la Ley

El derecho a la protección a la salud obliga a los poderes públicos a actuar en un sentido determinado

El legislador deja en manos del médico determinar si se trata de una «urgencia por enfermedad grave o accidente»

41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente. Así, el médico debe elaborar la Historia Clínica del paciente y el centro archivarla (artículos 14 a 18). Además todo paciente tiene derecho al informe de alta (artículo 20). Esto significa que también se debe cumplimentar la Historia Clínica cuando se trata de personas en situación irregular (tarea que puede ser más complicada si no tienen tarjeta sanitaria y las anotaciones no se pueden realizar informáticamente) y que también este paciente tiene derecho al Informe de alta una vez finalizada la asistencia. Pero, no solo se trata de derechos del paciente y obligaciones del médico, sino también la forma de que el médico acredite que su actuación ha sido correcta.

Algunos médicos, ante esta situación, han manifestado que van a ejercer la objeción de conciencia, que no van a cumplir con lo dispuesto en esta nueva regulación y que van a atender a los pacientes que se encuentren en situación irregular. No vamos a extendernos en el alcance del derecho a la objeción de conciencia, (nos referimos al mismo

en el número 65 de Medikuen Ahotsa, marzo 2011), pero hay que recordar que, desde el punto de vista legal, para poder ejercer este derecho debe estar recogido en una normativa legal o ser expresamente reconocido por los tribunales. Así ocurre en la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual Reproductiva y de la Interrupción del Embarazo, donde el artículo 19.2 establece expresamente la posibilidad de ejercer el derecho de objeción de conciencia y el Tribunal Constitucional con anterioridad también había dicho que el médico tenía derecho a ejercerla. En el caso de la atención de los pacientes en situación irregular, sin embargo, no existe ninguna ley que ampare la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia y tampoco ninguna resolución judicial. Aunque, de conformidad a lo manifestado al inicio de este artículo, el médico objetor podría alegar que como trabajador de la Administración se cumple con lo determinado en la Constitución que establece que la Administración debe velar por la protección de la salud y que esta regulación vulnera la Constitución (en espera del pronunciamiento del Tribunal Constitucional al respecto).

También el Código Deontológico (artículos 32 a 35) recoge el derecho a la objeción de conciencia, aunque para ejercerlo debe haber una base legal, que una Ley permita ejercer la objeción de conciencia (lo cual no ocurre en este caso), pero, tal y como se manifestó en el artículo de marzo de 2011, el Código Deontológico podría considerarse la habilitación necesaria.

El médico, durante su trabajo en la sanidad pública, debe cumplir con lo establecido en la Ley y solo podrá atender a estos paciente en situación de «urgencia por enfermedad grave o accidente» y, como se ha dicho, para determinar si un paciente está en esa situación en ocasiones habrá que explorar al paciente y el médico deberá cumplimentar la Historia Médica y emitir el correspondiente informe de conformidad a lo establecido en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, determinando entonces si se trata de una urgencia por enfermedad grave o accidente. La decisión se deja, en definitiva, en manos del médico, que es el único que puede diagnosticar. ■



Primera imagen de la nueva Junta Directiva el día de su toma de posesión.

© Juantxo Egaña

LA JUNTA ECHA A ANDAR Y ENCARGA TRES AUDITORIAS

En su primera reunión celebrada el pasado 29 de agosto, la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, a propuesta de su Presidente, aprobó la realización de tres auditorias que traten de identificar y plantear las mejoras necesarias en el funcionamiento del Colegio y así mejorar la atención a los colegiados. Asimismo, se aprobó la creación de la Comisión de Euskera del Colegio.

Dichas auditorias han sido encargadas a distintas empresas y tratarán de analizar las áreas organizativo-administrativa, financiero-contable y jurídica. El grupo OTEIC se encargará de analizar el área organizativo-administrativa, para lo que analizará las funciones y responsabilidades del personal, las capacidades y competencias del personal y los procedimientos de trabajo para que estos se adecuen a las necesidades de los colegiados. Según lo acordado OTEIC presentará su informe a mediados del mes de octubre.

La auditoria financiero-contable, por su parte, ha sido encargada a la empresa

Arrieta Asesores que, tras realizar una completa revisión financiera y de gestión, reflejará la situación financiera y de la organización y qué procedimientos de gestión y administración se han venido aplicando hasta el momento. Arrieta Asesores revisará los estados financieros, los métodos y criterios contables que se aplican, los procedimientos de cobro y pago, el cumplimiento de la normativa vigente en cuanto a depósitos y registros, los contratos con proveedores, los procedimientos de contratación, así como los contratos de trabajo del personal del Colegio.

Finalmente, el despacho de abogados Cuatrecasas se encargará de analizar el servicio de asesoría jurídica que ofrece el Colegio. Dicho análisis será coordinado por Juan José Álvarez Rubio (Catedrático de Derecho Internacional Privado de la UPV/EHU y de la UNED de la que ha sido director).

El Presidente José María Urkia, en su primera reunión en la OMC, ha podi-

do constatar la enorme preocupación existente en torno a la colegiación universal de los médicos. Cuestión sobre la que informará oportunamente.

La nueva Junta de Gobierno, asimismo, ha acordado la creación de la Comisión de Euskera que –liderada por Jabier Agirre– tratará de potenciar y extender a la sociedad y a los médicos el interés del Colegio por la utilización del euskera en el ámbito médico. Asimismo, se espera la renovación de la Comisión Deontológica que presidirá Milagros Arrieta, así como de los integrantes de la Fundación del Colegio de Médicos. Por otra parte, Pedro Gorrotxategi coordinará al Consejo de Redacción de Medikuen Ahotsa; Cristina Grau liderará la comunicación con los médicos MIR para lo que prepara una sesión de puertas abiertas; el tesorero Juan Ignacio Kutz, con ayuda de Lucía Duo, estudia optimizar los recursos económicos y patrimoniales del Colegio y Ramón San Sebastián, por su parte, proseguirá su labor al frente del Aula Médica Senior. ■

1.



2.



3.



4.



5.



1. Enrique Telleria interviene en su último acto como Presidente del Colegio.
2. Carlos Benito, nuevo Secretario General, Enrique Telleria, Presidente saliente, José Maria Urkia, nuevo Presidente, y Milagros Garicano, Secretaria General saliente.
3. y 4. Emotivo abrazo entre ambos Presidentes.
5. José Maria Urkia agradeció la labor de Enrique Telleria al frente del Colegio durante los últimos veinte años.



6.

6. José María Urkia prometió defender la medicina y actuar con transparencia, lealtad, amistad y verdad.

7. Enrique Telleria aprovechó la ocasión para defender la colegiación universal de los médicos.

8. y 9. Algunos de los componentes de la nueva Junta de Gobierno.

10. Los doctores Etxeberria, miembro de la Comisión Deontológica, y Txueka también asistieron a la toma de posesión de la nueva Junta de Gobierno.

11. Milagros Garicano, en calidad de Secretaria General, dio fe de la toma de posesión de la nueva Junta de Gobierno.

12. El Presidente saliente da la bienvenida al nuevo Presidente y a todo su equipo.



7.



8.



9.



10.



11.



12.

PRESENTACIÓN DE LA JUNTA DE GOBIERNO



PRESIDENTE
JOSE MARÍA URKIA



VICEPRESIDENTE 1º
IMANOL QUEREJETA AYERDI

Doctor en Medicina y profesor asociado de la UPV/EHU. Miembro del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental de la UPV/EHU y jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Donostia.

VOCALES

MARÍA LUCIA
DUO TRECET



Médico Adjunto del Servicio de Rehabilitación en Mutua. Licenciada por la UPV/EHU y Médico Interno Residente vía MIR en el Hospital Universitario Donostia.

ADELAIDA LA CASTA
MUÑO



Médico Adjunto en Oncología Médica del Hospital Universitario Donostia. Colabora en la formación de estudiantes y residentes de Oncología Médica y Radioterápica y en investigación clínica de dicho hospital.



VICEPRESIDENTE 2º
IÑAKI EIZAGUIRRE SEXMILO

Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario Donostia y profesor agregado de Pediatría de la UPV/EHU. Especialista en Pediatría y Puericultura, en Cirugía Pediátrica y Fellow of the European Board of Pediatric Surgery.



SECRETARIO GENERAL
CARLOS BENITO GÓMEZ

JUAP del PAC de Donostia y director de gabinete de análisis clínicos, es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Análisis Clínicos.



VICESECRETARIA
Mª CARMEN LOBO MORÁN

Doctora en Medicina y Cirugía, especialista de Anatomía Patológica y profesora de dicha asignatura en la UPV/EHU, y máster en Oncología Molecular (CNIO).



TESORERO
JOSÉ IGNACIO KUTZ PEIRONCELY

Médico Adjunto en el Hospital del Bidasoa Servicio de Traumatología. Licenciado por la Facultad de Zaragoza y médico interno residente vía MIR en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona.

Fotos: © Juanxto Egaña

**MANUEL GARCÍA
BENGOCHEA**

Doctor en Medicina y Médico Adjunto del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Donostia (hasta mayo de 2012) y profesor colaborador de Patología Médica de la UPV/EHU.

**MARÍA ASUNCIÓN
GUERRA ALONSO**

Lleva más de 25 años trabajando como sustituta para Osakidetza y es miembro de la Junta del Colegio de Médicos desde hace doce años.

**ÁNGEL MORALES
SANTOS**

Jefe de Sección del Servicio de Radiología del Hospital Donostia. Director de la escuela de la Sociedad Española de Radiología y miembro del grupo de Expertos sobre Seguridad de Pacientes y Gestión de Riesgos de la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS.

**PEDRO JESÚS GORROTXATEGI
GORROTXATEGI**

Doctor en Medicina y Pediatra de Atención Primaria y Presidente de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. Ha sido Presidente de la Sección de Ciencias de la Salud de Eusko Ikaskuntza.

**CARLOS PLACER
GALÁN**

Doctor en Medicina y Médico Adjunto del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Donostia, profesor asociado de cirugía de la UPV/EHU y Board Europeo en Coloproctología.

UNIDAD DE VÉRTIGO Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

DR. FERMIN MATELLANES
OTORRINOLARINGOLOGÍA

AUX: N. ALKIZA
AUX: G. GARMENDIA

- VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZADA
- POSTUROGRAFÍA DINÁMICA BRU (ESTIMULACIÓN REALIDAD VIRTUAL 3D)
- CRANEOCORPOGRAFÍA DE CLAUSSEN
- POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL
- OTOEMISIONES ACÚSTICAS

HOSPITAL QUIRON DONOSTIA
Parque Alkolea, 7
20012 SAN SEBASTIAN

943 32 26 46
691 77 54 58

CENTRO CLÍNICO DONOSTI
Urbietta, 39 -1º Izda.
20008 SAN SEBASTIAN

DISCURSO DE ENRIQUE TELLERIA

«PARA SER BUEN MÉDICO NO ES SUFICIENTE CUMPLIR LA LEY»

Enrique Telleria Arratibel se despidió de su cargo de presidente del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa haciendo una encendida defensa de la colegiación profesional obligatoria. En su discurso indicó que del médico se espera un nivel de exigencia moral más allá de lo que indican las leyes, es decir, que para ser un buen médico no es suficiente cumplir la ley. Este es su discurso íntegro.

En este mi último acto oficial como presidente del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, deseo, por convicción y coherencia, hacer un acto de fe en los Colegios y la defensa de la colegiación profesional obligatoria. Me apoyo para ello en un documento de la OMC.

A la hora de definir el marco normativo de la carrera profesional, cabrían cuatro posiciones:

La primera, la tesis sobre la libertad profesional absoluta. En este caso todo quedaría sometido a los valores, criterios y decisiones personales de cada profesional con libertad absoluta potencialmente equivalente a la arbitrariedad.

La siguiente sería la tesis de la regulación legal absoluta. Todo lo que debe hacer el médico estaría prescrito por el ordenamiento legal. Esto supondría una judicialización de la relación clínica que convertiría la asistencia sanitaria en una selva de litigios y precauciones, incompatible con la vida real. De ahí que entienda la medicina defensiva como una práctica inaceptable.

La tesis de mínimos legales universales (Derecho público) y máximas morales particulares (Ética personal). Según esta posición, las bases mínimas exigibles en la asistencia que el médico debe proporcionar al paciente vienen definidas por la legislación común (que incluye, por ejemplo, la ley de autonomía del paciente) a partir de la cual cada



La sociedad confía en que el médico asume un compromiso de lealtad hacia el paciente con un sincero interés por hacer las cosas lo mejor posible

profesional, de acuerdo con su generosidad y conciencia, elaborará los juicios éticos y la toma de decisiones ante el paciente.

Y finalmente, la tesis de la deontología profesional. Supone un perfeccionamiento de la tesis anterior. En este caso, el profesional se compromete a un nivel de exigencia ética superior a la ley, que viene definida por un contrato social de autorregulación profesional, que se recoge en el código de ética y deontología sobre el cual el Colegio profesional tendría capacidad disciplinar.

La sociedad y los ciudadanos confían en que un médico, por el hecho de decidirse a ejercer esta profesión, asume un exigente compromiso de lealtad hacia el paciente, con un generoso y sincero interés por hacer las cosas del mejor modo posible. Llegados a este punto, surgen algunas preguntas decisivas para nuestro propósito: ¿Queda a la discrecionalidad de cada médico el modo de interpretar y aplicar estos

compromisos éticos tan sustantivos de la profesión médica? Todo lo que está más allá de lo que establece la ley, ¿es solo un asunto de conciencia personal?

