

MEDIKUEN AHOTSA GIPUZKOA MÉDICA



GARAI
BERRIA
ABIAN

UNIDAD DE VÉRTIGO Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

DR. FERMIN MATELLANES

OTORRINOLARINGOLOGÍA

AUX: N. ALKIZA

AUX: G.GARMENDIA

- CRANEOCORPOGRAFÍA DE CLAUSSEN
- VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZADA
- POSTUROGRAFÍA DINÁMICA BRU
(ESTIMULACIÓN REALIDAD VIRTUAL 3D)
- 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

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



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

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

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

Diseinua eta maketazioa / Diseño y maquetación
Jaione Ugalde

Testuak / Textos
Lupe Calvo Elizazu

Portada
Gupost

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.

Los presidentes de los 52 colegios médicos, en la Asamblea General de la OMC celebrada a finales de enero, acordamos rebelarnos ante los recortes del gasto público que están incidiendo en la sanidad pública, uno de los principales pilares del Estado del Bienestar. Desde aquí, defendemos la sanidad pública universal, porque permite ofrecer atención sanitaria, también, a quienes menos tienen y más lo necesitan.

Los indiscriminados y desproporcionados recortes están llevando al Sistema Nacional de Salud a una situación crítica que hace difícil su funcionamiento y afecta a la correcta atención a los pacientes, al tiempo que se está aprovechando la situación para modificar las condiciones laborales y retributivas de los médicos de una forma irreversible.

Los profesionales vemos que las drásticas medidas que se están tomando encarecen más el sistema y deterioran la calidad asistencial a los pacientes, pues muchos servicios se encuentran colapsados porque se recortan plantillas, no se cubren bajas, ausencias o vacaciones del personal.

Tal y como recoge el comunicado suscrito por todos los colegios médicos, no podemos aceptar recortes en la financiación sanitaria que provoquen pérdidas de calidad en la asistencia a los pacientes, especialmente cuando sus efectos recaen en los más pobres, desfavorecidos e indefensos. Tenemos que tener presente que, en el país con mayor gasto sanitario, Estados Unidos, 47 millones de personas no tienen derecho a ninguna atención sanitaria ■

Urtarrilaren amaiera aldera OMC erakundearen Batzar Nagusian bildutako sendagileen 52 elkargoek osasungintza publikoan eragin izugarria izaten ari diren gastu-murrizketen aurrean gure protesta eta ezinegona agertzea erabaki genuen, sanitate publikoa Ongizate Estatuaren zutabe garrantzitsuenetakoa baita. Jarrera horretatik abiatuta, sanitate publiko unibertetsala defendatu eta aldarrikatzen dugu, baliabiderik gutxien edukita bere premiarik handiena duten horiei ere arreta sanitarioa eskaintzeko modua ematen digulako.

Sanitate-mailan egindako diru-murrizketa indiskriminatu bezain neurrigabeen ondorioz Osasun Sistema Nazionala egoera zail eta kritikorako bidean jarri da, eta horrek sanitatearen beraren funtzionamendu egokia oztopatzeaz gain, pazienteen arretari ere erasaten dio. Eta aurrekoak gutxi balira, medikuen lan-baldintzak eta ordainsariak atzerabuelarik ez duten moduan aldarazteko ere baliatu nahi da egoera.

Profesional sanitariook ondotoxo dakigun bezala, azkenaldian hartzen ari diren neurri zorrotzek sistema garestitu eta pazienteei emandako asistentziaren kalitatea hondatzen dute. Izan ere, zerbitzu asko kolapsatuak aurkitzen baitira plantillak murrizten direlako, edota langileen bajak, absentiak edo oporrak behar bezala estaltzen ez direlako.

Sendagileen elkargo guztiek sinatutako jakinarazpenak jasotzen duen bezala, ezin dugu inolaz ere pazienteei emandako asistentzian kalitate-galerak dakartzan finantzaketa sanitarioaren murrizketarik onartu, murrizketa horien eraginak behartsuenen, laguntza beharrean dauden edo babesik gutxienean dutenen gainera erortzen direnean batez ere. Kontuan eduki behar dugu, esaterako, gastu sanitarioak handiena duen herrialdean, Amerikako Estatu Batuetan, inolako osasun-laguntzarik jasotzeko eskubiderik ez duten 47 milioi pertsona daudela ■

SUMARIO

Asesoría jurídica: el acceso a la historia clínica > **2** Presentada la memoria de actividades del año 2011 > **4** Contra los recortes sanitarios > **7** Gupost > **10** OEEren biltzarra > **20** Medikuntzako lexikoa: Patología orokorra (IV) > **21** Servet, médico > **26** Gastronomía y salud: la chuleta > **32**

JON PELLEJERO ARAMENDIA
Letrado Asesor del Colegio de Médicos de Gipuzkoa



CONDENA POR EL ACCESO INJUSTIFICADO A LA HISTORIA CLÍNICA DE UNA PACIENTE

el Tribunal Superior de Justicia de Navarra ha condenado al Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea a retirar las fotografías de la historia clínica y a pagar 125.000 € porque personal sanitario ha accedido injustificadamente a la historia clínica de una paciente. El Servicio Navarro de Salud, por su parte, ha sancionado al personal sanitario (incluidos médicos) por ese acceso a la historia clínica sin justificación.

Los artículos más importantes de aplicación en este caso son los artículos 3, 14 y 16 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, sin olvidar el artículo 18 de la Constitución referente al derecho a la intimidad.

En el artículo 3 de la Ley 41/2002 se encuentra la definición de Historia Clínica y de Información Clínica. También se refiere a la historia clínica el artículo 14 de la Ley 41/2002, cuyo apartado 1 dice que la historia clínica es el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales del paciente, constando la identificación de los profesionales sanitarios que han intervenido. El artículo 16 de esta misma ley regula los usos de la historia clínica, y establece que su objetivo es garantizar una asistencia adecuada al paciente y que los profesionales sanitarios tienen acceso a la misma como instrumento fundamental para la asistencia adecuada del paciente. De este artículo también hay que destacar el apartado 3 que establece la posibilidad de acceso a la historia clínica para otros

finos como la investigación o docencia, rigiéndose en estos casos por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 14/1986 General de Sanidad. En estos casos, deben separarse los datos que identifican al paciente (nombre, apellidos, etc.) de los datos de carácter clínico-asistencial para preservar el anonimato.

En el proceso al que hacemos mención, se condena a la administración porque, según la Sentencia, se dio un funcionamiento anormal en el sistema sanitario, en la medida en que se permitieron ac-

El acceso ilegítimo a la historia clínica vulnera el derecho a la intimidad personal y familiar

cesos ilegítimos a la historia clínica informatizada, lo que vulnera el derecho a la intimidad personal y familiar de la paciente, y también el derecho a la protección de datos personales que incide no solo en la intimidad personal sino también en la familiar.

Pazienteek zein osasun-langileek dokumentazio klinikoari dagokionez dituzten esku-bide eta betebeharrei nahiz Historia Klinikokoari buruzko Dekretua onartu berri du Eusko Jaurlaritzak, artikulua hau idatzi ondoren. Martxoaren 13ko Dekretuan informazioa asistentzian inplikaturako osasun-langileek soilik ikusi ahal izango dutela onartzen da. Horretaz gain, pertsona baten heriotzatik 10 urte igaro eta gero, bere informazio klinikoaren zati bat suntsitzea ezarri da. Halaber, Historia Klinikokoak 15 urtetan aldaketarik eduki ezean, Dekretuan ezarritakoari jarraituz ezabatu ahal izango da.

La Sentencia establece que Osasunbidea cometió diferentes infracciones. La primera cuando los profesionales sanitarios toman fotografías de la paciente sin su autorización o la de sus familiares. Se alegó que sacar fotografías para fines estrictamente terapéuticos, de tratamiento y de diagnóstico es una práctica habitual del Servicio de Medicina Intensiva y del Servicio de Cirugía Plástica. También que los médicos intervinientes manifestaron que estaba justificado tomar las fotografías, pero sin embargo declararon que se hicieron muchas fotografías, algunas especialmente duras del cuerpo desnudo de una mujer muy joven y en un estado impactante. Estas fotografías -en algunas de las cuales se podía identificar a la paciente- estaban incluidas en la historia clínica informatizada, aunque después se retiraron.

Sobre la necesidad de pedir permiso para realizar la fotografía, la Sentencia establece que los propios médicos, dadas las circunstancias concurrentes, tienen dudas sobre si debían haber pedido permiso a la familia, por la especial gravedad de las fotografías y el estado anímico de la familia y desde luego, por las circunstancias de la paciente. Asimismo, se establece que desde el punto de vista asistencial las fotografías no eran necesarias porque en estos casos el 99,9% de los pacientes fallecen, por lo que se considera dudosa la necesidad asistencial de las fotografías. En este sentido, la Sentencia obliga a retirar de la historia clínica las fotografías.

El segundo motivo por el que se condena a la administración es porque personal sanitario no involucrado en el proceso asistencial ha tenido un acceso ilimitado a la historia clínica. Se considera que ha habido un funcionamiento anormal del servicio sanitario que no ha impedido el acceso al historial clínico informatizado de profesionales no implicados en el diagnóstico y tratamiento de la paciente. Dichos accesos se han considerado ilegítimos. Se considera acreditado que las medidas de seguridad y protocolo de trabajo de la administración sanitaria para garantizar la protección de datos y del acceso a los historiales clínicos informatizados no son suficientes, porque no han garantizado la confidencialidad del historial clínico.

Osasunbidea alegó que el acceso a la historia clínica, según el artículo 16 de la Ley 41/2002, debe ser libre para cualquier profesional por razones asistenciales y que es imposible determinar "a priori" qué profesionales tienen que intervenir en la atención de un paciente, por lo que, para no poner en riesgo la asistencia sanitaria, hay que dar acceso a la historia clínica a todos los profesionales sanitarios.

La Sentencia no considera esto suficiente y manifiesta que hubo un funcionamiento anormal porque hubo 2.825 accesos de 417 usuarios integrados en 55 servicios de todos los centros: hospitalarios, ambulatorios, etc., cuando la paciente solo estuvo en un hospital y en cuatro servicios.

El paciente debe dar consentimiento expreso a ser fotografiado si el interés es científico o docente

La Sentencia establece que probablemente existe una dificultad a la hora de conciliar el derecho de los pacientes a su intimidad y propia imagen con el libre acceso de los profesionales a la historia clínica; y declara que es técnicamente posible restringir el acceso. Y, aunque sea difícil delimitar el ámbito de restricción, de alguna forma se debe hacer ya que se considera que la ineficacia del sistema arbitrado es absoluta, no siendo admisible el sacrificio del derecho a la intimidad frente al acceso a la historia clínica, puesto que dicho acceso se debe facilitar a los médicos y profesionales que atienden al paciente, y no a todos.

En este caso se han dado dos vulneraciones: sacar fotografías a la paciente sin su consentimiento o el de sus familiares y ponerlas en la historia clínica; y permitir el acceso a la historia clínica a cualquier profesional sanitario sea o no parte del proceso asistencial de la paciente.

Existe una condena económica a la administración por sacar las fotografías y ponerlas en la historia clínica, pero fundamentalmente por no poner los medios adecuados para impedir el acceso a la historia clínica de los profesionales no involucrados en el proceso asistencial. Osasunbidea también ha sancionado individualmente a quienes accedieron a la historia clínica sin ser parte del proceso asistencial, con falta grave o leve, dependiendo de las circunstancias de cada caso.

Sobre la obtención de fotografías, tal y como se establece en la Sentencia, cabe señalar que el consentimiento expreso de los pacientes no es necesario si las fotografías, desde el punto de vista médico y asistencial, son necesarias; sin embargo el consentimiento expreso sí es necesario cuando las fotografías pue-

den ser interesantes desde el punto de vista científico o docente. En este caso, por la información que se dispone, parece dudoso que las fotografías, desde el punto de vista asistencial, fueran precisas, por lo que sí era necesario el permiso del paciente o sus familiares. Sin embargo, la condena principalmente se ha debido a que profesionales que no eran parte del proceso asistencial han accedido a la historia clínica.

Los profesionales sanitarios han sido sancionados en unos casos como infracción grave y en otros como leve. Desconociendo el contenido concreto de las sanciones a los médicos, se podría alegar que los accesos se realizaron por interés científico y de docencia por ser un caso raro y especial, para poder así mismo tratarlo en sesiones clínicas. Se podría fundamentar en que se trata de un supuesto del artículo 16.3 de la Ley 44/2002, de acceso con fines de investigación o docencia propia de los médicos; aunque este artículo establece que en estos casos se deben disociar los datos, se podría alegar que disociar dichos datos corresponde a la administración (se podría, por ejemplo, utilizar un sistema para acceder a las historias clínicas con fines científicos y docentes en los que no constase la identidad del paciente) y si la administración no lo ha hecho, no existe responsabilidad del médico por ello.

Dado que actualmente en Osakidetza, en algunos casos, se tiene acceso a toda la historia clínica de los pacientes, los médicos (y todos los profesionales sanitarios) deben tener presente que el acceso a las historias clínicas de pacientes a los que no se está tratando puede dar lugar a importantes consecuencias y sanciones.

Como se establece en la Sentencia, para limitar el acceso a las historias médicas se pueden implantar medios técnicos, y aunque la primera limitación puede ser la concienciación de los propios profesionales, esto no supone quitar la responsabilidad a la administración, Osakidetza, que debe poner los medios técnicos necesarios para impedir un acceso indiscriminado a las historias clínicas, y existen medios técnicos para ello ■

PRESENTADA LA MEMORIA DE ACTIVIDADES DEL AÑO 2011

SOMOS 3.649 COLEGIADOS

tal y como se informó en la Asamblea General celebrada el pasado 6 de marzo, a lo largo del año 2011 el Colegio recibió 28 quejas o reclamaciones de usuarios o pacientes, el doble de las presentadas en el ejercicio anterior. El número de colegiados participantes en los cursos organizados por el Colegio también ascendió considerablemente, hasta casi duplicarse. Además, a lo largo del año se registraron 142 nuevos colegiados y 59 bajas, por lo que al acabar el año el Colegio contaba con 3.649 colegiados. Estos son algunos de los datos de los que dio cuenta, ante la Asamblea, la Secretaria General, Milagros Garicano, al presentar la memoria de actividades correspondiente al año 2011.

Entre quienes el último año se han incorporado al Colegio, como en ejercicios anteriores, el porcentaje de mujeres es mayoritario, pues son mujeres casi el 60 % de las personas colegiadas en el año 2011. En la actualidad podría decirse que el porcentaje de hombres y mujeres en este Colegio es prácticamente el mismo: 1.828 hombres y 1.821 mujeres. El 46,47% de quienes se colegiaron lo hicieron por primera vez; el 44% han

40 personas, huérfanos y médicos discapacitados mayormente, recibieron ayudas del Patronato por valor de unos 200.000 €

venido de otras provincias y el 9% restante son médicos que se han reincorporado a la actividad. La mayor parte de las bajas registradas fueron motivadas por el traslado a otros lugares de trabajo (43). Además, quince colegiados fallecieron y otros once dejaron de ejercer la profesión.

Entre las actividades llevadas a cabo por el Colegio a lo largo del pasado año cabe destacar la formación continua orientada a la mejora de la competencia profesional de los médicos. Una actividad que en el 2012 se intentará potenciar de un modo especial. El pasado año se realizaron cinco cursos en los que participaron unas 600 personas, casi el doble de los participantes registrados el año anterior.

Elkargoak antolatutako ikastaro-
etara iaz joandako elkargokide
kopuruak gora egin zuen. Izan
ere, 2011. urtean ia 600 lagunek
parte hartu zuten Elkargoak
antolatutako bost ikastaroetan.
Idazkari Nagusiak, Milagros
Garicanok, Elkargoko urteko
Elkargokideen Batzar Nagusi
Arruntean jakinarazitako datuak
dira horiexek. Datu baikorrak
baita ere web-orriari dagozkionak,
www.giseo.org webguneko era-
biltzaileen kopurua, pasa den
urtean, dezente igo baitzen.

Eta gora egin du baita ere
Elkargoak iaz jasotako kexa eta
erreklamazioen kopuruak 28 iza-
tera iritsiz.

Idazkari Nagusiak aurkeztu-
tako urteko txostena Elkargoko
webguneko area pribatuan es-
kuragai dago. Bertan urtean
izandako ekimen guztien berri
ematen da eta baita Umezurtzen
eta Medikuen Gizarte Babeserako
Asturiasko Printzea Fundazio Patro-
natuaren bidez elkargokideei eman-
dako diru-laguntzak ere.



Milagros Garicano, Secretaria General del Colegio.



Colegiados en la festividad del día del médico, el pasado mes de octubre.



© Juantxo Egaña

Parte de la actual Junta de Gobierno.

En el lado negativo está este otro dato: también se duplicaron las quejas o reclamaciones presentadas ante el Colegio, ya que en 2011 se presentaron 28 peticiones. Algunas de ellas relativas al acceso a las historias clínicas por adopciones irregulares supuestamente cometidas en Gipuzkoa desde el franquismo y hasta finales de los años 80.

Otro dato alentador es el número de visitas y usuarios registrados en la página web. Así, durante el año 2011 la nueva página web del Colegio registró 15.845 usuarios, 31.445 visitas (60% nuevas) y un total de 168.051 páginas vistas. También son positivos los relativos al envío de circulares, ya que se ha reducido en más del 60% el envío de circulares en papel, pues a finales de 2011 el 61,37%

de los colegiados las recibían únicamente a través del correo electrónico. De este modo se ha evitado el envío de más de 60.000 folios, con el consiguiente ahorro económico y beneficio ambiental.