Se trata, en definitiva, de establecer si la ética de máximos de cada profesional queda absolutamente confinada a su propia conciencia, sin que se pueda decir nada más al respecto, como si de un coto privado se tratara, donde un paciente queda totalmente al albur del azar del tipo de médico que le ha tocado en suerte. O, cabe por el contrario, que se le pueda exigir al médico un conjunto de deberes precisamente por haber abrazado la profesión médica, aunque no se lo pide el ordenamiento jurídico.

La cuestión no es retórica ni académica, pues está incluso en el sentido común de la gente de la calle; del médico se espera un determinado nivel de exigencia moral más allá de lo que digan las leyes, o al menos sin esperar a que se le imponga de manera coactiva por la lógica de la ley. Pero entonces, ¿Quién decide lo que es ser un buen médico? ¿Es opinable que el médico debe ser compasivo y tratar con cordialidad a los pacientes? ¿Puede depender tan solo del estilo que haya podido aprender de sus maestros? ¿Puede un médico criticar a otro delante de un paciente? ¿Se puede plantear que aquel médico que ha abusado de la debilidad del enfermo en su beneficio también sea evaluado y sancionado por su propia comunidad profesional con una finalidad ejemplarizante?



© Juantxo Egaña

Hay actitudes, disposiciones y comportamientos éticos que, siendo consustanciales y exigibles a una determinada profesión, nunca podrán ser objeto de la legislación ordinaria. Esto es especialmente significativo en el ejercicio de la medicina donde el humanismo y la relación de confianza son vitales. De tal modo que, por ejemplo, no es suficiente cumplir la ley para ser un buen médico. En otras palabras, es compatible cumplir la ley y no comportarse como un buen profesional de la medicina.

Existe, por tanto, un sólido fundamento filosófico y unas raíces constitucionales bien arraigadas para considerar la autorregulación que conlleva la colegiación universal como un bien social. Esforzarse por ejercer la profesión con este ideal no se puede prescribir por la vía legal, pero sí se debe inculcar y exigir como valor deontológico. Este es el sentido último de la necesidad de la colegiación. Los Colegios Médicos están comprometidos en esta tarea ante la sociedad.

Anteriormente hacía referencia a mi convicción y coherencia ante mi modo

de entender lo que supone el Colegio. La colegiación como guía de desarrollo profesional de la práctica médica como brevemente acabo de exponer. La convicción la he tenido y la sigo teniendo. Nadie me la puede cuestionar. La coherencia exige un paso más, es más visible y opinable. Os aseguro que siempre me he esforzado en conseguirla, lo que muchas veces exige superar dificultades que también exigen la toma de decisiones no siempre bien comprendidas.

Como sabéis, he sido Presidente del Colegio casi veinte años. En este tiempo quiero destacar, por destacar algo, tres eventos importantes y poco frecuentes. El primero fue la inauguración de la nueva sede en la que nos encontramos. El segundo la celebración del centenario del Colegio y el tercero la creación de la Fundación del Colegio de Médicos de Gipuzkoa.

Ha llegado el momento de decir adiós. Esto me acarrea una mezcla de sentimientos encontrados. Por un lado, un gran alivio el que supone el acabar con la responsabilidad y la correspondien-

te dedicación inherentes al cargo. Por otro, el de cierta tristeza porque supone el final de la relación personal con compañeros, algunos durante los veinte años, otros en períodos más cortos, durante los que hemos compartido preocupaciones, alegrías, disgustos, etc.

En estas circunstancias siempre se suele decir «nos veremos con frecuencia, quizá cenaremos todos los meses». En el fondo todos sabemos que eso no suele ser así.

Quiero agradecer, de corazón, a todos los que habéis colaborado conmigo. Todos los que habéis pasado por las distintas Comisiones Deontológicas, Comisiones de Hacienda, Comité de Redacción de Medikuen Ahotsa, Patronato del Premio Jose Beguiristain, Asesoría Jurídica, área de comunicación, área administrativa. Mila esker denori eta besarkada haundi bat.

Y para terminar, quiero felicitar al nuevo Presidente José María Urkia, y componentes de la candidatura, deseándoos una feliz y productiva andadura. ■

DISCURSO DE J.M. URKIA

«LA SOCIEDAD NOS NECESITA»

© Juantxo Egaña

Discurso íntegro de José María Urkia en su toma de posesión como presidente del Colegio de Médicos de Gipuzkoa. De su perfil Urkia destacó su independencia, pues no está vinculado a ningún hospital o institución sanitaria, ni a sindicato o grupo político alguno. Asimismo, considera que la sociedad necesita a los médicos más que nunca, pues la técnica no puede suplantar a la persona.

En la toma de posesión del cargo de presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa quiero comenzar expresando, desde el fondo de mi corazón, el honor y la responsabilidad que hoy asumo al representar a toda la colegiación médica de Gipuzkoa, enviando a cada uno/a de vosotros/as un abrazo de amistad, de respeto y de lealtad.

Me comprometo con ilusión en este gran reto y os pido colaboración para poder cumplir con mis líneas programáticas.

Llegamos al Colegio con un espíritu de consenso, del que hemos dado testimonio, de unión, respetando todas las sensibilidades y la pluralidad, pero con un inequívoco proyecto de renovación. Ejerceré la presidencia con todas las responsabilidades y autoridad que me conceden los estatutos colegiales, y con afán de servicio, buscando el bien y prestigio de esta institución y de sus integrantes.

Como en todo relevo, más en este caso tras una presidencia ininterrumpida de cerca de veinte años, existe entre buen número de colegiados, me consta, una legítima esperanza de cambio, de re-



novación, que no podemos defraudar, siempre que sea para mejorar la función colegial, atender las demandas justas de nuestros/as colegas y defender nuestra profesión y a la sociedad a la que servimos.

Desde mi formación profesional, y desde la independencia, como médico e historiador de la medicina, conozco los avatares históricos de lo que ha sido y

es nuestra gran profesión, excelsa, llamada a la excelencia, criticada, pero también alabada, más hoy, cuando la sociedad nos coloca en la cúspide de la máxima valoración entre las profesiones y trabajos, y cuando las mejores cabezas (los mejores expedientes académicos) de nuestra juventud se apasionan y desviven por estudiar la ciencia médica, con lo que ello supone de esfuerzo, dedicación y vocación.

Concedo un valor especial a mi perfil independiente, al no estar directamente vinculado a institución sanitaria, pública o privada, alguna; ni a sindicato alguno; ni a ningún grupo político. Lo que ofrece, a mi juicio, una libertad de interlocución útil y valiosa. Defender la medicina, y la profesión, son y serán mis únicas ataduras con un gran compromiso ético y deontológico.

Desde la atalaya de la historia de la profesión médica y de la medicina se ven las cosas con cierta perspectiva, si vivimos momentos difíciles, otros también los fueron, tal vez más; si nos aprietan a otros también apretaron; si los sistemas de salud nos acogotan, no olvidemos que otros tiempos fueron peores. Lucharemos por la justicia en el trabajo.

Siempre existió la figura del médico, el sanador, el que cura, o el que atiende, y el que consuela, o debe consolar, siempre.

La sociedad nos necesita, más ahora, en la era de la tecnologización y de la comunicación rápida, se echa de menos la mano amiga del médico, que con su palabra y gesto puede mucho más que las tecnologías punta. Los instrumentos son útiles, pero nunca podrán suplantar la sonrisa, la mano, el contacto físico y visual del buen médico.

Elevemos, pues, nuestro ánimo y nuestra mirada, seamos dignos de todos aquellos que nos precedieron en el buen hacer, en la verdad, en la honestidad, en la confianza, en la crítica sincera y constructiva, en suma en los valores deontológicos de nuestra profesión que calificaría de sagrada.

El Colegio médico, a mi entender, debe ser la casa del médico, el refugio en los momentos duros, alivio en los sinsabores, y, como en cada una de nuestras casas, el lugar de corrección fraterna en las faltas y del aplauso en los momentos de éxito, siempre fugaces. Nos debemos a la sociedad, a los enfermos y, sobre todo, a la profesión que hemos abrazado.

Aquí resumo el ideario de mi actuación y el de la junta que ha querido acompañarme. Que cada colegiado/a sienta este hermoso edificio del paseo de Francia, inaugurado en 1995 como

sede colegial, como un lugar donde encontrará amistad, ayuda y también amonestación y corrección, si falta hubiera. Desde el Presidente hasta el último de nuestros ayudantes y colaboradores en esta casa, se ponen, se pondrán, como siempre, o más si cabe, al servicio de cada colegiado/a. La misma cortesía y deferencia para el MIR más bisoño como al más encumbrado galeno.

Transparencia, lealtad, amistad y verdad, quisiera fueran lemas de esta casa. No venimos a servirnos del Colegio sino a servir al Colegio y a sus integrantes.

Para mí pido una conducta irreproachable, así como dignidad para servir y representar con honor a toda la colegiación médica. Solicito a mi Junta que me ayude en este comportamiento y me corrija si me desvío de él.

No puedo terminar estas palabras sin agradecer al presidente Enrique Tellería Arratibel su dedicación en este cometido, que hoy abandona tras casi 20 años en la máxima responsabilidad; a él y a todas las Juntas de Gobierno y comisiones: Deontológica, Hacienda, Revista, Premio Begiristain, Centenario del Colegio, así como a los integrantes de la recientemente creada Fundación, nuestras gracias más expresivas. Encon-

Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko lehendakari izatea ohore eta ardura handia dira Jose Mari Urkiarentzat eta erronka berri honi ilusio osoz ekingo diola azaldu zuen. Gardentasuna, leialtasuna, adiskidetasuna eta egia dira aurrerantzean Elkargoko goiburuak. Gobernu taldea ez datorrela Elkargoaz baliatzera, Elkargoari eta bertako kideei laguntza eta zerbitzua ematera bai zik aurreratu zuen presidentek. Urkiaren esanetan gizarteak, inoiz baino gehiago, medikuen premia dauka; teknologia eta komunikazio azkarren garai honetan hitzaren zein keinuaren bidez punta-puntako teknologia baino mesede handiago egiten duen medikua faltan botatzen baita.

trarán en nosotros la máxima colaboración, en el futuro.

Tampoco puedo olvidar, en este momento de emoción, a su predecesor, el doctor Iñaki Barriola Irigoyen, presidente del Colegio entre 1978 y 1993. Admirado humanista y médico con quien mantuve una gran amistad en su longevidad. Depositario de su legado intelectual y epistolar, dejó honda huella en mi vida y, entre otras lecciones, me enseñó a amar el Colegio, y por eso he colaborado con él siempre que se me ha pedido. Idéntico recuerdo para mi maestro, don Luis S. Granjel; amistad entrañable del Dr. Barriola; venerados ambos, quisiera que sus conductas fueran guía y modelo, adaptadas a los tiempos actuales, pero permanentes en su esencia y de enorme sentido ético.

No puedo olvidar tampoco a la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País (RSBAP), institución cultural decana y de referencia del país. A ella he dedicado, en puestos directivos, 25 años de labor constante, que ahora terminan, de ella, y de sus amigos/as, he recibido algunas lecciones difíciles de olvidar. El Colegio Médico es amigo colectivo de la RSBAP y buen número de médicos guipuzcoanos se han honrado en pertenecer a ambas instituciones: Barriola, Samaniego, Granjel, Gárate, Etxeberria, Lobo Satué, Munoa, Ibarzabal, Gorrotxategi, Urcola, Txueka...

A mi Junta, que hoy llegan conmigo a este Colegio, mi gratitud más afectuosa por haber confiado en mí y haberse esforzado en crear un equipo cuyos primeros pasos se inician hoy oficialmente. Sed también vosotros la voz del Colegio en vuestros ámbitos de trabajo y esforzados en acercar el lema de esta casa a todos/as.

Termino recordando que la grandeza y las dificultades de nuestra profesión están maravillosamente sintetizadas en el primer aforismo de Hipócrates de Cos, siglo IV a. de C., y que dice así:

«la vida es breve; la ciencia (la medicina) extensa; la ocasión fugaz; la experiencia insegura, el juicio difícil. Es preciso no solo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino que además (colaboren) el enfermo, los que le asisten y las circunstancias externas». ■



© Juntxo Egaña

José María Urkia Etxabe (Donostia, 1956), médico de salud laboral en el Ayuntamiento de Donostia y profesor de Historia de la Medicina en la facultad de medicina del País Vasco, ha sustituido en el cargo de Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa a Enrique Telleria. Tal y como reconoce en esta primera entrevista, tras su elección el pasado 27 de julio, llega al puesto con el propósito de renovación y cambio.

«NO HE VENIDO A OCUPAR UN SILLÓN, NI A SERVIRME DEL COLEGIO»

LUPE CALVO ELIZAZU

¿Cómo ha sido su primera toma de contacto con el Colegio tras su elección?

Ha sido un contacto positivo, ilusionante y pensativo en las cosas que quiero ir renovando y cambiando. He encontrado, tanto por parte de mi Junta como

de todos los que trabajáis en el Colegio, una disponibilidad muy abierta y positiva que agradezco. ¡Incluso en esta época vacacional estáis todos conmigo! Y, por otra parte, veo la necesidad de ir renovando y cambiando cosas porque los colegiados aspiran, por lo menos

muchos de ellos, como es lógico, a que el Colegio dé respuestas a determinadas cuestiones.