La Secretaria General también informó a la Asamblea que el Colegio continúa preocupado por la publicidad engañosa, por lo que, en reiteradas ocasiones, ha solicitado a los centros privados que corrijan la información de sus páginas corporativas que no se ajuste a la realidad. Aunque incluso se ha acudido a la vía judicial, se reconoce que se está ante un problema de difícil solución.

A la hora de hacer balance de las actividades del año, la Secretaria General

también dio cuenta de las prestaciones asistenciales recibidas por los colegiados o sus familiares a través de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias. Y es que veintisiete huérfanos de médicos colegiados en Gipuzkoa recibieron ayudas del Patronato por importe de 119.709 euros. Otras trece personas (huérfanos y médicos discapacitados, un médico jubilado, una viuda, y una persona ingresada en una residencia geriátrica) recibieron ayuda de protección social por un valor total de 77.287 euros. Y dos médicos colegiados en Gipuzkoa fueron atendidos a través del PAIME. Se puede acceder a la memoria completa de actividades a través del área privada de la página web: www.giseo.org ■

EL PRESIDENTE DEL COLEGIO PRESENTA SU BALANCE DE GESTIÓN

ENRIQUE TELLERIA: «2011 HA SIDO UN AÑO DE CAMBIOS Y MODERNIZACIÓN»

el Presidente explicó la necesidad de dar una salida a la antigua Caja de Auxilio y contar con una institución más moderna, “máxime cuando, con la entrada en vigor de las leyes de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y de Planes y Fondos de Pensiones, las gestiones de prestaciones por muerte solo pueden realizarlas las entidades aseguradoras y las Cajas de Auxilio de los Colegios tienen prohibido gestionar prestaciones por muerte”, indicó al tiempo que añadió que “tras estudiar distintas posibilidades, se vio que lo más adecuado era reconvertir la Caja de Auxilio en una Fundación que al mismo tiempo pudiera atender las demandas de los colegiados y de la sociedad guipuzcoana”.

El patronato de la Fundación –el equivalente a su junta de gobierno– el pasado año redactó el reglamento regulador de su funcionamiento que determina las ayudas que concede y quiénes tienen derecho a percibir las, la composición y las funciones de la junta directiva, y cómo se van a atender las necesidades formativas de los médicos.

Asimismo, el Presidente del Colegio explicó la razón de ser de los Colegios Médicos. En su opinión, “las organizaciones colegiales de médicos son los órganos encargados de regular el ejercicio profesional, de decidir cuáles son las buenas prácticas profesionales y dónde están los límites, y lo hacemos –dijo– poniendo siempre por delante de cualquier otro interés la seguridad del paciente”.

El Presidente también hizo referencia a eso que los medios de comunicación vienen llamando como “trama de los niños robados” y señaló que la política del Colegio a este respecto no puede



El presidente del Colegio, Enrique Telleria.

© Juanxto Egaña

La Fundación es una entidad al servicio de los colegiados y de la sociedad guipuzcoana

ser otra que de responsabilidad y total transparencia, pues es el primer interesado en que estos hechos ahora denunciados sean aclarados. “De hecho –declaró–, el colegio viene colaborando tanto con las personas afectadas que se han dirigido al Colegio como con la justicia facilitando toda la información administrativa de la que se dispone” ■

Urteko Elkargokideen Batzar Nagusi Arrunta ospatu zen martxoaren 6an. Bertan, Elkargoko presidentea, Enrique Telleriak, joan den urteari zegokion txostenaren berri eman zuen. Lehendakariak agertu zuenez, 2011n hainbat aldaketa eta aurrerapauso eman da Elkargoan; horien artean Fundazioaren sorrera. Izan ere, gaur egun, lege aldetik, Elkargoen Sorospen Kutxak zalantzako egoeran aurkitzen ziren eta egoerara egokitzeko aukerarik onena Fundazioa sortzea izan da. Egungo gaitara moldatzen den erakunde moderno baten funtzioa.

Beraz, aurrerantzean, elkargokideren baten heriotza gertatuz gero, hildakoaren familiari prestazio bat eskainiko dio eta elkargokideen etengabeko prestakuntzaz arduratu ere.

EL COLEGIO SE UNE A LAS CRÍTICAS REALIZADAS POR LA OMC RESPECTO A LOS RECORTES SANITARIOS

el Colegio de Médicos de Gipuzkoa hace suyas las reivindicaciones de la OMC y considera que los médicos no deben aceptar los recortes en la financiación de la sanidad que afectan a los pacientes y cuyos efectos recaen en los más débiles y desfavorecidos. Por ello consideramos que las instancias políticas tienen que buscar soluciones que palién la crítica situación en que, debido a los recortes, se encuentra el Sistema Nacional de Salud.

A continuación se incluye, íntegro, el comunicado aprobado por la OMC en la Asamblea General celebrada el pasado mes de enero en Madrid.

Los médicos nos rebelamos frente a los recortes

1. La crisis económico-financiera ha llevado al Sistema Nacional de Salud (SNS) a una situación crítica que requiere buscar soluciones desde las máximas instancias políticas de nuestro país.
2. Como consecuencia de los recortes, nuestro SNS vive una situación de dificultad sin precedentes que hace difícil su funcionamiento, que se está aprovechando para modificar las condiciones laborales y retributivas de los médicos de una forma permanente e irreversible.
3. La profesión médica no debe aceptar recortes en la financiación sanitaria que provoquen pérdidas de calidad en la asistencia a sus pacientes, especialmente cuando sus efectos recaen en los más pobres, débiles, ancianos, desfavorecidos e indefensos.
4. El médico debe rechazar los recortes indiscriminados, desproporcionados, denunciar sus consecuencias y



Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC.

rebelarse ante ellos. Los médicos estamos obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.

5. Los médicos y los ciudadanos deben participar en el buen uso de los servicios sanitarios. Contribuir de forma proactiva en mejorar la eficiencia y la calidad del SNS, ofreciendo nuestra colaboración y compromiso en la toma de decisiones, harán que las medidas a tomar no incidan negativamente en la asistencia.
6. La profesión médica ha reclamado reiteradamente un gran acuerdo político que permita introducir las reformas y cambios necesarios para mejorar el funcionamiento del SNS en el que han de participar los profesionales y la ciudadanía.
7. La precariedad laboral y la falta de

Osasungintza publikoan eragin izugarria izaten ari diren gastu-murrizketen aurrean gure protesta eta ezinegonagatzea erabaki genuen OMC erakundearen Batzar Nagusian bildutako elkargoek, sanitate publiko Ongizate Estatuaren zutabe garrantzitsuenetakoa baita.

Sanitate-mailan egindako diru-murrizketa neurrigabeen ondorioz Osasun Sistema Nazionala egoera zail eta kritikorako bidean jarri dela uste dugu eta baita ere medikuen lan-baldintzak eta ordainsariak atzera bueltarik ez duten moduan aldarazteko erabiltzen ari direla.

Sanitate publiko unibertsal defendatu eta aldarrikatzen dugu, premiarik handiena dutenei ere arreta sanitarioa eskaintzeko modua ematen duelako.

oportunidades obliga a los médicos a buscar trabajo fuera de España, lo que supone un despilfarro económico e intelectual.

8. Estamos muy preocupados sobre las consecuencias de los recortes en dos colectivos médicos especialmente vulnerables por ser el futuro del SNS como son los médicos en formación MIR y los médicos dedicados a investigación.
9. A pesar de la situación de crisis y los recortes del SNS la defensa sin reservas de la calidad del Acto Médico, es parte fundamental de nuestro compromiso y responsabilidad con nuestros pacientes y con la sociedad en su conjunto.

Comunicado de la Organización Médica Colegial, aprobado por la Asamblea General celebrada el 28 de enero de 2012 ■

LOS CASOS TRATADOS SON GRAVES, PERO LA MITAD DE LOS PACIENTES HAN RECIBIDO EL ALTA



EL PAIME ATENDIÓ 21 NUEVOS CASOS EN EUSKADI EN 2011

El pasado año el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de la Comunidad del País Vasco (*Sendagile Artean*), PAIME, atendió 21 nuevos casos, ocho más que los atendidos en el mismo período del año anterior. Mientras 18 casos corresponden a Bizkaia, tan solo dos corresponden a Gipuzkoa, rompiéndose, por tanto, la proporcionalidad existente hasta la fecha entre los tres territorios históricos. Asimismo, por primera vez desde que el programa se puso en marcha, las mujeres son mayoría entre quienes han acudido a este servicio. Si a esto añadimos que la gran mayoría de los casos (19) se presentaron en el segundo semestre del año, podemos decir que el año 2011 ha sido un año atípico en lo que al PAIME de la CAPV se refiere.