Desde su elección, ha mencionado usted muchas veces la palabra renovación, lo dijo ya en su toma de

posesión, e indicó que llega al Colegio «con un inequívoco proyecto de renovación». Ahora acaba de repetir que existe entre un buen número de colegiados esa esperanza de cambio. ¿Cuáles son las cosas, los tangibles, que hay que cambiar?

Creo que tenemos que abrir el Colegio y ofrecer a los colegiados todos los servicios y todas las posibilidades que da este Colegio. Posibilidades de reunión, de lugar de encuentro, de una asesoría jurídica eficaz y rápida, de una confraternización, de un conocimiento deontológico y un conocimiento de los problemas que tiene actualmente la medicina, de relacionarse con otros compañeros con facilidad... Es decir, tiene que dar a todos los colegiados información, transparencia, para que encuentren en el Colegio un lugar de acogida rápida, eficaz y cordial.

Igual es un poco prematuro preguntarle esto, pero, ¿Están estudiando, por ejemplo, ofrecer nuevos servicios?

Una de las cosas que vamos a hacer es invitar al Colegio a todos los colegiados nuevos que se acaban de colegiar en este primer semestre. Les voy a enseñar el Colegio e informar sobre qué funciones y posibilidades les ofrece y también les vamos a dar un pequeño aperitivo, como es lógico. Esta es una de las primeras medidas eficaces que quiero tomar. Hay más: con el personal que tenemos, vamos a abrir el Colegio en todas las horas disponibles del día tanto en invierno como en verano. También vamos a tratar de que todos los problemas jurídicos, etc., de los colegiados tengan una resolución, o por lo menos una atención, rápida. Iremos poco a poco. Asimismo, queremos ser transparentes, es decir, informar de cómo hemos encontrado el Colegio, qué medios económicos, qué posibilidades, qué problemas... todo ello para acercar el Colegio a los colegiados y ver si podemos hacer algo por cambiar esa idea de que el Colegio es un lugar donde «yo pago una cuota y no quiero saber nada», que está muy extendida.

¿Podría decirse que hay cierto desinterés por parte de los colegiados, o una mayoría de los colegiados, por los asuntos del Colegio?

Yo diría una cierta desafección. Quizá porque algunos han encontrado que

el Colegio no les ofrecía nada más que un lugar para asegurar el coche o si tenían algún pleito ver cómo salían bien parados. Otros se han alejado del Colegio porque realmente no encontraban nada. Por eso tenemos que ilusionar a la gente a que venga no sólo a buscar un mayor rendimiento y que el abogado me consiga más dinero de Osakidetza o tal, sino que venga por otros aspectos de la vida colegial y del médico que también son importantes.

Esto que dice usted choca un poco con que se haya presentado solo una candidatura, ¿Le ha sorprendido que no haya tenido otro rival?, si lo puedo decir así.

La candidatura que hemos presentado ha sido una candidatura de consenso. Sí ha habido otros intentos de candidatura, hay que decirlo. Los médicos homeópatas, por ejemplo, estaban

preparados a hacer una candidatura de quince médicos homeópatas, pero, con todo el respeto, ¿Un Colegio son quince médicos homeópatas? Yo creo que no. Ha habido también un intento por parte del Sindicato Médico de tener una presidencia y cuando han visto nuestra Junta han dicho: «Nos parece una Junta muy equilibrada, no vamos a hacer una candidatura de oposición y además nos unimos a ella». También se estaban preparando médicos de familia de cierta comarca. Es decir, dentro de esa cierta desafección, sí ha habido movimientos para presentarse. Yo he tratado de buscar cierto consenso y lo he hecho no porque no quiera que haya elecciones, que soy el primero que quiero que las haya, pero debidamente, con la posibilidad de que también se pueda votar en los hospitales lejanos, no solo aquí y con la posibilidad también de que se puedan hacer las cosas ampliamente, pero no es fácil. Mi experiencia cuando me presenté hace tres o cuatro años no es precisamente muy positiva en el sentido de que fuera transparente, y esta sí lo es. Para presentar una candidatura no se improvisa. No es fácil formar una candidatura de quince personas y tratar de representar a las diferentes especialidades, tratar de que haya justicia, una mayor proporción entre hombres y mujeres ya que la mitad de la colegiación son mujeres. Nosotros hemos conseguido que haya cinco mujeres, una más que en la candidatura anterior. Creo que mi Junta y yo hemos trabajado para tratar de llegar al Colegio de una manera limpia y con algunos (los homeópatas, los médicos de familia...) me he comprometido en cosas que nos unen y nos han dado un voto de confianza.

¿Qué va a aportar un médico e historiador de la medicina a este Colegio?

Creo que uno de los primeros aspectos que te da la visión histórica es que tienes una perspectiva muy buena y certera de cómo ha sido esta profesión en la historia de la humanidad. Esa perspectiva histórica te permite ver las cosas con cierta profundidad y al mismo tiempo relativizar las cosas. También creo que yo puedo aportar independencia, pues como dije en mi toma de posesión, no estoy vinculado a un hospital, ni público ni privado, con lo que eso supone. Ni estoy vinculado a

“

Tenemos que abrir el Colegio y ofrecer a los colegiados todos los servicios y posibilidades que les brinda

“

Venimos a defender la medicina y a la sociedad a la que nos debemos

José María Urkia Etxabe

Donostiako Udaleko lan osasune-ko medikua eta Euskal Herriko Unibertsitatean Medikuntzako Historiako irakaslea da eta pasa den uztailaren 27az geroztik Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko presidentea, Donostian 1956an jaiotako Jose Mari Urkia. Berrikuntza hitza behin eta berriro aipatu du Urkia jaunak Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala zuzentzeko hautatua izan zenetik.

Inolako alderdi politiko edo sindikatuko kidea ez denez, erabat independentea dela aldarrikatzen du.

Elkargokide asko hainbat aldaketaren zain daudela dio oraingo presidentea, horregatik Elkargoko egoitza ahalik eta ordu gehien irekita egotea proposatuko du besteak beste.

Gardentasunez jokatzeko asmoa dauka, elkargokideek Elkargoaren egoeraren berri zuzen-zuzena izan dezaten eta baita Elkargoko dirua nola kudeatzen den ere. Datozen lau urteetan Elkargoko ardura izango duen Gobernu Batzordea gizartea eta medikuntza defendatzera dator eta inolaz ere ez Elkargoa bere mesedetan erabiltzera.

un grupo político. Ni estoy vinculado a ningún sindicato médico. Yo estoy vinculado y enamorado de la medicina y el médico. Ese sí es un rasgo que yo quisiera profundizar y, sobre todo, creo en la ética y en la deontología. Como humanista y como profesor de historia de la medicina cargo mucho en los aspectos de las humanidades médicas, de la confraternización entre los médicos.

Volviendo a su discurso, usted anunció como uno de los lemas del Colegio la transparencia. Mencione también la lealtad, la amistad y la verdad. ¿Podría explicar cómo piensa hacer realidad estos lemas?

Para lograr la transparencia hay que ofrecer a todos los colegiados información puntual y precisa de todos los aspectos organizativos, económicos y funcionales del Colegio. No tenemos que ocultar nada, sino que debemos enseñar a los colegiados cómo se administran sus recursos. Cuando hablo de lealtad quiero decir que unos a otros nos debemos un respeto y una consideración, no que todos comulguemos con las mismas palabras, pero sí que teniendo puntos de vista distintos nos debemos a una causa común que es la medicina. La amistad no significa que somos amigos para irnos de cena o de fiesta, sino que, por encima de todo, está el bien común del enfermo y el bien entre los médicos. Esto es, no hablar mal unos de otros, y menos delante del enfermo. ¿La verdad? Es una palabra muy fuerte, es el comportamiento ético y el ser serio y verdadero en las cosas. Creo que esto es muy importante en una sociedad donde ya nadie nos fiamos de nadie, donde las relaciones humanas muchas veces están mediadas por aspectos mezquinos y la política, aparte de denostada, es casi una peste que nos está aplastando.

¿Piensa abrir el Colegio a la sociedad guipuzcoana? Si es así, ¿Cómo?

No venimos a defender al médico como tal, en un sentido corporativo. Nosotros venimos a defender la medicina y a la sociedad a la que nos debemos. La sociedad, que muchas veces también sufre y padece, sí cree en el médico –ya lo dije, en los ranking de valoración profesional los médicos están en la cúspide–, pero el médico vive y trabaja en un entorno que muchas veces no le es cómodo y le constriñe. Yo creo que la

sociedad tiene que saber que el Colegio va a velar para que ellos tengan médicos bien formados y que no les den gato por liebre. Nosotros tenemos que defender la profesión médica que es una forma de defender a nuestros conciudadanos, que vean en el Colegio un lugar que les ofrece referencia, seguridad y confianza.

En estos momentos de desesperanza general ante el futuro, ¿Qué aportan los Colegios profesionales, y este en concreto, a la sociedad y a sus colegiados?

Sí, hay una desesperanza porque se nos están cayendo muchas estructuras: ya no nos fiamos de los bancos, ni de muchas instituciones que han sido muy fuertes. Yo espero que los valores de la sociedad guipuzcoana, que siempre ha sido muy generosa y emprendedora en cosas socio-sanitarias, no se hayan perdido y estén ahí. ¿Qué podemos hacer? Rearmar la sociedad con esos valores, diciendo que merece la pena, que entre todos vamos a seguir, que por lo menos en Gipuzkoa vamos a salir adelante. Tenemos que defender una sanidad pública buena para todos; tenemos que tratar de mejorarla; tenemos que tratar de ser responsables y tenemos que seguir siendo esa sociedad que siempre ha sido muy sensible –y te lo digo como historiador– con los problemas sanitarios y sociales de nuestra población. Los guipuzcoanos hemos sido los primeros en instituciones benéficas; los primeros en contar con un Instituto radio quirúrgico; los primeros en la lucha contra el cáncer, donantes de sangre, donantes de órganos... Es verdad. Lo hemos sido en otros momentos porque hay conciencia social, porque en el país hay un sentido de solidaridad y eso se está resquebrajando, porque vivimos en un entorno. Creo que tenemos que apostar por lo nuestro, defenderlo y mejorarlo, en el mejor sentido.

Accede usted al Colegio en un momento en que la situación económica y fundamentalmente los recortes están haciendo mella dentro del colectivo médico, usted anunció que luchará por la justicia en el trabajo, ¿Qué puede y qué debe hacer el Colegio para lograr una justicia en el trabajo?

En otros lugares las condiciones de trabajo de muchos médicos están ca-

yendo estrepitosamente, pero en el País Vasco, en relación con otras comunidades autónomas, el dique se está manteniendo todavía. A esta situación económica nos han llevado los políticos. Y mientras ellos se mantienen sus privilegios están recortando en otras cosas; pero recortar en algo tan sensible como la sanidad es muy peligroso. Creo que el médico, como cualquiera, tiene que tener unas condiciones de trabajo dignas. No podemos volver a un esclavismo o a condiciones de trabajo realmente dramáticas o insuficientes, porque eso no trae más que frustración al médico y a la sociedad. ¿Qué tiene que hacer el Colegio? Creo que tiene que velar por que no se pasen ciertos límites y por que los recursos se repartan de una manera proporcional y prudente. Lo que no podemos es mantener privilegios en algunos sectores, y perdona que insista en los políticos, e ir cortando de otras cosas. La situación es muy seria y aquí lo que no pueden hacer es mantenerse unas castas privilegiadas, como los príncipes y nobles, y los demás a bajar. Yo creo que la socie-

“

Hay que seguir manteniendo esta magnífica sanidad que nos hemos creado entre todos

dad tiene que defender y los colegios, en su medida, tratarán de apoyar al médico y a la sociedad. En definitiva, es apoyar a la medicina para que se pueda seguir manteniendo en unos buenos niveles. Eso no significa que los ciudadanos no tengamos que ser responsables en el gasto médico y en el consumo médico, ¡claro que sí! A veces de una manera insensata se hacen cosas

que no se deben hacer. Hay que seguir manteniendo esta magnífica sanidad que nos hemos creado entre todos. Y que el que tenga verdadera necesidad que realmente tenga los medios y el que defraude que tenga el castigo, por supuesto.

¿Ha pensado cuántos años va a estar al frente de este Colegio?

En principio las próximas elecciones serán dentro de cuatro años si nadie lo remedia y si antes nada hace que tenga que dejar este cargo que me honra; pero, en principio, el plazo estatutario es de cuatro años. El plazo que el día a día me da de no lo sé. Acabo de aterrizar y lo que sí me gustaría es dar pasos cada día. Quiero decir que no he venido a ocupar un sillón, ni a servirme del Colegio. Mi equipo y yo hemos venido a trabajar con ilusión por el Colegio y si vemos que no logramos avanzar y que nuestros esfuerzos son baldíos tendremos que sacar las consecuencias, pero en este comienzo hay que mirarlo con esperanza. Creo que con ilusión podremos hacer muchas cosas. ■





“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





In Memoriam



**JAVIER
HIDALGO
(BÚFALO)**

Era una de esas personas que nacen con estrella. Tenía esa estrella que refulge ante los ojos de los demás. Eso significa que su presencia siempre resultaba notable. Acompañaba, ayudaba, transmitía optimismo, vitalidad, ganas de vivir, entusiasmo. De hecho, ese es uno de sus principales legados: valorar la vida como un camino que merece ser recorrido, saboreado, disfrutado.