Así, mientras en el conjunto de Euskadi ha aumentado el número de médicos

En 2011 dos médicos de Gipuzkoa requirieron de la ayuda del PAIME

atendidos, en Gipuzkoa se ha reducido la cifra considerablemente: dos frente a cinco en 2010. Y también han variado con respecto a años anteriores los datos epidemiológicos de los pacientes que accedieron al programa: por vez primera las mujeres son mayoría y las adiciones han sido el motivo de ingreso solo en 3 casos. Aunque los casos atendidos han sido realmente graves, ya que 6 de los nuevos pacientes necesitaron ingreso hospitalario y hubo un fallecimiento por supuesta autolisis.

Desde la puesta en marcha del PAIME en 2004 se alternan años con incidencias altas y otros con incidencias más bajas. Así en 2006 hubo 17 nuevos casos, 27 en el año 2007, 12 en el año 2008, 22 en el 2009, 13 en el 2010 y 21 este último año lo que hace un total de 125 pacientes en total, de los cuales la mitad (61) han sido dados de alta con incorporación al puesto de trabajo; 11 han logrado la incapacidad laboral permanente y 6 han fallecido. De los 48 pacientes que en la actualidad continúan en el programa 41 están trabajando. Cabe destacar que la mortalidad acumulada es elevada (6/125) y que en la mayoría de los casos se ha debido a suicidio.

Como se ha indicado este pasado año se ha roto la proporcionalidad entre los tres territorios históricos 3-2-1, ya que a



Angel Alayo, coordinador de Sendagileen artean.

Bizkaia han correspondido 18 de los 21 casos (2 a Gipuzkoa y 1 a Araba). Esta diferencia es difícil de explicar ya que las campañas de difusión del programa fueron iguales en los tres territorios.

Como se ha indicado anteriormente, por primera vez el número de mujeres supera el de varones (13 mujeres atendidas frente a 8 hombres) y también se ha dado un cambio en la edad de quienes han acudido al PAIME: los mayores de 50 años duplican a los pacientes entre 36 y 50 años (12/6), y tres residentes menores de 36 años han acudido voluntariamente al programa. En una buena parte de los casos los enfermos han acudido de motu propio (12 casos) y es de destacar que en cinco casos ha sido algún compañero quien ha inducido al médico a acercarse al PAIME.

Un parámetro que sí se mantiene es el ámbito de trabajo, ya que la mayoría, como en años anteriores, trabaja en exclusiva para el sector público (15 de los médicos atendidos). En la mayoría de estos casos (18) el motivo de entrada ha sido la patología psiquiátrica clásica, depresiones en sus diferentes grados (8 casos), seguido de

Por primera vez, el número de mujeres atendidas ha superado el de varones

trastorno bipolar (3 casos) y ansiedad y alcoholismo (2 casos).

A su labor asistencial el PAIME ha añadido su labor preventiva. Así, el pasado año se realizaron dos talleres para tutores y responsables docentes sobre la "Prevención de la patología PAIME en el MIR", uno de ellos en Donostia.

EL PAIME -iniciativa del Consejo Médico del País Vasco en colaboración con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco- es un ejemplo de la autorregulación profesional que llevan a cabo los Colegios de médicos, ya que además de ocuparse de la atención de los médicos enfermos son quienes no les permiten seguir trabajando si no están en condiciones de ofrecer una buena atención a los pacientes ■

Euskal Autonomia Erkidegoko 21 sendagilek, iaz, Sendagile Gaixoarentzako Laguntza Integraleko programara jo zuten. Beren lanari eragin diezaioketen arazo psikikoak eta/edo jokabide mendetasun-sortzaileak dituzten sendagileei zuzentzen zaie programa hau eta lanera baldintza onenetan itzuli ahal izateko beharrezkoa den tratamendua bermatzea du helburu. Sendagile horietatik hiru Gipuzkoako Elkargo honetako kideak dira. Beraz, nahiz eta Euskal Autonomia Erkidegoan laguntza jaso behar izan duten medikuen kopuruak gora egin duen, gure lurraldean beste urtetan baino gutxiago izan dira *Sendagileen artean*-eko laguntza behar izan duten medikuak.

Doako laguntza-programa hau martxan jarri zenetik, joan den urtean lehen aldiz, gehien bat emakumeak izan dira laguntza bila jo dutenak. Eta kasu asko benetan larriak izan dira, sei lagun erietxean ingesatuta egon baitira.

Sendagile Gaixoarentzako Laguntza Integraleko Programara bere kabuz 12 lagunek jo dute. Lankideen laguntzari esker, aldiz, bost sendagilek jo dute laguntza eske.

GUPOST IMPRIME Y DISTRIBUYE ESTA REVISTA



Con este ejemplar, el número 69, Medikuen Ahotsa inicia una nueva etapa de la mano de Gupost, que a partir de ahora se encargará de imprimir y distribuir esta revista, al igual que desde hace casi diez años viene haciendo con las circulares o, más recientemente, con el nuevo carné de colegiado. Esta revista es, por tanto, un claro ejemplo del amplio abanico de productos y servicios que ofrece el grupo Gureak a través de Gupost, la primera filial del grupo dedicada a ofrecer soluciones gráficas; marketing directo; marketing promocional;

packaging; buzoneo; operador postal; contact center; outsourcing y gestión documental. Entre algunos de los trabajos realizados por Gupost cabe destacar la digitalización de documentos medievales de los archivos municipales de La Rioja, o la digitalización, entre otros, de los fondos fotográficos de Kutxa.

Desde que el grupo Gureak echara a andar, hace casi cuatro décadas, su cartera de productos ha variado mucho, pues ha pasado de contar con dos pequeños talleres a una plantilla actual de más

de 4.200 trabajadores en tres divisiones: Industrial, Servicios y Publicidad y marketing directo, además de ofrecer otros servicios asistenciales. Muestra, sin duda, de la demanda creciente del colectivo de personas con discapacidad por lograr un empleo. Y es que ese fue el fundamento del grupo Gureak: que las personas con discapacidad pudieran lograr la plena integración social a través de la inserción laboral.

Gureak dio sus primeros pasos en el mundo empresarial en la subcontrata-



gente, el sector servicios, surgiendo así Gupost, la primera filial de Gureak.

Aquella apuesta innovadora por la diversificación se ha convertido hoy en una de las empresas punteras en publicidad directa y marketing promocional -que cuenta con el aval de los más rigurosos certificados de calidad- que da empleo a casi 700 trabajadores en 16 centros de trabajo (incluidos centros franquiciados). Según datos del último año, Gupost tramitó más de 100 millones de depósitos postales.

Gureak Servicios está compuesto por diez empresas líderes en su actividad. Desde la limpieza industrial y la jardinería, hasta la hostelería, la gestión de estaciones de servicio, el vending o la lavandería industrial emplean a más de 1.400 trabajadores, mayoritariamente personas con discapacidad. Gracias a esta diversificación el grupo ha conseguido un crecimiento continuo que ha permitido seguir ofreciendo un empleo a las personas con más dificultad de acceso al mundo laboral.

De la reflexión del Grupo Gureak sobre la necesidad de impulsar nuevas formas de comercio y acercar a los profesionales y comercios a las nuevas tecnologías, recientemente ha nacido la tarjeta merkaOn que ofrece descuentos en los comercios adheridos. Se puede conseguir la tarjeta rellenando un formulario disponible en los comercios, por teléfono (943 005 616), o a través de la web (www.merkaon.com). Gureak considera que este proyecto, que cuenta con la colaboración de la Cámara de Gipuzkoa y la Diputación Foral de Gipuzkoa, es una iniciativa socialmente responsable que ofrece toda la cadena de valor de la operativa integral (diseño, soluciones gráficas, contact center, marketing digital, distribución y logística), generando trabajo para 20 personas en distintos ámbitos del marketing y la distribución. Se estima que gracias a los descuentos de este sistema, un hogar medio guipuzcoano podrá ahorrar hasta 1000€ al año.

Gureak dispone de un teléfono de atención al cliente (943 000 800) al que poder llamar para distintas consultas e información ■

ción industrial en el sector de la automoción, electrónica e inyección de plástico. Hoy, con cinco empresas, más de veinte plantas de producción y cerca de dos mil empleados, la división industrial de Gureak comprende cinco áreas tecnológicas, con sus correspondientes departamentos técnicos y de I+D+i. Todo esto permite al grupo desarrollar su actividad en sectores altamente competitivos, como la industria auxiliar de automoción o las energías renovables. En la actualidad Gureak exporta a países como Francia, Italia y Portugal.