Él apuró su camino hasta el final, sin preguntas y sin reproches, aceptando sus decisiones con la entereza de las personas sin recovecos.

Pero eso no es lo único que nos ha dejado, al margen de un agujero enorme. Nos ha legado el sentido de la amistad, del honor, del respeto, del trabajo, de la entrega, del sacrificio, de la responsabilidad.

Fue una persona entera y cabal que se abrió paso en la vida con el poder de su determinación, sin más ayuda.

Y era un sentimental. Por encima de todo era un gran sentimental. Se emocionaba con facilidad y las lágrimas no eran unas extrañas en sus mejillas, donde siempre eran bien acogidas, reconocidas como hermanas.

Y si para todos, o casi todos, tuvo un gesto, un detalle, una muestra de cariño... para absolutamente todos tuvo una broma, un gesto pícaro, una complicidad. Él era así, una persona de las que de verdad no se olvida. La palabra humano nunca le fue grande.

Y le llamaban Búfalo. Y era muy acertado el mote, aunque no por las razones que la gente cree. Muchas veces se ha pensado que Búfalo venía por el estrépito de un cuerpo colosal, fornido, por la contundencia y expresividad de sus palabras, por el volumen de su voz. En realidad, y ahora nos damos cuenta, Búfalo viene porque su paso por esta vida ha removido a todos los que hemos tenido la fortuna de estar cerca de él. Igual que un búfalo hace temblar la tierra que pisa, nuestro Búfalo nos ha hecho temblar el alma con su vida. Por eso, su vida nunca se apagará del todo. Al menos mientras nos siga temblando el alma.



JESUS ALABA LOINAZ

Fue en San Sebastián, en su querida Donostia, donde el pasado día 6 de agosto de 2012 falleció nuestro compañero el Dr. Jesús Alaba Loinaz.

El Dr. Alaba, el amigo Jesús, fue gran profesional de la medicina, de amplia preparación científica y un trato siempre humano con sus pacientes y sus compañeros.

Desarrolló su profesión en el antiguo Hospital de San Antonio Abad, la Casa de Socorro, en la Fundación Matía, en la Residencia Nuestra Sra. de Aranzazu y en el Ambulatorio de Amara, donde con él aprendimos y compartimos trabajo y amistad.

Como profesional ha sido siempre un referente, pero hoy es momento de destacar sus grandes cualidades humanas; su afición por la ópera y la música; su capacidad para escuchar, conversar y aconsejar, así como su fidelidad y lealtad ampliamente demostradas. Ha sido un compañero que llenaba los espacios y su ausencia no podrá ser reemplazada.

Su familia, a la que amó profundamente, era el gran pilar de su vida.

Nos ha dejado, pero su recuerdo y su presencia perdurará en el tiempo.

Omnia fecit bene. Todo lo hizo bien.

Agur, Jesús.

altas y bajas

altas

Junio 2012

Cabello Pucce, Héctor Enrique
 Muñoz Gómez, Julián Honorio
 Larrea Tamayo, Elene
 Díez López, Lorea
 Barrio López, M^a Teresa Sabina
 González-Torre González, Ana Isabel
 Mazabuel Quintero, Juan Carlos
 Cristiani, Marco Massimo
 Guintana Raczka, Olga
 Lasarte Izcue, Aitor
 Aldana Tabuenca, Alberto
 Gómez Cámara, Oihana
 Menero Oteiza, Ada
 Flores Castro, Lilia del Rocío
 Navarro Rojas, Miguel Edison
 García de Campaña, Yurima Carolina
 Goñi Esarte, Silvia
 Gómez Mateo, María del Carmen

Julio 2012

Tolarechipi Vilasau, Sara
 Martín López, Ricardo
 Cervantes Ibañez, Sebastián
 Torrado Bardasano, Ernesto
 Abdul-Sayed Valdeolmillos, Amal
 Lucas Carbonero, Jaime Lucas
 Salinas Muñoz, María
 Campos Napanga, Ada Cleofe

Agosto 2012

Hristova, Elena
 Azueta Etxebarria, Ainara
 Save Castellano, Josep Pere
 Gallegos Chipana, Roger
 Hijosa Basarte, Esther

bajas

Junio 2012

Veiga Gil, Leonor
 Cardona Toro, Miguel Antonio
 Naranjo Ramírez, M^a Dolores
 Villarreal Tejero, Eloisa
 García Mayoral, Virginia
 Bermejo Sánchez, Josefa Aurelia
 Echevarria Echeberria, Julen

Julio 2012

Velasco Benito, Verónica
 Aramburu León, Idoia
 López García, M^a Soledad
 Ramírez Muñoz, María Carmen
 Castro, Graciela
 Lakkis Lakkis, Hani
 Pérez Martín, Nuria

Agosto 2012

López Buitrago, Mario Ernesto
 Romaní Castro, Ramón
 Palacin Chávez, Karim Estela

fallecidos

Hidalgo Carrillo, Francisco Javier
 Alaba Loinaz, Jesús

BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES

> CONFERENCIA

Conferencia de Aula Médica Senior el 24 de octubre

“Semmelweis y Céline, dos médicos, dos épocas: pasión por la verdad médica” es el título de la conferencia elegida para dar inicio a la nueva temporada del ciclo Aula Médica Senior. La conferencia será ofrecida por el presidente del Colegio, José María Urkia y tendrá lugar el miércoles 24 de octubre ya que el 25 es festivo en la Comunidad Autónoma Vasca.

En la nueva Junta recientemente elegida el vocal de médicos jubilados, Ramón San Sebastián, continua al frente de este ciclo de conferencias dedicado a la medicina, las humanidades y las artes, y ultima el programa para el curso 2012-2013. Se trata ya de la cuarta temporada del ciclo de conferencias Aula Médica Senior por la que han pasado médicos como los doctores Linazasoro, Videgain, Gorrotxategi o Vea, entre otros. ■

> BECAS

Beca para un investigador de Biodonostia

Jesús María Bañales, investigador adscrito a Biodonostia, ha recibido de la Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer una beca de 135.000 euros para tres años para estudiar el colangiocarcinoma, un cáncer que afecta a las vías biliares de una de cada 50.000 personas y es de alta mortalidad.

El doctor Bañales es natural de Artajona y se ha formado en la Clínica Mayo de Estados Unidos, donde trabajó hasta integrarse en Biodonostia.

La Fundación Científica de la AECC tiene presupuestado para este año 5 millones de euros para becas de investigación de diferentes niveles y comprometidos 14 millones para sufragar el presupuesto de este año y las cantidades de becas de larga duración concedidas en años anteriores. ■

> PRESENTACIÓN DEL LIBRO

Javier Olascoaga presenta su libro ‘Profesionales sanitarios en el valle de Oiartzun (1597-1936)’

El coordinador de la Unidad de Esclerosis Múltiple del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Donostia, Javier Olascoaga Urtaza, ha presentado recientemente su libro «Profesionales Sanitarios en el Valle de Oiartzun (1597-1936)» –editado por el departamento de Cultura del Ayuntamiento de Oiartzun– que forma parte de un trabajo de investigación más amplio que constituyó la memoria de su tesis doctoral.

Esta publicación se refiere a los médicos y cirujanos que ejercieron en dicha zona desde el siglo XVI hasta el inicio de la guerra civil; y en el mismo además de la vida y el trabajo de médicos y cirujanos de la zona plasma el quehacer de matronas, practicantes, boticarios y veterinarios a lo largo de más de tres siglos.

El doctor Olascoaga es miembro del comité asesor de varias revistas médicas como Neuroinmunología y Revista Española de Esclerosis Múltiple y autor o coautor de más de un centenar de trabajos en el campo de la neurología. ■

> REVISTA CANCER

Revista de la American Cancer Society

El doctor Ariel Gutiérrez Hoyos, especialista en anatomía patológica, ha donado al Colegio una treintena de volúmenes que recogen los números de la revista Cancer editados por la Sociedad americana del cáncer (American Cancer Society) desde 1974 hasta 1982. ■



farmacia
plaza guipúzcoa
Lda. M.López
R.P.S. Nº 117/10

**Abierto 365 días al año
de 09:00h a 22:00h**

Idiaquez, 4 (Plaza Guipúzcoa)
20004 Donostia-San Sebastián
Tel. 943 427 050

“

La medicina en paliativos es arte, es emplear la parte humana más que la parte científica

«LA ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA TIENE QUE SER UN DERECHO»

LUPE CALVO ELIZAZU

Apasionado de su trabajo, Jacinto Bádiz Cantera (Sestao, 1948), Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi, reclama de los médicos más dosis de humanidad para tratar a las personas en la fase final de su vida, cuando la ciencia ya nada más puede hacer. El doctor Bádiz es, asimismo, Secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC y miembro del Grupo de Trabajo «Atención Médica al Final de la Vida» de la OMC.

Según el humanista Francisco Petrarca «una muerte bella honra toda la vida». Desde su experiencia, ¿qué es una muerte digna, una muerte bella?
Creo que decir que una muerte es bella

es muy atrevido. Bella es la vida. Y decir que una muerte es digna creo que es inadecuado, porque la muerte no es digna. Digno es cómo se vive mientras llega la muerte. La misión de los médicos que nos dedicamos a paliativos es mantener con dignidad a la persona mientras llega su muerte para que la muerte sea en paz. Tratamos de que la muerte sea lo menos traumática posible.

¿Qué se puede hacer para mantener la dignidad y que la muerte sea lo menos traumática posible?

Los médicos somos conscientes que hay enfermos que no podemos curar, pero a todos los podemos cuidar. Por eso, lo primero que hay que hacer es no abandonar al enfermo, que cuando llegada la situación de no poder curar no dejemos al enfermo con la familia y nos marchemos. Lo importante es seguir ahí y ver qué necesidades tiene el enfermo y su

familia, estar siempre disponibles. Necesita, por ejemplo, que le aliviemos el dolor y, al final de la vida, la dosis adecuada la marca el propio paciente cuando dice: «Doctor, ya no tengo dolor». Tenemos que creer al enfermo cuando dice que tiene dolor y si dice que tiene mucho dolor, ¡pues tiene mucho dolor! ¿Por qué dudarle? Y así podríamos plantearnos todos los síntomas al final de la vida. Y si por darle más dosis para poder controlar el síntoma el paciente muere antes, no le estoy provocando la eutanasia. Lo que estoy haciendo está dentro de la buena práctica médica recogida en nuestro propio Código de Ética y Deontología Médica, sería lo que se llama doble efecto.

Hasta ahora ha hablado del dolor físico, pero también hay otro tipo de dolor, el dolor del alma, ¿cómo trata este dolor un médico?

Agradezco esta puntualización porque el dolor tiene cuatro aspectos: físico, emocional o psicológico, social o familiar, y espiritual y nosotros no podemos centrarnos solo en un aspecto del dolor. Si solamente resolvemos el dolor físico no lo estamos haciendo del todo bien ya que tenemos que tratar los cuatro aspectos del dolor. ¿Cómo? Con una atención integral al enfermo desde la perspectiva de varias disciplinas: psicólogos, pastorales de la salud, trabajadores sociales, etc.

¿Qué papel juega en este proceso la familia?

La familia juega un papel fundamental porque cuando uno se está yendo de esta vida lo que más le duele no es el sufrimiento físico sino los seres queridos que va a dejar. Si en esos momentos no los tiene al lado ese sufrimiento aumenta y la mejor medicación que puede recibir es ver que los que le quieren le están acompañando. Por eso, nosotros facilitamos el acompañamiento de sus seres queridos e incluso ayudamos a la familia que también necesita nuestro apoyo.

¿Qué ofrece una unidad de cuidados paliativos como esta del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi?

Ofrece una atención integral en un ambiente lo más cálido posible, porque entendemos que el paciente cuando está en la etapa final de su vida tiene, como ya lo he explicado anteriormente, cuatro tipos de necesidades: médicas, emocionales, sociales y espirituales. Para atender las médicas (físicas) estamos el equipo médico, enfermería, etc. Los psicólogos se encargan de atender las necesidades emocionales, porque hay miedos, temores, no sabe qué va a pasar, le han dado esperanzas que no se cumplen... Hay gente joven que está en ese proceso de morir y se da cuenta de que no ha resuelto todos sus problemas, sobre todo cuando sus niños todavía no han completado su formación. Y, finalmente, hay que dar respuesta a esas preguntas trascendentales que se hace la persona: el sentido de su vida, por qué ha merecido la pena estar aquí... Nuestra misión es que todas estas necesidades sean cubiertas para que se vaya en paz.

¿Cómo llegó usted a los cuidados paliativos?

Era médico de guardia de este hospital



Cuando el enfermo dice que tiene mucho dolor tenemos que creerle, ¿Por qué dudarlo?

y, en 1993, nos trajeron un paciente en coma y sin familia y nos pidieron si lo podíamos cuidar. En ese momento nos encontramos con un paciente al que solo podíamos cuidar y me percaté de que los médicos también estábamos para otra cosa que no fuera curar unas anginas, operar una apendicitis, inmovilizar una fractura... Así empezamos, con el primer paciente en 1993. Hoy cuidamos a 36 enfermos que están ingresados en nuestro hospital. Además, todos los días, un equipo acude a atender a aquellos enfermos que han decidido morir en su domicilio.

Usted antes ha mencionado la eutanasia, una cuestión que muchas veces se relaciona con los cuidados al final de la vida.

Sí, en los medios de comunicación siempre hay esa disculpa para plantear el debate de la eutanasia, pero cuando se trabaja en cuidados paliativos lo que menos nos preocupa es la eutanasia, porque antes me has preguntado ¿Qué podemos hacer? Podemos no abandonar al enfermo; tratarle el dolor –o cualquier otro síntoma– con la intensidad que necesite; evitar las pruebas diagnósticas o tratamientos que al final de la vida son inútiles, pues es absurdo someterle a pruebas que no van a resolver nada; y si fuera necesario, porque a pesar de todo el paciente sigue sufriendo, le podemos sedar.

Entendemos que la mejor forma de que el paciente no sufra es sedándolo cuando lo autoriza y comprobamos que todos los tratamientos que hemos empleado no han resuelto su sufrimiento. Podemos ofrecerle la sedación siempre y cuando tengamos en cuenta el consentimiento del enfermo y estemos de acuerdo en que es una buena práctica médica. Si hacemos todo eso y respetamos

las voluntades últimas del enfermo, conseguiremos que este paciente se muera en paz y viva con dignidad hasta que llegue su muerte.

Los médicos consideramos que cuando un paciente se nos muere hemos fracasado y cuando tenemos que atender a un enfermo en fase terminal con intenso dolor echamos a correr y no le quitamos el dolor porque no sabemos cómo hacerlo. Si un enfermo nos dice que «no desea seguir así» entendemos que lo que nos está pidiendo es la eutanasia y si no conocemos qué es lo que podemos hacer para aliviar su sufrimiento tal vez lo único que creemos que le podemos ofrecer es la eutanasia.

Pero si el paciente desea la muerte y dice «Doctor, deseo que usted acabe conmigo cuanto antes», le preguntamos ¿por qué? Si la respuesta es «No quiero sufrir» le explico que me encargaré de que no sufra y a partir de ese momento se lo tengo que demostrar. Cuando demuestras que le estás aliviando su sufrimiento no vuelven a pedir la eutanasia.

Perdone que lo diga así, pero a veces tal vez los peores sean los médicos.

Sí, pero porque tenemos sensación de fracaso y cuando se plantean las leyes, en ninguna de las que se han aprobado (tampoco en la que el Gobierno Vasco, si le da tiempo, va a proponer) se toca el tema de la formación de los profesionales. Desde nuestro hospital, junto con la Facultad de Medicina, dirigimos un Master de Atención Integral de Cuidados Paliativos porque consideramos que lo más importante para atender adecuadamente al final de la vida es la formación. En la Universidad del País Vasco se ha estado cursando durante tres años una cátedra de humanidades médicas en la que yo impartía el módulo de *El médico ante la muerte* y les explicaba a los alumnos que cuando salen de la facultad ya licenciados creen que ningún paciente se les va a morir, porque no se les ha enseñado a cuidar a los enfermos moribundos. Yo les digo: «Que no se muera ninguno por vuestra culpa, porque los enfermos también se mueren a pesar de nuestra ciencia. Y cuando se mueran no penséis que sois unos fracasados. Seréis unos fracasados si alguno se muere porque vosotros no habéis sabido resolver el problema». Esa sensación de fracaso, de frustración, es la que genera que los

médicos se obstinan diagnóstica y terapéuticamente.

El médico de guardia, por ejemplo, si tuviera el conocimiento de que el paciente que llega está en fase terminal, lo mejor que puede hacer es dar tiempo a su muerte, es decir, ayudarle a que no sufra, pero ni provocar, ni adelantar, ni retrasar su fallecimiento. Estar ahí. Pero, en ocasiones, ¿Qué ocurre? «Si se me muere a mi en la guardia, acabo de empezar las guardias de puerta, me van a decir que me he cargado a no sé cuántos... Le pongo lo que sea y que se le muera al siguiente». O es un familiar médico y dice: «Tengo que demostrar que soy médico y hacer lo que sea». Tenemos que ser honrados y decir: «¿Tenemos claro que se ha hecho todo lo que se podía y no se ha podido curar su enfermedad? ¿Qué nos ha dicho el enfermo? ¿Nos ha dicho que no quiere que le hagamos ninguna barbaridad más?». Entonces no lo hacemos. Ahora, si el enfermo nos dice: «Haced todo lo que sea para conseguir un día más de vida», tendremos la obligación de hacerlo porque el enfermo nos lo ha mandado.

¿El encarnizamiento terapéutico es cosa del pasado?

El encarnizamiento terapéutico es también cosa del presente porque la alta tecnología en medicina muchas veces nos lleva a este tipo de cosas. En nuestro país se puede morir mal por falta de cuidados paliativos y también por emplear mal las altas tecnologías.

Muchas veces son los familiares los que pueden provocar este encarnizamiento porque el paciente va a durar un día, dos días... y siempre hay un hijo que viene de Estados Unidos, o donde sea, y te dice: «¿Por qué no le hace una resonancia magnética? Pues, porque en este momento no va a ser útil para el enfermo. En Estados Unidos, donde yo estoy, lo hacen». ¿Qué le está ocurriendo a este hijo? Que no ha estado en todo el proceso de morir y quiere demostrar a sus hermanos que él va a hacer algo que ellos no han hecho. Cuando le dices: «Estate tranquilo, no se puede hacer más. Entendemos que no lo dices porque la solución esté ahí, sino porque quieres demostrar que has venido desde lejos y que deseas ayudar a que muera lo mejor posible». Pero además, el encarnizamiento terapéutico, la obstinación

terapéutica, puede existir si los médicos nos empeñamos en hacer cosas que son inútiles en esta fase final de la vida.

Por el contrario, ¿cómo se enfrentan los médicos a su propia muerte?

No sé cómo lo viven otros, ni cómo lo viviré el día que me toque, pero mis pacientes me enseñan a asumir mi propia muerte cuando me toque y pediría que me cuiden, que no me dejen sufrir y que no venga un desaprensivo que, porque sea médico, quiera hacer cosas para demostrar su gran ciencia, pero no me demuestre humanidad. Lo importante es que sigamos empleando nuestra ciencia, pero con un acercamiento humano sensible porque aquí la ciencia ya no resuelve el problema del enfermo.

Yo siempre planteo: «Haz a los demás lo que te gustaría que te hicieran a ti», así cuando voy a ver a un paciente me planteo: ¿Me gustaría que cuando estoy haciendo pis abra un médico la puerta y entre? Por eso a quienes hacen prácticas les digo: «Por favor, llamad a la puerta, pero esperad a que os digan ¡Adelante!». A las enfermeras, por su parte, les pregunto: «¿Te gustaría tener en tu casa el colector de la orina en la mesa del desayuno?». O ves a un paciente paseando con el blusón y por detrás se le ve el pañal. ¡Eso sí que no es digno! Hay que dignificar la vida hasta que llegue la muerte.

Usted lo ha dicho antes, el Parlamento vasco prepara una ley aunque tal vez no tenga tiempo a desarrollarla y España tampoco cuenta con legislación al respecto.

España no cuenta con legislación porque se quedó al final de la legislatura anterior. En mayo, para explicar las características que tendría que tener la ley, la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) organizó en Madrid una jornada titulada «Atención al final de la vida desde la perspectiva humana, médica y jurídica» a la que invitamos a los portavoces de los grupos parlamentarios, a la Iglesia, a representantes de las universidades, pacientes, miembros de la Fiscalía del Estado, del tribunal Supremo y del Consejo General del Poder Judicial... Hablamos de la formación, de la calidad en la atención, de la acreditación de los profesionales, de la adecuación del esfuerzo terapéutico, de la sedación paliativa... Con esta jornada

se pretendía que todos los implicados en la atención al final de la vida pudieran conocer lo que los profesionales que nos dedicamos a dicha atención deseamos que tuvieran en cuenta a la hora de elaborar una Ley que fuera útil para los ciudadanos. Todas las leyes están dando derecho a la sedación y nosotros opinamos que hay que retirarlo de la ley, pues creemos que una ley no puede contemplar el derecho a la sedación. Es como si dicen: «Tienen derecho a los antibióticos». En este caso aceptaríamos que un paciente pudiera decirnos: «Quiero que me seden». Hay que explicar que si es necesaria la sedación y está indicada, y el médico no la realiza le puede demandar porque el enfermo tiene derecho a que se le sede, pero solo si está indicado, no porque se lo pida. Esto no está bien explicado en ninguna de las leyes hasta ahora promulgadas. Es como si viene un paciente a la consulta y dice: «Déme antibióticos». Le preguntaré qué le pasa. «No, quiero que me de antibióticos, porque tengo derecho a los antibióticos». Es evidente que tiene derecho a los antibióticos si tiene una faringitis aguda y según el protocolo hay que tratarlo con antibiótico, pero no porque se va de viaje y quiere llevar antibiótico por si va a sufrir una faringitis aguda.

¿Qué contempla el Código de Deontología Médica a este respecto?

Con el capítulo siete del Código de Ética y Deontología Médica un médico puede hacer una atención adecuada al final de la vida. Ahí se contempla que si puede tiene obligación de curar al enfermo y si no puede debe cuidarlo, es decir, debe tratarle todos los síntomas con la intensidad necesaria e incluso si por intensidad puede provocar un adelantamiento de la muerte nunca sería una eutanasia. Debe evitar aquellos tratamientos y pruebas diagnósticas que no sean necesarias, puede sedar y explica cómo hacerlo. Explica que hay que tener en cuenta las voluntades anticipadas del enfermo, etc. Es decir, un médico que conozca bien el Código de Ética y Deontología Médica cuenta con normativa suficientemente clara para poder hacer que un paciente no sufra al final de la vida.

La OMC y la SECPAL han publicado hace no demasiado la Guía de Sedación Paliativa; ha habido médicos miembros de Derecho a Morir Dignamente que han criticado esta guía



“

Los paliativos no se resuelven solo con leyes; la formación acreditada de los profesionales es fundamental

porque dicen que no beneficia a los pacientes y que el objetivo es frenar la sedación terminal. ¿Qué opina?

Con esa guía creo que podemos ayudar a muchos médicos que tenían miedo a hacer sedaciones porque pensaban que era una práctica que pudiera ser eutanasia. Dejamos muy claro qué es eutanasia y qué es sedación y lo explicamos desde el punto de vista ético y clínico. Muchos médicos que la han conocido después de que la hemos explicado nos lo han agradecido, pues ahora tienen un instrumento más para poder ayudar a aliviar el sufrimiento al final de la vida. La guía está muy consensuada y hemos contado con muchos expertos con los que hemos podido consultar. También la hemos consensuado casi todos los 1.500 profesionales de la SECPAL: enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.

Respetamos al grupo Derecho a Morir con Dignidad, que entendemos que defiende la decisión del paciente a morir pidiendo la eutanasia y son partidarios de ella, pero nuestro Código de Ética y Deontología Médica no nos permite hacerlo, y aunque una ley despenalizara la eutanasia nuestro Código nos seguiría obligando, sobre todo a aquellos Colegios en los que la colegiación es obligatoria.

Gran parte de los profesionales reconocen una deficiente preparación para afrontar esta etapa final de la vida.

Además de mi actividad asistencial con los enfermos y sus familias me he empeñado y me sigo empeñando para que los profesionales que nos dedicamos a esta etapa final de la vida podamos estar bien formados. ¿Por qué? Porque los paliativos no se resuelven solamente con leyes y es necesaria y fundamental la formación acreditada de los profesionales. Actualmente imparto clases sobre Cuidados Paliativos en varias universidades. Miembros de la Facultad de Medicina de Leioa y del Hospital San Juan de Dios de Santurce pensamos que por qué no hacer un curso de postgrado en la CAPV con profesores de la propia Comunidad con amplia experiencia en Medicina Paliativa. De esta manera, nuestros profesionales no se tienen que alejar tanto para acreditar su formación.

¿Cuántas plazas hay disponibles en el master?

A partir de ahora, que pasa a ser master y va a durar dos años, contará con 30 alumnos, que por la experiencia del curso pasado, suelen estar muy motivados.

¿Por qué falta esa formación en las facultades?

Enfrentarse a la atención del moribundo ha dado siempre miedo a los médicos, a los profesores, a los catedráticos... y en las facultades se ha pensado que otros aspectos eran más importantes. Para que te hagas una idea, una asignatura que se da varias veces a lo largo de la carrera es microbiología –donde se analizan las bacterias–, pero un médico cuando acaba medicina y se dedica a su actividad asistencial nunca analiza una bacteria y, sin embargo, le han hecho pasar dos o tres años estudiando de qué color son, qué forma tienen, qué patología provoca, cómo se reproducen, cómo se tiñe para poder ser identificada al microscopio... Cuando acabas la carrera y te dicen: «Oiga, tengo la garganta mal», haces un análisis (frotis faríngeo) y lo envías al laboratorio. Y para eso has empleado tres años de tus estudios. En cambio, acabas la carrera y ves a un enfermo en fase terminal, con un dolor muy fuerte, muchísima fatiga, se está ahogando, pero no sabes cómo emplear un medicamento para sedarlo o para quitarle el dolor, porque en la Facultad te han enseñado: «No empleen la morfina de cualquier manera porque puede producir depresión respiratoria». Por eso los alumnos recién salidos te dicen: «La morfina no». Tienen miedo a emplearla porque de este fármaco, tan útil en la etapa final de la vida, sólo

les enseñaron que producía depresión respiratoria. En los cursos de postgrado se dedican varias clases a explicar cómo emplear la morfina y sus derivados para controlar varios de los síntomas molestos al final de la vida.

Eso podía ser entendible hace veinte años, pero ha dicho que usted lleva ya diecinueve años haciendo cuidados paliativos...