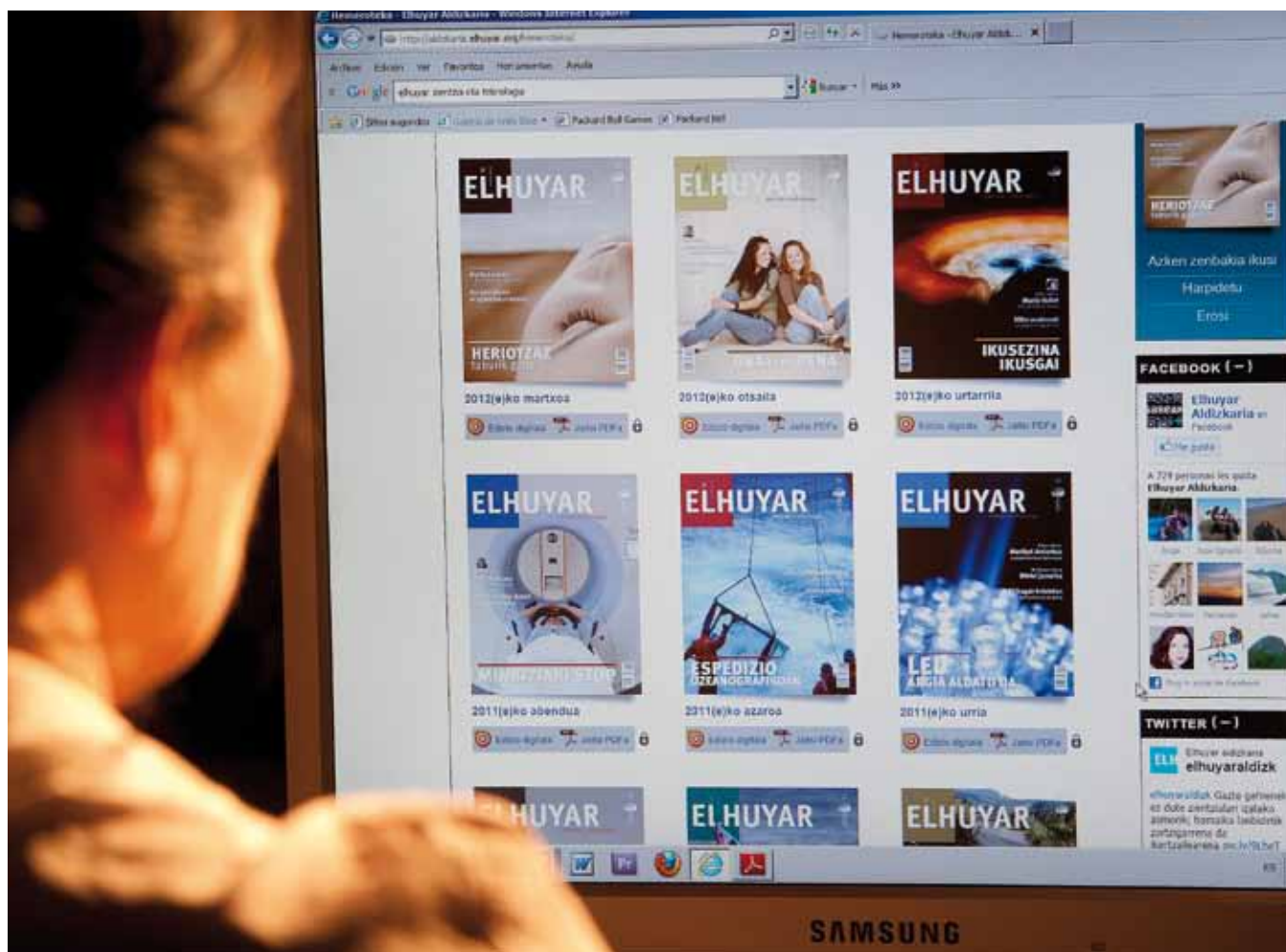
En la década de los noventa, se dio en Euskadi un proceso de reconversión que llevó a cerrar empresas tan emble-

Gupost, empresa puntera en publicidad y primera filial del grupo Gureak, da empleo a casi 700 personas

máticas como astilleros Euskalduna, o Altos Hornos de Bizkaia; una situación que arrastró a la industria de maquina herramienta, bienes de equipo, etc., por lo que el grupo se vio obligado a enfocar parte de su actividad a un sector emer-

ELKARGOAK ETA ELHUYARREK LANKIDETZA AKORDIOA SINATU BAITUTE

ELHUYAR ZIENTZIA ETA TEKNOLOGIA ALDIZKARIA AURTEN ERE %25 MERKEAGO



Elhuyar Zientzia eta Teknologia aldizkariak papereaz gain, edizio digitala dauka.

gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialak eta Elhuyar Fundazioak akordioa sinatu berri dute. Akordio honen arabera, *Elhuyar Zientzia eta Teknologia* aldizkariko harpidetza-sarian % 25eko deskontua egingo die Elhuyar Fundazioak elkargokide direnei.

Urtebeteko harpidetza saria, lehenengo urtean, 49,5 €-koa da eta 42 €-koa bigarren urtetik aurrera. Orain berritu den akordioari esker, %25eko deskontua

izango lukete elkargokideek. Horrela, 37,125 € ordainduko lukete lehenengo urtean eta 31,5 € bigarren urtetik aurrera. Horren truke aldizkariaren 11 ale jasoko dituzte paperean eta aldizkariaren edizio digitalera ere sarbidea izango dute.

Elkargokideak Elhuyarrekin jarri behar du harremanetan deskontu horretaz gozatu ahal izateko eta harpidedun egin nahi duela adierazi. Interesatua

elkargokide dela ziurtatzeaz Elhuyar arduratuko da.

Urteak daramatza Elhuyarrek zientziaren dibulgazioan lanean. Horren adierazgarri *Elhuyar Zientzia eta Teknologia* aldizkaria da. Hainbat berrikuntza ondoren, **aldizkaria.elhuyar.org** helbidean harpidedunei zerbitzu osagarriak eskainiko dizkien webgune berria estreinatu du ■

aldizkaria.elhuyar.org

BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES

> PROGRAMA CONSIGUE

El Colegio de Médicos de Gipuzkoa apoya el programa conSIGUE

Gipuzkoa es el primer territorio en implantar este programa que pretende estudiar el impacto y el beneficio –clínico, económico y humanístico– del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes crónicos mayores de 65 años y que diariamente toman cinco o más medicamentos.

El profesional farmacéutico que participa en esta iniciativa, en colaboración con el médico de atención primaria, de cara a mejorar o alcanzar resultados positivos en la salud de los pacientes, evalúa y monitoriza la farmacoterapia en función de las necesidades de cada paciente.

Así, en los seis meses en que dura el programa (que finalizará a mediados del próximo mes de mayo), el farmacéutico revisa la medicación que toma el paciente, sus interacciones, duplicidades, reacciones adversas... y, cuando es preciso, elimina los medicamentos que no son necesarios y adapta la medicación a las patologías concretas del paciente.

Transcurrido este período de prueba en las 78 farmacias de Gipuzkoa que participan con 780 pacientes, será el turno de analizar y evaluar los datos recogidos; labor que será realizada por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Servicios similares desarrollados en Australia, Inglaterra, Suiza o Estados Unidos consiguieron que el sistema sanitario ahorrara dinero, mejorara la calidad de vida de los pacientes y disminuyera el número de medicamentos que tomaban los pacientes ■

> TENDRÁ LUGAR ENTRE EL 16 Y EL 19 DE ABRIL

Curso de actualización sobre patología mamaria para médicos de atención primaria

Dirigido a médicos de atención primaria, entre el 16 y el 19 de abril se va a impartir en el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa un curso de actualización de la patología mamaria. El horario del mismo será de 17 a 19 horas.

Se van a abordar cuestiones muy variadas que van desde la actitud ante la patología mamaria, hasta la reconstrucción mamaria, pasando por el tratamiento de radioterapia, la medicina nuclear, los tratamientos sistémicos o la asesoría genética, entre otros. Los ponentes serán médicos de la Unidad de mama de Onkologikoa.