Los paliativos en España comenzaron hace 25 años y sigue habiendo problemas. ¿Por qué? Tal vez, porque se ha partido de que para hacer medicina hay que ir por ciencias puras, con lo cual se han perdido la formación en las humanidades. Yo creo que eso ha sido un mal planteamiento. Yo me formé en humanidades porque estuve estudiando en el seminario donde nos enseñaron algo más que no eran matemáticas: latín, griego, filosofía... que nos aportó una formación más cerca de la persona, nos formó en la reflexión.

Los Colegios deben hacer una labor muy importante, y no solo respecto al aspecto final de la vida. Hay un gran problema en la profesión médica, los médicos somos muy orgullosos, muy pendencieros, todo lo que se pueda decir, y la mayoría de los conflictos en los Colegios se deben a malas relaciones entre los profesionales. Esto no tiene sentido en una profesión puramente fraternal, pero hay unas luchas impresionantes porque no hay una deontología adecuada y la gente no se ha leído el código. Ahora va a salir un manual sobre ética y deontología médica que es una ampliación y un comentario al Código de Ética y Deontología que servirá como instrumento para formar a profesionales.

A los alumnos de un master de oncología, en el que doy la asignatura ¿Qué se puede hacer cuando no se puede curar el cáncer?, les digo que cuando el cáncer no se puede curar todavía se pueden hacer muchas cosas. De entrada contactar bien con los pacientes, que sean capaces de comunicar bien las malas noticias. Que no les digan, por ejemplo, que van a durar 6 meses, que es lo que dicen siempre. Han de aproximar el tiempo que les quede, pero no ser tan explícitos, aunque nuestra prepotencia nos suele conducir a este atrevimiento.



La sensación de fracaso es la que genera que los médicos se obstinen diagnóstica y terapéuticamente

¿Qué hay que decirle a una persona en esa situación?

Hay que decirle la verdad. Y decir la verdad es decir la verdad que el paciente sea capaz de comprender. A un niño no se le engaña diciendo que los niños vienen de París, pero tampoco se le pone una película pornográfica para explicarle el proceso. Dependiendo de la edad, le cuentas las cosas de modo que lo que le dices sea verdad, porque como no sea verdad a ver cómo lo reconduces para que luego te crea. Si el enfermo comprueba que le hemos engañado no confiará, a partir de entonces, en nosotros.

Y ¿cuándo la familia se empeña en ocultarlo? por ejemplo.

Un argumento muy útil es preguntar: ¿Quién tiene derecho a saber la verdad, usted o el enfermo? Si usted estuviera enfermo, ¿Le gustaría que le engañáramos? Mire, su padre no ha perdido ningún derecho. No se preocupe, no se lo voy a decir de forma que le perjudique. Si no me lo pregunta no se lo voy a decir, porque también tiene derecho a no saber, pero si me pregunta se lo voy a decir de forma que voy a ir adaptándome a lo que me vaya preguntando. Si el paciente te dice: «Oiga, ¿Tengo cáncer?». Tú sabes que lo tiene y no le puedes decir: «Sí», pero tampoco: «No». Entonces le preguntas: ¿Por qué crees que tienes cáncer? ¿Relacionas cáncer con morir? Si dice que sí, se le puede responder que el cáncer también tiene tratamiento y que lucharemos para poderle ayudar a encontrarse mejor. No le hemos mentado. Podemos continuar diciéndole: «Lo que tienes va a ser difícil de resolver, pero vas a estar tranquilo, no vas a tener dolor, te vamos a ayudar, vamos a estar contigo, no te vamos a abandonar...». Yo creo que esto es también lo que el paciente quiere. Hay veces que nada más llegar el paciente del

hospital, donde le han engañado, cuando has ido a saludarle te dice: «Doctor, ¿Qué es lo que tengo? Pues es que acabas de llegar, déjame que mire la historia, pero ya que has venido del hospital seguro que allí te han dicho lo que tienes. ¿Qué te han dicho?». Y así conoces qué sabe. «Me han dicho que tengo una úlcera de estómago, que va a tardar mucho en curar...». Ya le han engañado y sabemos cómo seguir trabajando con él en la información de su enfermedad. Esto es arte. La medicina en paliativos es arte, es emplear la parte humana más que la parte científica.

Convivir tan directamente con gente que va a morir en breve tiene que ser difícil. Imagino que hay que estar anímicamente fuerte.

Sí, sí. También tienes que tener comprensión. Se pasa mal rato cuando fallece una persona con la que has estado mucho tiempo. Yo me acuerdo de un paciente que estuvo con nosotros en coma 17 años, murió el año pasado, y lo pasamos todos muy mal porque los pacientes te dejan entrar en su intimidad y terminan siendo parte de ti.

Tras la muerte de los pacientes nosotros continuamos atendiendo a las familias en el duelo, pero el duelo se puede prevenir. Hay mucha gente que durante días está todo el día en el hospital y un día dice: «Tengo que ir a casa a cambiarme». Y justo en ese momento se muere. Para prevenirlo les decimos: «Siempre que os marchéis despediros por dentro como si fuera la última vez y darle el último beso». Hemos constatado que a quienes lo hacen, si se muere el familiar, no les genera ningún problema porque previamente ya se han despedido.

¿Algo más que añadir para terminar?

La atención al final de la vida debe ser un derecho y hay que sensibilizar a la sociedad para que esa necesidad se transforme en un derecho. Ya sabemos que es una necesidad porque hay que atender bien en la agonía, pero tenemos que conseguir que los ciudadanos lo exijan como un derecho y que las autoridades lo valoren como un derecho para que se pueda exigir. Para los médicos es un deber deontológico atender a los enfermos con competencia profesional y con exquisita humanidad en el final de sus vidas. ■

Noticia de un médico rural guipuzcoano: Félix Michelena Ortiz de Urbina (1854-1925)¹

JAVIER OLASCOAGA

INTRODUCCIÓN

En las publicaciones que recogen los acuerdos de las Juntas Provinciales del siglo XVI existen numerosos testimonios de la falta de profesionales sanitarios. A modo de ejemplo citaremos que en las Juntas Provinciales reunidas en Zumaia en 1530 se expuso la falta de médicos para atender a la población de Gipuzkoa y en las que se celebraron en Mondragón dos años después, se trató del problema existente en el abastecimiento de las boticas de la provincia. Este fue un tema recurrente en las Juntas de los años siguientes: Hernani (1551), Elgoibar y Deba (1552), Hondarribia (1557), Hernani (1578), Tolosa (1586), Donostia (1587) y Getaria (1589). En Tolosa además de tratar del precio de los medicamentos se denunciaron casos de intrusismo.

En el siglo XVII persistía la escasez de facultativos en la provincia. En su obra *Compendio historial de Guipúzcoa*, Isasti escribió que en 1625 en Gipuzkoa había unos diecisiete médicos para atender a todos los pueblos de la provincia, por lo que gran parte de la población tenía que recurrir a «emplasteros y saludadores».

En general, tal como se ha podido constatar en el caso particular de Oiartzun, los municipios de Gipuzkoa, en la medida en que sus arcas lo permitieron, contrataron profesionales sanitarios con el objeto de que éstos cubrieran la asistencia sanitaria en caso de enfermedad o velaran por las medidas higiénico-sanitarias de los pueblos.

A partir de mediados del siglo XIX se encuentran numerosas circulares de diferentes organismos nacionales y provinciales, que pretenden regular los contratos y las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios. Las autoridades municipales, ante la creencia de que las normativas dictadas menoscababan la autonomía de sus respectivos municipios, se opusieron sistemáticamente a cualquier propuesta. Desde su fundación en 1899, el Colegio de Médicos de Gipuzkoa remitió disposiciones a los municipios de la provincia, que tampoco gozaron del favor de éstos.

En enero de 1904 el gobierno de España publicó un Reglamento mediante el cual se anulaba la facultad de los municipios para elegir libremente a los médicos titulares. La Diputación, oídas las quejas de los alcaldes guipuzcoanos, obtuvo del ministro de Gobernación la publicación de una Real Orden de 29 de junio de 1906, por la que se declaró «no ser de aplicación en las Provincias Vascongadas la nueva Instrucción general de Sanidad». Al año siguiente el Colegio de Médicos de Gipuzkoa elaboró un «Proyecto de Reglamento Benéfico Sanitario», que fue sometido a la aprobación de la Diputación provincial de Gipuzkoa. A su vez la Comisión provincial lo distribuyó a los Ayuntamientos guipuzcoanos, los cuales lo rechazaron. La publicación del Reglamento no prosperó en aquella ocasión, pero la Diputación retomó la idea en 1914, generando una fuerte polémica. Una Comisión de Médicos titulares elaboró un Reglamento aprobado en 1915. Como en ocasiones anteriores los médicos titulares de una treintena de municipios reiteraron su oposición a lo largo del año 1916, a pesar de lo cual la Comisión provincial de Gipuzkoa estaba aplicando el Reglamento.

MÉDICOS TITULARES DE OIARTZUN

Puesto que el término municipal de Oiartzun es extenso y la población está muy diseminada, la labor asistencial del médico era una tarea dura, que requería gran dedicación. Las autoridades municipales preferían tener su médico titular en exclusiva, algo que, en ocasiones, se conseguía con dificultad. Puede decirse que pagar los honorarios de los profesionales sanitarios en algunos momentos en los que las sucesivas guerras arruinaban las arcas del municipio se hizo prácticamente imposible. En estas épocas de penuria la mayoría de las veces se tuvo que retrasar el pago de los salarios incluso durante años, lo que hacía que los titulares abandonaran la plaza tan pronto como tuvieran la ocasión de ser contratados en otro municipio que les ofreciera garantías de cobrar puntualmente. Algunos profesionales, quienes tal vez por ra-

¹ Las fuentes utilizadas para la elaboración de este artículo provienen fundamentalmente del Oiartzungo Udai Artxiboa-Archivo Municipal de Oiartzun (OUA-AMO). Las citas de las fuentes del OUA-AMO, así como de otras fuentes primarias y secundarias también empleadas en este trabajo, se recogen en otros trabajos más extensos del autor: OLASCOAGA, J. (2010) *Historia médico-local del Valle de Oiartzun (1453-1936)*. Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea y en OLASCOAGA, J. (2012) *Profesionales sanitarios en el Valle de Oiartzun (1597-1936) / Osasun arloko profesionalak oiartzungo bailaran (1597-1936)*. Mugarri Bilduma, 19. Oiartzun, Oiartzungo Udala, Kultura Batzordea. Cuando se recurra a nuevas fuentes se citarán.

zonas familiares permanecieron en su plaza, llegaron a pasar verdaderos apuros económicos. Se llegó a situaciones en las que incluso se tuvo que prescindir de un médico titular permanente recurriendo a los titulares de los pueblos vecinos para efectuar visitas en días convenidos o en casos de necesidad. A finales del siglo XIX la situación dio un giro importante. Se mantuvo el volumen de trabajo y los horarios siguieron siendo inexistentes; sin embargo, el Valle pudo pagar sueldos razonables a sus profesionales sanitarios, permitiendo la estabilidad de éstos en sus respectivas plazas.

En el Valle de Oiartzun se tiene noticia de 44 médicos registrados entre 1678 y 1949, de los que 31 fueron titulares. Dos ejercieron en el siglo XVII, a partir de 1678; 20 durante el siglo XVIII y 19 en el siglo XIX. Durante la primera mitad del siglo XX, posiblemente debido a una clara mejora en las condiciones salariales y también al desarrollo de los medios de comunicación, los médicos titulares permanecieron en el Valle prácticamente de forma ininterrumpida hasta su jubilación. Estos fueron Félix Michelena, Genaro Ortiz de Urbina, Bernardo Oñativia y Regino Ganzarain.

FÉLIX MICHELENA ORTIZ DE URBINA (1854-1925)

Félix Michelena y Ortiz de Urbina, nació en Berastegi el 9 de mayo de 1854². Se licenció en Medicina y Cirugía en la Universidad de Valladolid, doctorándose en la de Madrid. Tras una estancia en París para ampliar sus estudios a caballo entre 1877 y 1878, el 7 de marzo de 1878 solicitó la vacante de la plaza de médico-cirujano titular del Valle. Diez días después, el Ayuntamiento procedió al nombramiento de Félix Michelena por unanimidad, con un sueldo anual de seis mil reales por asistencia a «pobres de solemnidad» y cinco reales por cada habitante mayor de siete años, percibiendo asimismo veinte reales por cada parto. A su vez Michelena debería costear el sueldo del cirujano titular, conviniendo entre ambos la cantidad a percibir.

Cuando Tomás Vallejo, que ejercía como cirujano del Valle desde 1873, fue nombrado cirujano titular de Errenteria en diciembre de 1881, el Ayuntamiento autorizó a Félix Michelena para que se encargara de los trámites del contrato del nuevo cirujano titular, incluyendo la revisión de las solicitudes de los candidatos y su nombramiento posterior. Michelena eligió a su tío materno Genaro Ortiz de Urbina Olasagasti, licenciado en Medicina y Cirugía, para ocupar el puesto. Hacia 1890 la plaza de cirujano de Oiartzun se amortizó, convirtiéndose en la de segundo médico titular del Valle.