El Colegio ha solicitado acreditación para este curso y las inscripciones al mismo se pondrán a realizar hasta completar el aforo ■

> BALANCE DE CUENTAS

Superávit de 239.787€

El pasado año el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa tuvo unos ingresos de 1.022.025 € y unos gastos de 782.237 €, por lo que el balance de cuentas dejó un superávit de 239.787 euros. Entre los gastos habidos el pasado año, la partida mayor es la correspondiente a personal con 164.368 €, seguida de las asesorías jurídico, laboral, fiscal con 110.489 €. El proyecto de presupuesto aprobado por la Asamblea General para el presente ejercicio prevé unos ingresos y gastos de 1.133.417 € ■

> NUEVO LOGO COLEGIO Y FUNDACIÓN

Modernizado el logotipo del Colegio



La necesidad de diseñar un logotipo identificativo para la Fundación del Colegio de Médicos ha llevado al Colegio a renovar el suyo propio. El logotipo actual sigue la misma línea que el anterior, pero, de cara a su modernización, ha simplificado la forma y los trazos y ha introducido una tipografía clásica, acorde con la utilización de un escudo como logotipo. Mantiene tanto el escudo del territorio histórico de Gipuzkoa (aprobado en 1979 por las Juntas Generales) como las serpientes –símbolo identificativo de la medicina– enroscadas en torno a las mazas que en el escudo de Gipuzkoa se corresponde a los dos tenantes. El color elegido para la parte exterior, es un tono azul relacionado con el ámbito de la medicina y presente también en la página web del Colegio ■

In Memoriam



LOLA ARTECHE LEGORBURU

La Dra Arteché, Lola para todos nosotros, nació en Azpeitia. Realizó sus estudios de Licenciatura en Valladolid. Tras un año de rotatorio en Santander se trasladó a Madrid para formarse en la especialidad de radiología. Con 28 años obtuvo la plaza en la Residencia Ntra. Sra. de Aránzazu donde ha desarrollado toda su actividad laboral.

Lola siempre ha representado entusiasmo y energía unidos a un gran rigor en el trabajo diario, características que la convertían en una gran profesional.

Es de destacar la gran actividad docente que ha desarrollado durante todos estos años contribuyendo con su paciencia y dedicación a la formación no solo de las diferentes generaciones de radiólogos de los últimos 30 años sino también a la de los médicos de múltiples especialidades que se asomaban al mundo de la radiología.

Lola amaba su trabajo y supo transmitir ese amor a los que la rodeaban. Su recuerdo y su energía van a permanecer durante mucho tiempo entre nosotros.

**El servicio de radiología
del Hospital Universitario Donostia**



JESÚS OLARREAGA GARMENDIA

Nos ha dejado por un tiempo hasta que nos reunamos con él... Nuestro amigo y compañero Jesús Olarreaga se ha despedido con un hasta pronto.

Hombre enamorado de la música clásica y la ópera (El gran Pavarotti fue, como él mismo decía, "su gran amigo"). Lector incansable de ensayos, infatigable estudioso de su profesión hasta los últimos días, conversador selecto y exquisito. Narrador entrañable para sus allegados de historias veraces, curiosas y vitales. Defensor a ultranza de la cultura con mayúsculas y del euskera.

Orgulloso de su entorno familiar, de sus cuatro hijos y sus dos nietas, pero sobre todo de su inseparable mujer Rosalía, que fue en todo momento su fiel compañera en la vida. Buen amigo de sus amigos (¡¡ay!! aquellos días de reuniones, sociedades gastronómicas, fútbol e interminables charlas...). Comprometido con sus pacientes hasta lo indecible (hace bien poco todavía), dedicándoles tiempo y esfuerzo para ayudar a sanar el cuerpo y el alma.

Llevó siempre con orgullo su natalidad tolosarra y allí descansa en paz. Se nos ha ido, pero siempre estará entre nosotros. Goian bego gure lagun.

Dr. Istúritz



JOSÉ MARÍ CALVO

El 4 de noviembre pasado falleció, a los 77 años de edad, el doctor José Marí Calvo, pediatra donostiarra. Tras estudiar en el Colegio del Sagrado Corazón de San Sebastián, estudió la carrera de Medicina en Zaragoza y posteriormente realizó la especialidad de Pediatría en Valladolid.

Una vez acabó sus estudios comenzó a trabajar en San Sebastián donde pasó consulta en distintos ambulatorios -en Roteta, Gros o Loyola- hasta que, en 1969, consiguió plaza en el ambulatorio de Rentería, actividad que compaginó con la consulta privada tanto en su domicilio como en Rentería.

Fuera del trabajo su gran afición -que compaginó con la pintura o la escultura- fueron los coches. El primer coche que tuvo fue un Renault 4 CV, conocido popularmente como cuatro-cuatro. Su familia todavía recuerda que aquel coche, cuando iba a hacer visitas a Roteta (en Altza), "le dejaba tirado y tenía que llamar a su padre para que fuera a buscarle". Al cuatro-cuatro le siguieron otros como un "Alpine" rojo, cuando en San Sebastián solo había dos de este tipo. Su pasión por las cuatro ruedas le llevó a correr algún rallye como copiloto y otras muchas subidas en Jaizkibel o Mutriku.

In Memoriam



Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa
Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala



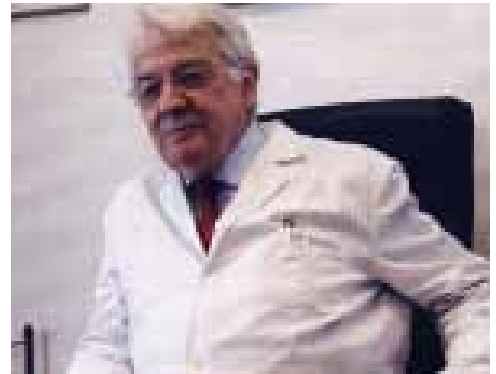
FELIX BERRAONDO CEBERIO

Félix Berraondo -nacido en Bergara el 15 de enero de 1929- estudió la carrera en la Facultad de Medicina de Zaragoza y se dedicó de lleno a su profesión. Su padre, también médico, le supo instruir, sobre todo, en el cariño a su pueblo en el que falleció el pasado 15 de enero. Félix fue "el médico de Bergara", el médico de su pueblo al que quiso y supo atender en cuerpo y alma. Nunca hubo horas ni horario para él. Cualquier hora era buena para atender y cuidar de sus enfermos.

Félix, además de médico, fue el amigo de casi todo el vecindario. El recorrido de su diario paseo matinal, una vez jubilado se convertía en un rosario de saludos. Sí, sí, Félix Berraondo fue, sin duda, el médico de todo Bergara. Descanse en paz.

Victoriano Gallastegi

JOSEP BARNES I ROS



Fallecido el 3 de enero de 2012, en Girona. Nada más iniciar el presente año, siempre con esperanzas y perspectivas positivas... a la primera de cambio recibimos la noticia negativa del fallecimiento de nuestro compañero Josep. Recuperando la memoria repasaremos de forma sucinta su trayectoria profesional en nuestra tierra. Llegó a Irún y San Sebastián en 1975, después de haberse formado en Barcelona en diferentes hospitales, principalmente en l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Se incorporó de inmediato a la Residencia N.ª. Sra. De Aránzazu, en un momento de transformación de la actividad hospitalaria en nuestra provincia, pasando de Hospital de Cirugía de Cupos a Hospital con Servicios Jerarquizados. Enseguida destacó en la organización y desarrollo de las principales técnicas quirúrgicas, tanto en la Traumatología, como en la Ortopedia, sobre todo en las nuevas técnicas de osteosíntesis e implantes protésicos.

Demostró una gran capacidad de trabajo y de ayuda en la formación de los nuevos traumatólogos, lo cual hizo que la calidad asistencial del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología subiera de forma vertiginosa en poco tiempo, ganando rápido prestigio personal y colectivo.

Posteriormente se incorporó a la Universidad del País Vasco, como profesor asociado, en la Unidad Docente de San

Sebastián, de la Facultad de Medicina, desde 1978 hasta su jubilación. En los últimos años de actividad se especializó, principalmente, en la Cirugía de Prótesis Articulares, sobre todo en los recambios de prótesis, siendo referente de primer orden en las patologías más complicadas.

Además, desde el punto de vista humano comunicaba muy bien con sus pacientes, siendo muy querido por ellos, basta referir las multitudinarias consultas externas que desarrollaba. Fue nombrado Jefe del Servicio COT, del Hospital Aránzazu, actividad que desarrolló durante varios años, hasta que la ceguera administrativa de Osakidetza le sustituyó.

También en la actividad de la práctica privada destacó sobremanera, basta recordar el gran número de pacientes que asistían a su consulta y las numerosas intervenciones que realizó, sobre todo en los últimos años en la Policlínica Gipuzkoa.

Hay otras muchas cosas destacables en su vida guipuzcoana que escapan a este recordatorio y sirva esto como pequeño homenaje y recuerdo a su persona, estamos seguros que su paso entre nosotros, en sus múltiples facetas, perdurará... Adeu Josep, moltes gràcies per tot.

Ernesto Eguino, excompañero del Hospital Donostia

In Memoriam



ANTONIO LARRAÑAGA AIZPURU

Antxón Larrañaga, nacido en Irún e irunés donde los haya, cursó sus estudios de medicina en la Universidad de Valladolid, especializándose en Ginecología y Tocología. Toda una vida dedicada a su profesión, con auténtica vocación y entusiasmo. Ocupó la plaza de ginecología en el ambulatorio de Irún durante más de 40 años, compaginando su plaza oficial con la atención en su consulta privada en Irún.