Félix Michelena ejerció como médico de Oiartzun hasta 1914, iniciando una etapa en la que el médico titular del Valle

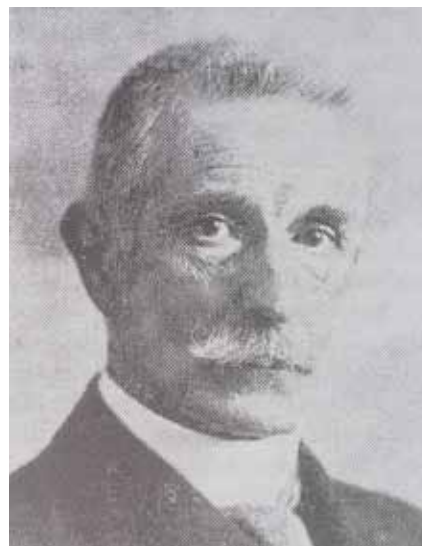
permaneció al frente de la plaza durante largos periodos de tiempo sin que los oiartzuarras tuvieran que sufrir los problemas que conllevaban las frecuentes altas y bajas de los titulares que hasta entonces se habían sucedido.

Desde su incorporación como médico titular hasta la fecha de su muerte acaecida en 1925, Michelena estuvo muy involucrado en la vida social del Valle. Tanto en aspectos profesionales (como médico y como empresario) como en otros asuntos lúdicos de menor relevancia.

Como profesional de la medicina ejerció gran influencia sobre las autoridades del Valle, quienes sistemáticamente delegaron en el médico titular la función de elegir facultativos. El candidato elegido por Michelena era votado por unanimidad por los miembros de la corporación municipal. Así, cuando en 1906 Ortiz de Urbina causó baja alegando motivos familiares, entre otros aspirantes, Michelena apostó por Emiliano Mozo, que además de ser hijo del médico titular de Errenteria, había sustituido a Ortiz de Urbina en numerosas ocasiones. Desafortunadamente Mozo falleció dos años después víctima de la fiebre tifoidea, dejando vacante la plaza de segundo médico titular.

Alertado por su hermano de la existencia de dicha vacante, Bernardo Oñativia, que ejercía su primer destino como titular del pueblo alavés de Marquínez desde noviembre de 1906, se dirigió a Oiartzun presentando personalmente su solicitud a Michelena. Tras entrevistarse con el aspirante, Félix Michelena le ofreció el puesto de inmediato tras intuir en Oñativia a un médico rural de raza. Puede resultar ilustrativo mostrar un párrafo de la conversación que mantuvieron ambos facultativos:

—Oiga, Bernardo, ayer, cuando salió de Marquínez, todo el lugar estaría nevado, ¿no? / —Sí, don Félix, todo estaba nevado. / —¿Y cómo recorrió todo el trayecto hasta llegar al tren? / —¿Qué cómo lo hice? No tenía otra alternativa. A pie. / —¡A pie! ... Para usted la plaza de médico de Oyarzun.



Félix Michelena Ortiz de Urbina (1854-1925)

² El abuelo paterno y el padre de Michelena eran de Oiartzun. Aunque el nombre correcto es Feliz (Feliz Toribio Tomás Michelena Ortiz de Urbina) (notas de Joxe Mari Mitxelena Cazabon), se ha mantenido el nombre de Félix por ser ésta la forma que aparece escrita en los documentos de archivo consultados.

Cuando Michelena renunció a la plaza de primer titular en septiembre de 1914, alegando motivos de salud, Oñativia ocupó su lugar, permaneciendo en el mismo hasta 1949. Tan pronto como Michelena anunció su retirada, el Ayuntamiento de Oiartzun convocó mediante concurso la vacante, siendo varios los médicos que presentaron sus solicitudes, algunos con un curriculum realmente brillante. También en esta ocasión el Ayuntamiento delegó en Félix Michelena la tarea de valorar las solicitudes de los aspirantes. Como en los casos citados, Michelena no se fijó tanto en los méritos académicos de los candidatos como en el carácter de los mismos y en las aptitudes que pudieran reunir para afrontar todas las dificultades que conllevaba ser médico rural en un municipio difícil por la dispersión de su población. Michelena buscaba un médico rural responsable, trabajador, que «echara raíces» en el Valle. Y esta vez su intuición tampoco le falló cuando sugirió la elección del joven de 24 años Regino Ganzarain, que, nombrado médico titular de Oiartzun en octubre de 1914, ejerció con acierto su profesión en el Valle hasta su jubilación en 1960.

Por otra parte, como primer médico titular, Félix Michelena formó parte de todas las Juntas de Sanidad locales desde 1878 hasta 1914, interviniendo en todo lo relativo a la salubridad e higiene, desinfección de locales, prevención y desaparición de epidemias, administración del Hospital de San Juan, ingreso de los enfermos mentales, médicos o quirúrgicos en los respectivos establecimientos designados para los distintos casos, asistencia gratuita médico-farmacéutica a los vecinos pobres incluidos en las listas benéficas, socorros domiciliarios, etc. En sus funciones de inspector de Sanidad y como miembro de la Junta de Sanidad, durante los últimos años del siglo XIX y comienzos del XX, reiteradamente insistió sobre los medios «que aconsejaba la ciencia» para evitar la propagación de las enfermedades contagiosas, incidiendo en la adopción de rigurosas medidas higiénicas: «escrupulosa limpieza de todas las cuadras, patios, pozos sucios, aguas estancadas y demás focos de inmundicia». Asimismo explicó a grandes rasgos cuáles eran las señales de rabia en los animales, qué podía hacerse en caso de mordedura y las medidas de precaución que debían adoptarse.

A pesar de su condición de médico rural, de médico titular de Oiartzun, Félix Michelena gozó de reconocimiento en su profesión, siendo objeto de numerosas consultas por parte de los colegas de la comarca. También ejerció la medicina privada con consulta en Oiartzun y en Donostia en las que siguió atendiendo a sus pacientes tras dejar la plaza de titular del Valle en 1914³.

Por otra parte, dio repetidas muestras de estar informado acerca de las novedades sobre los tratamientos y vacunas de las enfermedades infecciosas de la época. Por citar algu-

nos ejemplos, en 1885 fue comisionado por la Diputación de Gipuzkoa para estudiar la enfermedad del cólera morbo asiático. Suponemos que fue su regreso tras cumplir dicho cometido lo que motivó el oficio del gobernador civil de Gipuzkoa ordenando que «el médico del Valle Félix Michelena no hiciera ninguna inoculación anticolérica y se desinfectase su equipaje si no presentaba certificado de haberse fumigado en la estación de Rentería». Obsérvese que Michelena tuvo conocimiento de la vacuna del cólera el mismo año en el que su descubridor Jaime Ferrán i Clúa la inoculó por vez primera.

La utilidad de la vacuna de la viruela ya ofrecía pocas dudas a finales del siglo XIX. En la década de los noventa se publicaron varias ordenanzas del Gobierno Civil imponiendo a los Ayuntamientos la práctica de la vacunación. Y cuando el médico titular Michelena expresa la conveniencia de vacunar «por medio de ternera» la corporación municipal sigue las instrucciones con diligencia. De modo que cuando el 29 de abril de 1895 desde el Gobierno Civil se solicitó a los alcaldes de la provincia la relación del número de defunciones ocurridas por viruela durante los cinco últimos años, los datos enviados desde Oiartzun pusieron de manifiesto que durante el periodo 1890-1894 en el Valle no había habido ningún caso de defunción por viruela, ascendiendo a 458 los vecinos vacunados (84 en 1890, 93 en 1891, 104 en 1892, 76 en 1893, y 101 en 1894).

Unos años después de su dimisión como médico titular, en julio de 1919, a propuesta del alcalde Secundino Errandonea, el Ayuntamiento acordó nombrar Hijo Adoptivo del Valle al doctor Félix Michelena por unanimidad. El acto se celebró en el marco de las fiestas patronales y se invitó a diferentes organismos, entre ellos al Colegio de Médicos de Gipuzkoa.

En el plano personal el doctor Félix Michelena tuvo tres hijos de su matrimonio con Mercedes Arbide Echave. A la muerte de ésta Michelena casó con su cuñada Margarita con la que tuvo cuatro hijos⁴.

A través de su familia política emparentó con los Baroja. El que inició la saga de los Baroja en Oiartzun fue el licenciado en Farmacia Rafael Baroja nacido en Haro, quien se casó con Josefa Arrieta hija del boticario de Oiartzun Joseph Arrieta, sucediendo a éste como boticario del Valle. El matrimonio Baroja Arrieta tuvo tres hijos, Pío, Ignacio Ramón y María Luisa. María Luisa se casó con el licenciado en Farmacia Antonio Echave, continuando al frente de la botica de sus padres. El matrimonio Echave Baroja tuvo una hija, Estanislada que fue atendida al llegar a la vejez por sus sobrinos Félix y Margarita. El hijo de Pío fue Serafín Baroja, padre del médico y escritor don Pío Baroja. Éste, en el segundo tomo de sus Memorias, se refiere a Estanislada Echave Baroja como una «señora centenaria» prima hermana de su padre. Se cuenta de Estanislada que dejó de recibir en su casa a su primo Serafín porque «había ido a Madrid y volvió maleado» (léase «liberal»). Por la misma razón no veía con buenos ojos a su sobrino Pío Baroja.

³ Algunas fuentes imputan la renuncia de Michelena como médico titular del Valle a la atención requerida por la dirección de sus empresas de fabricación de sidra y producción de energía eléctrica, desde el momento en que compró la parte de su socio Genaro Ortiz de Urbina (TRANCHE, M. (2006) «Aportaciones oiartzuarras a la industrialización». Conferencia impartida en el Ayuntamiento de Oiartzun en la presentación de la exposición «Descubriendo Oiartzun». Disponible en: www.errenteria.net).

⁴ Notas de Joxe Mari Mitxelena Cazabon.



**Homenaje al Dr. Félix Michelena (1919).
Presidencia del
banquete⁵.**



**Homenaje al Dr. Félix Michelena (1919).
Michelena con sus hijas Luisa, Carmen y
Teresa y su tía Estanislada.**

Compaginó el ejercicio de la medicina con responsabilidades comerciales al frente de su empresa dedicada a la fabricación y exportación de sidra y a la de producción de energía eléctrica. Respecto a la elaboración de sidra, en diferentes estadísticas de la primera década del siglo XX consta como propietario de una fábrica de sidra, junto a Genaro Ortiz de Urbina, que empleaba a tres operarios con una producción anual de 25.000 litros, de los que 20.000 eran consumidos fuera del Valle; incluso se exportaba a las provincias de ultramar. En 1919, Serapio Múgica citaba la fábrica de sidras de Michelena, que «desde hace poco tiempo elabora también una especie de 'champagne' que expende con el nombre vasco de Apardun txakolina, 'chacolí espumoso'»⁶.

En cuanto a la explotación de la energía eléctrica, una de las primeras instalaciones existentes en Oiartzun a comienzos del siglo XX fue propiedad de Michelena y Ortiz de Urbina, quienes con su generador eléctrico abastecieron los barrios del Valle. En 1918 estaban dadas de alta en el Valle varias em-

presas productoras de energía eléctrica, entre ellas la Central eléctrica Berin propiedad de Félix Michelena con producción de «electricidad con destino a alumbrado público y particular». Entre 1927 y 1932 la viuda de Michelena, Margarita Arbide, negoció la venta de la Central Berin al Ayuntamiento ante el interés de las autoridades locales de municipalizar el servicio de suministro de electricidad.

Félix Michelena falleció en Oiartzun el día 25 de mayo de 1925. Actualmente los oiartzuarras recuerdan al que fuera médico del Valle, don Félix o Don Feliz, en la toponimia del lugar. En efecto, existe en Oiartzun un caserío denominado Donfelizene (también conocido como Joxixionea e Irakorri-nea, casa de Irakorri). Asimismo hay una fuente que generalmente se documenta como Donfelizene (Donfelizene iturri) también llamada Lekuniturri⁷. La fuente, a la que algunos atribuyen propiedades medicinales, lleva su nombre por ser él quien descubrió el manantial, recomendando beber su fresca agua⁸. ■

⁵ Dr. Michelena. A su derecha Secundino Errandonea (alcalde), Beldarrain (presbítero), Múgica (juez municipal), Baraibar (primer teniente de alcalde). A su izquierda Dr. Cuadrado (presidente del Colegio de Médicos), Laffitte (ex alcalde de San Sebastián), Dr. Sebastián (inspector provincial de Sanidad), Dr. Pérez Icazategui.

⁶ En 1931 la Vda. de Félix Michelena de Oiartzun aparece en el listado de los siete fabricantes de «sidra champánada» del País Vasco (AGIRRE, A. (2011) «Vinos espumosos». Euskonews (560). Disponible en: www.euskonews.com.

⁷ GOIKOETXEA, I & LEKUONA, I (2007) Oiartzungo toponimia/Toponimia de Oiartzun. Colección Mugarri, 14. Oiartzun, Oiartzungo Udala, Kultura Batzordea, pp. 114, 116.

⁸ Notas de Joxe Mari Mitxelena Cazabon.