Digamos que medio Irún y comarca del Bidasoa ha dado a luz con él. Como continuación a la buena labor de su padre D. Ramón Larrañaga, también ginecólogo, con más de 15.000 partos asistidos, profesional donde los haya, sin horarios y siempre dando un cariño especial a todas sus parturientas y familiares.

En su juventud un gran deportista, amante de su familia y de sus amigos, donde no faltaba a su partida de Mus de los jueves en la sociedad Aldabe de Irún y sus San Marciales... no se perdía ninguno, desfilando durante más de 50 años en la Tamborrada del Alarde irunés.

Hasta sus últimos días estuvo al pie del cañón asistiendo a los pacientes de sus seguros y dando cariño y recomendaciones.

Sin duda que tendremos un inolvidable recuerdo de él, y añoraremos su presencia. Te recordaremos siempre.

Tus hijos

altas

Diciembre 2011

Andonegui Querejeta, Jose M^a
Ormazabal Olave, Olatz
Aramburu Argandoña, Larraitz
Tejeda Ramos, Nuria
Murgia Sarasola, Itziar
Iriarte Aristu, Joaquín
Ros Abando, Amaia

Enero 2012

Ereña Minguez, Cesar
Testa Garrido, Ricardo Osvaldo
Wannebroucq, Louis Sebastien H.
Velasco Garcia, Alexander

Febrero 2012

Sbrozzi-Vanni, Andrea
Santana Oteiza, Miriela
López de Goikoetxe Fuentes, Ana Julia
Pérez de Arriba Díaz de Argandoña, José Luis
Iriberrí Etxebeguren, Iker

bajas

Diciembre 2011

Torres Amatller, Carmen Rosa
Saenz Rios, Juan Carlos

Enero 2012

Delgado Bobadilla, José M^a
Iriondo Barrena, Nerea
Nuñez Bartolome, M^a Reyes
Aregita Anita, Ainhoa
Cuccomarino, Salvatore
Amillano Parraga, Kepa
Saenz Ballobar, Ana M^a

Febrero 2012

Gabari Machín, M^a Mercedes
Douenne, Jean Louis
Sáez de Arregui Moreno, Sandra

fallecidos

Barnes Ros, Josep
Berraondo Ceberio, Félix
Olarreaga Garmendia, Jesús M^a
Arteche Legorburu, M^a Dolores
Añorga Azpiazu, M^a Angeles
Vigil-Escalea Azcoaga, Ulpiano
Larrañaga Aizpuru, Antonio

LA COOPERACIÓN NO ES UNA PARTIDA PRESCINDIBLE

ORGANIZACIONES DE AYUDA A LA COOPERACIÓN PIDEN QUE SE AMPLIÉN LOS ESFUERZOS EN EL ÁMBITO SANITARIO



© Mónica Míguez

Las organizaciones Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo reivindican que los esfuerzos en la cooperación al desarrollo en el ámbito sanitario crezcan para que los objetivos del milenio se puedan cumplir, sobre todo en las zonas con colectivos más vulnerables. Asimismo, reclaman que, para construir un sistema equitativo, se apueste por fortalecer los sistemas públicos de salud y por implementar la estrategia de atención primaria de salud.

Estas reivindicaciones las realizaron al presentar, en la sede del Colegio de Médicos de Gipuzkoa, el informe "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria" correspondiente a 2011 cuyo objetivo es mejorar la eficacia, la efectividad y el impacto de la cooperación sanitaria en todos sus niveles (internacional, estatal, autonómico y local).

Según detectan las citadas organizaciones, parece ser que, en tiempos de crisis, las instituciones consideran que la partida para la cooperación es prescindible, por lo que hacen un llamamien-

Para construir un sistema equitativo hay que fortalecer los sistemas públicos de salud

to a todas las instituciones vascas para que mantengan sus líneas de financiación y sigan avanzando en el desarrollo de herramientas para lograr una mayor eficacia en las ayudas. Sin embargo, en su opinión, la cooperación no es una partida prescindible, porque reducir el dinero destinado a servicios sociales básicos, como la salud, tendría consecuencias irreversibles en los logros conseguidos en la última década.

El informe relativo a 2011 presentado por Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo muestra que la ayuda al desarrollo en Euskadi goza de buena salud, ya que mientras en la mayoría de comunidades autonómicas españolas descendió, en Euskadi la ayuda al desarrollo se incrementó. De hecho, el Gobierno Vasco destinó más de 44 mi-

llones de euros a esta ayuda, un 11,86% más que el año anterior.

Estas organizaciones, por tanto, apoyan el compromiso que las instituciones vascas tienen con la ayuda oficial al desarrollo y señalan que en el actual contexto de recortes generalizados no hay que tirar la toalla, ya que la ayuda oficial al desarrollo -que responde a criterios de justicia- es vital para millones de personas.

No obstante, el informe elaborado por Medicos del Mundo, Prosalus y Medicus Mundi recalca que del total de la ayuda a la cooperación que Euskadi envía solo el 6,92% se destina al ámbito sanitario cuando, para que se cumplan los compromisos internacionales, a proyectos sanitarios se debería destinar el 15% del total de la ayuda a la cooperación. Aun así apoyan el compromiso de las instituciones vascas con la ayuda oficial al desarrollo y consideran que el pasado año se produjeron avances notables en algunos ámbitos.

De cara a este año 2012, la mayoría de las instituciones vascas mantienen los porcentajes dedicados a la ayuda oficial al desarrollo. La partida de cooperación del Gobierno Vasco para este año es de 50.685.165 €, un 0,49% del presupuesto del Gobierno Vasco, lejos del 0,7% que según la ley vasca de cooperación -aprobada en 2007- debería destinar.

Debido a que ni los países donantes destinan el 0,7% del PIB a la cooperación, ni los países africanos destinan el 15% de sus presupuestos a salud, cada año 150 millones de personas gastan en atención sanitaria más del 40% de los ingresos familiares y estos gastos llevan a más de 100 millones de personas a acabar por debajo del umbral de la pobreza ■

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO PARA 2015

ALCANZADO EL PRIMERO DE LOS OBJETIVOS: REDUCIR A LA MITAD EL NÚMERO DE PERSONAS SIN ACCESO AL AGUA POTABLE

Para poner fin a la pobreza extrema que padecen millones de personas en el mundo, en el año 2000, la comunidad internacional adoptó la Declaración del Milenio; una declaración que representa valores y derechos humanos universalmente aceptados como la lucha contra el hambre, el derecho a la educación básica, o el derecho a la salud. La fecha límite fijada para que los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordados en dicha declaración se cumplan es el año 2015. Aunque hace tiempo que el propio Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-Moon, reconoció que no estábamos bien encaminados para cumplir con los compromisos, pues cuestiones como la crisis económica, el calentamiento global o la crisis en la seguridad alimentaria repercuten directamente en los esfuerzos por reducir la pobreza. Desaceleración económica significa menos ingresos para la población pobre; la crisis alimentaria más personas con hambre y pobres en el mundo; y el cambio climático tiene entre los más pobres un efecto desproporcionado.

De los ocho objetivos previstos para 2015, el primero de ellos, la reducción a la mitad del número de personas sin acceso al agua potable, se alcanzó en 2010 según han dado a conocer hace un par de semanas UNICEF y la Organización Mundial de la Salud al presentar el informe *Progress on Drinking Water and Sanitation 2012* (Progreso sobre el agua potable y saneamiento 2012), publicado por el Programa Conjunto para el Monitoreo del Abastecimiento de Agua y Saneamiento. Dicho informe indica que a finales de 2010 un 89% de la población mundial (6.100 millones de personas) utilizaba fuentes mejoradas



de agua potable, es decir, un 1% más que la cifra que figuraba en la meta de los ODM. A pesar de este logro, por lo menos el 11% de la población mundial (783 millones de personas) no tiene aún acceso al agua potable, y miles de millones no reciben todavía servicios de saneamiento, por lo que más de 3.000 niños mueren todos los días a causa de las enfermedades diarreicas, según UNICEF.

La OMS, por su parte, reconoce que proporcionar un acceso sostenible a fuentes mejoradas de agua potable es una de las cosas más importantes que se pueden hacer para reducir las enfermedades.

Es cierto que también ha habido avances en torno a algunos otros objetivos, como la educación primaria para muchos niños y niñas que antes no la recibían, la vacuna contra el sarampión, o los tratamientos antirretrovirales para el SIDA, pero -no podemos engañarnos-, se está a años luz de poner fin a la pobreza extrema: todavía hoy 150 millones de personas gastan en la atención sanitaria más del 40% de los ingresos familiares y estos gastos llevan a más de 100 millones de personas a acabar por debajo del umbral de la pobreza.