Patologia orokorra (VI)

T

– Taponamiento cardiaco

Bihotz-buxadura

– Tapones de Dietrich

Dietrich-en tapoiak

– Taquiarritmias

Takiarritmiak

– Taquicardia

Takikardia

– Taquicardia auricular multifocal; ritmo auricular caótico

Takikardia aurikular fokuaniztun; erritmo aurikular kaotiko

– Taquicardia intraauricular por reentrada

Aurikula barneko birsartzeagatiko takikardia

– Taquicardia monomórfica

Takikardia monomorfitko

– Taquicardia no paroxística del nódulo auriculoventricular

Nodulu aurikulobentrikularreko takikardia ez-paroxistiko

– Taquicardia nodal por reentrada

Birsartzeagatiko takikardia nodal

– Taquicardia pleiomórfica

Takikardia pleiomorfitko

– Taquicardia polimórfica

Takikardia polimorfitko

– Taquicardia por reentrada del nódulo auriculoventricular, a través de vías anómalas

Nodulu aurikulobentrikularreko bide anomaloen bidezko birsartzeagatiko takikardia

– Taquicardia por reentrada del nódulo sinusal

Nodulu sinusaleko birsartzeagatiko takikardia

– Taquicardia sinusal

Takikardia sinusal

– Taquicardia sinusal inadecuada

Takikardia sinusal desegoki

– Taquicardia ventricular

Takikardia bentrikular

– Taquicardias casuales

Takikardia noizbehinkakoak

– Taquicardias de movimiento circular

Mugimendu zirkularreko takikardiak

– Taquicardias de reentrada

Birsartzeagatiko takikardiak

– Taquicardias no paroxísticas

Takikardia ez-paroxistikoak

– Taquicardias paroxísticas

Takikardia paroxistikoak

– Taquicardias paroxísticas supraventriculares

Bentrikulu gaineko takikardia paroxistikoak

– Taquicardias recíprocas

Takikardia elkarkariak

– Taquicardias recurrentes

Takikardia errepikariak

– Taquimiocardiopatía

Takimiokardiopatia

– Taquipnea

Takipnea

– Técnica de medida de la presión arterial

Presio arterialaren neurketa-teknika

– Técnica de Seldinger

Seldinger-en teknika

– Técnicas de aglutinación

Aglutinazio-teknikak

– Telediástole

Telediastole

– Teoría del “horror autotoxicus”

Horror autotoxicus izeneko teoria

– Teoría del balanceo de la tercera base

Hirugarren basearen kulunkaren teoria

– Termogénesis

Termogenesi

– Termolisis

Termolisi

– Termometría

Termometria

– Termorregulación

Termorregulazio

– Test de Allen

Allen-en test

– Test de Coombs (indirecto)

Coombs-en test (zeharkakoa)

– Tetralogía de Fallot

Fallot-en tetralogia

– Tetraploidia

Tetraploidia

– Tinción de Ziehl-Neelsen

Ziehl-Neelsen-en tindaketa

– Tipos de radiaciones

Erradiazio motak

– Tipos de reacción inmunológica

Erreakzio immunologiko motak

– Tipos de tos

Eztul-motak

– Tiraje

Tiradura

– Tolerancia

Tolerantzia

– Tolerancia inmunológica

Tolerantzia immunologiko

– Toracocentesis

Torakozentesi

– Tórax en embudo

Inbutu-erako torax

– Tórax en quilla

Gila-erako torax

– Tórax en tonel

Upel-erako torax

– Torsades de pointes

Torsades de pointes

– Tos

Eztul

– Tóxico (ver intoxicaciones)

Toxiko (ikus intoxikazioak)

– Toxicocinética

Toxikozinetika

– Toxinas

Toxinak

– Traducción (del ARN)

Itzulpen (RNArena)

– Transcripción

Transkripzio

– Transferencia de energía lineal

Energia linealaren transferentzia; LET

– Translocación

Translokazio

– Translocación recíproca

Elkarrekiko translokazio

– Translocación tipo Robertson

Robertson motako translokazio

– Trastornos originado por el calor

Beroak sortutako asalduak

– Trasudados

Trasudatuak

– Trasudados del pericardio; trasudados pericárdicos

Perikardioko trasudatuak

– Trasudados pleurales

Pleurako trasudatuak

– Traumatismos

Traumatismoak

– Traumatismos causados por agentes sólidos

Eragile solidoek sorrarazitako traumatismoak

– Traumatismos causados por explosiones

Leherketek eragindako traumatismoak

– Trepopnea

Trepopnea

– Triada de Beck

Beck-en triada

– Triada de Galiard

Galiard-en triada

– Trigemismo

Trigeminismo

– Triploidia

Triploidia

– Trisomía

Trisomia

– Trisomía 13; síndrome de Patau

13 trisomia; Patau-ren sindrome

– Trisomía 18; síndrome de Edwards

18 trisomia; Edwards-en sindrome

Patologia orokorra (VI)

- Trisomía 21; síndrome de Down

21 trisomia; Down-en sindrome

- Trisomía de los gonosomas; síndrome de Klinefelter

Gonosomen trisomia; Klinefelter-en sindrome

- Tromboangeítis obliterante; enfermedad de Buerger

Tronboangeitis obliteratzaile; Buerger-en gaixotasun

- Tromboflebitis

Tronboflebitis

- Tromboflebitis migratoria

Tronboflebitis migratzaile

- Tromboflebitis profunda; trombo-sis de venas profundas

Sakoneko tronboflebitis; zain sakonetako tronbosi; sakoneko zainetako tronbosi

- Tromboflebitis superficial

Azaleko tronboflebitis

- Trombosis

Tronbosi

- Trombosis arterial

Tronbosi arterial

- Trombosis coronaria

Tronbosi koronario

- Trombosis periférica

Tronbosi periferiko

- Trombosis profunda

Sakoneko tronbosi

- Trombosis superficial; tromboflebitis superficial

Azaleko tronbosi; azaleko tronboflebitis

- Trombosis venosa

Zainetako tronbosi

- Tropomiosina

Tropomiosina

- Troponina

Troponina

- Tumor evanescente; derrame pleural intercisuras

Tumore ebanesente; zisuren arteko pleurako isuri

U

- Úlceras cutáneas

Larruazaleko ultzerak

- Úlceras cutáneas arteriales

Larruazaleko ultzera arterialak

- Úlceras cutáneas venosas

Larruazaleko zain-ultzerak

- Ultrasonografía Doppler

Doppler ultrasonografia

- Unidades de medida de las radiaciones

Erradiazioen neurri-unitateak

- Urgencia hipertensiva

Urgentzia hipertentsibo

- Urinotórax

Urinotorax

- Urticaria

Urtikaria

- Urticaria causada por el frío

Hotzak eragindako urtikaria

- Urticaria originada por el calor

Beroak eragindako urtikaria

V

- Valor predictivo negativo

Aurresateko balio negatibo

- Valor predictivo positivo

Aurresateko balio positibo

- Valoración diagnóstica de la fiebre

Sukarraren balorazio diagnostiko

- Válvula aórtica bicúspide

Balbula aortiko bikuspide

- Valvulopatías

Balbulopatiak

- Varices

Barizeak

- Varicorragia

Barikorragia

- Vasoconstricción hipóxica; reflejo alveolocapilar; reflejo de von Euler

Hodi-uzkurdura hipoxiko; erreflexu albeolokapilar; von Euler-en erreflexu

- Ventilación

Aireztapen

- Ventilación alveolar

Albeolo-aireztapen

- Ventilación pulmonar

Birika-aireztapen

- Ventriculo derecho

Eskuineko bentrrikulu

- Ventriculo izquierdo

Ezkerreko bentrrikulu

- Ventriculografía

Bentrrikulografia

- Ventriculografía isotópica

Bentrrikulografia isotopiko

- Virulencia

Birulentzia

- Virus oncogénicos

Birus onkogenikoak

- VLDL; lipoproteínas de muy baja densidad

VLDL; dentsitate oso txikiko lipoproteinak

- Volet costal

Saihets-hezurretako bolet

- Volumen corriente

Bolumen arrunt

- Volumen de eyección

Eiekzio-bolumen

- Volumen de reserva espiratorio

Arnasa botatzeko erreserba-bolumen

- Volumen de reserva inspiratorio

Arnasa hartzeko erreserba-bolumen

- Volumen latido

Taupada-bolumen

- Volumen máximo espiratorio de primer segundo (VEMS / SABBM)

Lehen segundoko arnasbotatzeko bolumen maximo (SABBM)

- Volumen residual

Hondar-bolumen

- Volumen residual funcional

Hondar-edukiera funtzional

- Volumen sistólico

Bolumen sistoliko

- Volumen telediastólico

Bolumen telediastoliko

- Volumen telesistólico

Bolumen telesistoliko

- Volúmenes pulmonares

Birika-bolumenak

- Vómica

Bomika

W

- Western Blotting

Western Blotting

X

- Xantelasmas

Xantelasmak

- Xantomas

Xantomak

- Xantomas eruptivos

Xantoma eruptiboak

- Xantomas tuberosos

Xantoma tuberosoak

- Xenobiótico

Xenobiotiko

- Xeroderma pigmentosum

Xeroderma pigmentosum

Y

- Yugulograma

Jugulograma

Z

- Zoonosis

Zoonosi

- Zumbido diastólico; murmullo de llenado mesodiastólico

Burrumba diastoliko; betetze-murmurio mesodiastoliko

- Zumbido venoso; soplos continuos

Zain-burrumba; murmurio jarraituak

JULIAN BERECIARTUA
Médico colegiado
nº202001217



LA LUNA Y NUESTROS ALIMENTOS

No puedo ocultar mi afición a los episodios naturales, a los procesos sencillos que nos rodean y más desde que un entendido en la previsión del tiempo me dijo que «en el País Vasco en lugar de vivir en torno al Sol deberíamos orientarnos por los ciclos de la Luna». Al mismo tiempo observé que en los días inmediatamente siguientes a la Luna llena los viejos chopos de la cuesta de Meagas se llenaban de setas comestibles que, dicho sea de paso, me gusta muchísimo saborear.

Sabemos que la Luna es el astro más cercano a la Tierra –aunque a una distancia de unos 400.000 kilómetros–, que tanto nuestro planeta como la Luna se formaron al mismo tiempo y que ésta gira alrededor de la tierra para lo cual necesita veintinueve días. Les adelanto que, dado las temperaturas extremas que allí se dan –entre 100°C de máxima y 180°C bajo cero de mínima–, yo nunca aterrizaré allí, pues ya me parece suficiente calvario los calores de hasta 40°C que hemos padecido por aquí algunos veranos.

En realidad, la Luna es un espejo sin luminosidad propia, aunque esa discreta luz que refleja es un factor importantísimo en el desarrollo vegetal y animal sobre la Tierra. Está demostrado que el jesuita Rizzoli ocupa un lugar primordial en el estudio de la masa lunar que encierra más montes y valles que nuestra tierra vasca.

Todos conocemos las mareas vivas del mar Cantábrico, que se desarrollan bajo los influjos lunares, y cuándo es

el mejor momento de las mareas más bajas para la extracción de percebes en nuestras rocas marinas.

Soy un firme convencido de que para nuestra salud las fases lunares son dignas de tener en cuenta. También pueden preguntarles a los horticultores, pastores, etc. Y sobre todo a las mujeres cuyo embarazo está a término. Si son observadores, verán que coinciden.

Yo personalmente no he observado diferencia en hemorragias si se realizan en una u otra fase lunar, pero el doctor Andrews asegura que las menores pérdidas suceden durante la Luna nueva y las más profundas, por el contrario, en cuarto creciente. Como cirujano, para desarrollar la máxima atención todos los días, prefiero no enterarme.

Siempre se ha dicho que la Luna tiene mucho que ver en los trastornos mentales. Así, en la vida cotidiana a la persona cuyo carácter es muy variable se llama lunática.

Los vegetales de los que nos alimentamos de hojas o raíces, como la lechuga o las acelgas, para que tengan mejor sabor se plantan cuando la Luna está decreciendo. Aquellos de los que aprovechamos la flor o las semillas aéreas, por su parte, deben plantarse en la fase lunar en crecimiento si deseamos saborear productos de calidad. Las manzanas y las peras deben cogerse del árbol en Luna menguante los del lado sur y creciente las orientadas hacia el norte para que la fruta sea más sabrosa y su conservación en casa más prolongada. ■

The image features a collection of jewelry pieces, including several rings and a necklace, arranged on a light background. The jewelry is heavily embellished with butterfly wings, which have vibrant green and blue patterns on a dark background. The pieces also feature large, round, faceted gemstones in shades of yellow and blue. The overall aesthetic is elegant and nature-inspired.

Pouellato
TABOU

Nueva colección 2013

C/ BERGARA, 16
SAN SEBASTIÁN
943 423821

www.joyeriairantzu.com

ALTA JOYERIA
IRANTZU
SAN SEBASTIÁN



Cuidamos de los que cuidan

A.M.A. la Mutua de los Profesionales Sanitarios



A.M.A.
agrupación mutua
aseguradora

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

A.M.A. San Sebastián 943 42 43 09

Pº de la Concha, 17 ; bajo C.P. 20007 sansebastian@amaseguros.com

Colegio de Médicos 94327 04 11

Seguros de ámbito

familiar y personal

- > Automóvil, Motos y Ciclomotores
- > Multirriesgo Hogar
- > Responsabilidad Civil General
- > Multirriesgo Viajes
- > Multirriesgo Accidentes
- > Multirriesgo Embarcaciones

Seguros de ámbito

profesional

- > Responsabilidad Civil Profesional
- > Multirriesgo Establecimientos Sanitarios: Farmacia
- > Responsabilidad Civil de Instalaciones Radiactivas
- > Multirriesgo Establecimientos Sanitarios
- > Responsabilidad Civil de Sociedades Sanitarias
- > Defensa y Protección por Agresión
- > Multirriesgo PYME

MÁS DE 500.000 PROFESIONALES CONFÍAN EN A.M.A.