Con respecto a los objetivos del ámbito sanitario, se esperaba poder reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años en dos terceras partes y es verdad que, gracias a la vacunación, las muertes por sarampión han disminuido y que cada día hay 12.000 muertes menos de niños y niñas; pero aun así, 8 millones de niños menores de cinco años mueren cada año. Una cifra inaceptablemente alta.

Gracias a que la atención prenatal está aumentando en todo el mundo, la mortalidad materna ha descendido de 440 madres por cada 100.000 nacidos vivos a 290; pero aun así en el África subsahariana y el Asia meridional no ha disminuido el alto riesgo de muerte durante el embarazo o el parto y, más de medio millón de mujeres mueren en el parto o por complicaciones del embarazo en países en desarrollo. Para mejorar estos resultados es clave la presencia de personal sanitario cualificado en el parto.

Es indiscutible que la tasa de incidencia del SIDA y la mortalidad debida a la malaria han bajado un 25%, pero también lo es que el SIDA continúa cobrándose un terrible saldo de víctimas fundamentalmente en el África subsahariana; que los medicamentos antirretrovirales aumentan la expectativa de vida de las personas, pero la necesidad de tratamiento sigue siendo superior a la oferta disponible; y que resulta poco probable reducir a la mitad la tasa de prevalencia de tuberculosis para 2015.

A pesar de esta situación, ni los países donantes destinan el 0,7% del PIB a cooperación, ni los países africanos destinan el 15% de sus presupuestos a salud ■

GUSTAVO GÓMEZ, NUEVO DIRECTOR DE PSN EN LA ZONA NORTE

Gustavo Gómez Peláez ha sido nombrado director de la zona Norte (que agrupa varias provincias entre ellas Gipuzkoa) en sustitución de Jon Ayarza, que deja PSN para emprender nuevos proyectos profesionales tras una fructífera etapa de más de 20 años en la Mutua. Nacido en 1974 en Ciudad Real, Gómez Peláez es diplomado en Relaciones Laborales por la Universidad de Castilla La Mancha, con amplios conocimientos en Derecho Laboral y en seguros. Se incorporó a PSN en 2001 como asesor comercial en Ciudad Real. En 2007 fue nombrado director regional de Extremadura, puesto que ha ocupado hasta la fecha, con la obtención de excelentes resultados en el crecimiento de PSN en la autonomía.

Por otro lado, PSN ha presentado sus datos en 2011, un año que cerró con notables incrementos tanto en primas de nueva producción como en nuevas pólizas contratadas. En concreto, los 63,16 millones registrados de primas



Gustavo Gómez.

de nueva producción suponen un 25,5 por ciento más que la cifra registrada

en 2010. Las nuevas pólizas también rompieron otro techo significativo, en este caso el de los 20.000 contratos. En total, los mutualistas suscribieron 20.669 nuevas pólizas, un 22,6 por ciento más que en 2010. Además, la nueva producción vuelve a mostrar que PSN está creciendo, año tras año, a un ritmo muy difícil de igualar por ninguna otra compañía aseguradora, ya sea nacional o multinacional.

Repasando el histórico de los últimos años, PSN ha sido capaz, en solo cinco ejercicios, de pasar de una emisión bruta de 17,1 millones de euros a superar ampliamente la barrera de los 60 millones, 10.000 millones de las antiguas pesetas, aumentando casi un 400 por ciento nueva producción en cinco años. Además, PSN creció en 2011 el doble que el sector asegurador del ramo Vida, tanto en el capítulo de provisiones matemáticas como en el de primas devengadas ■

El Colegio de Médicos de Cádiz celebra el bicentenario de la Constitución de 1812

La Constitución de 1812, conocida popularmente como "La Pepa" fue la primera Constitución liberal que tuvo España que, entre otras cuestiones, trazó las primeras pinceladas de la organización sanitaria del país. Así, según dicha constitución, la competencia centralizada de la sanidad pública correspondía al gobierno. A los ayuntamientos, por su parte, les incumbían las responsabilidades de salubridad y la obligación de establecer la beneficencia municipal.

Las actividades programadas por el Colegio de Médicos de Cádiz abarcan todo el año y se han diseñado en torno a cuatro polos principales: ciclo de conferencias; citas culturales y

de ocio; actos colegiales y encuentros institucionales y profesionales. Los días 24 y 25 de mayo, por ejemplo, en el marco de estos encuentros profesionales se va a celebrar el séptimo Congreso Nacional de Responsables de Comunicación de Colegios Médicos.

Asimismo, a lo largo del mes de junio tendrá lugar la exposición de pintura de la Fundación Banca Marcha con obras de Goya y Picasso. En septiembre celebrarán el campeonato andaluz de golf para médicos colegiados y en octubre tendrá lugar la asamblea de presidentes y secretarios provinciales de la OMC ■

_MAIATZAREN 18AN ETA 19AN EGINGO DUEN BILTZARREAN

OSASUN LANGILEON ERRONKA BERRIAK AZTERGAI

OEE, Osasungoa Euskalduntzeko Era-kundeak, osasun alorrean eus-kara sustatzeko helburua duen elkarteak, *Osasun langileon erronka berriak* izenburupean 22. Osasun Biltzarra egingo du maiatzaren 18 eta 19an Bilbon Bizkaiko Sendagileen Elkargoaren egoitzan.

Biltzarrak oraingo erronka berriak aztertuko ditu ondorengo hiru mahai inguruen bidez: Bizitzaren medikalizazioa, Osasun langileak gaixotzen direnean eta Osasun langileak eta teknologia berriak.

Bizitzaren medikalizazioaz aritzeko Eulali Mariñelarena (Gipuzkoako Familia eta Komunitateko Medikuntzarako Irakaskuntza Unitateko Burua); Arritxu Etxeberria (Lehen mailako farmazialaria, Gipuzkoa Ekialdeko Eskualdean); eta Jose Ramon Bilbao (EHUko Genetika, Antropologia Fisikoa eta Animalien Fisiologia Saileko irakaslea gonbidatu dituzte. Mariñelarenak diagnostiko-proben gehiegikeriak eta bizitzaren medikalizazioa azalduko du. Etxeberria, berriz, depreskripzio gaiaz arituko da. Jose Ramon Bilbaok, aldiz, gaur egungo teknologia genetikoan

abantaila eta arriskuak aztertuko ditu.

Osasun-langileak gaixotzen direnean izenburupean berriz, osasun langileak zertaz gaixotzen diren adieraziko du Mertxe Petralanda Lan Osasuneko medikuak; beraien aurkako indarkeria Alberto Ibarzabal eta Yolanda Lopezek azalduko du eta medikuak gaixo psikiatrikoa denean dituen laguntzaz, Sendagile artean programaz, Angel Alayo -Sendagileen arteko koordinatzailea arituko da.

Hirugarren mahai-ingurua teknologia berriei eskainiko zaie eta bertan, besteak beste, Ruben Garcia, Lehen Mailako pediatra eta "Hij@s de Eva y Adán" blogaren editorea, gonbidatu dute.

Gainera bi tailer burutuko dira, Internet kontsultarako laguntzaz, ostiralean, eta gaixotasun mentalaren prebentzioa osasun-langile gazteetan, larunbatean. Informazio gehiago nahi izanez gero, hona hemen oe@oeegunea.org helbide elektronikoa eta **944 042 720** telefonoa ■



Bilbon, OEEk egingo duen XXII. Biltzarreko kartela.

Honako tailerrek osatuko dute egitaraua: Internet kontsultarako laguntza eta gaixotasun mentalen prebentzioa langile gazteetan

Bizitzaren medikalizazioa, osasun- langileak gaixotzen direnean eta osasun-langileak eta teknologia berriak aztergai

Euskararen erabilera sustatu

Irakaskuntzan, heziketan, eta lan-zentroetan euskararen erabilera sustatzea eta osasun-arloko profesionalen artean euskararen erabilera bultzatu eta indartzea da OEE elkartearen helburua. Horretarako, hainbat ekintza martxan jartzen ditu. Horien

artean aipagarrienak honako hauek: Osasun Jardunaldiak, Saio klinikoak, ikasleentzat diru-laguntzak, eta osasun-arloko testuen argitalpena bultzatzeko asmoa duen Jose Antonio Agote saria, besteak beste. Osasun Jardunaldiak 1991z geroztik,

urtero antolatzen ditu. Minbizia, neurozientziak, eritasun infektziosoak, eta genetika izan dira bertan hizpide eta jardunaldietako hitzaldi, mahai-inguru eta komunikazioen laburpenak biltzen dituen liburua argitaratu da urtez-urte.

Patologia orokorra (V)

F

- **Fisiopatología**
Fisiopatologia
- **Flapping tremor; asterixis**
Flapping tremor; asterixi
- **Flebografía**
Flebografia
- **Flegmasia alba dolens**
Flegmasia alba dolens
- **Flegmasia cerulea dolens**
Flegmasia cerulea dolens
- **Flujo espiratorio entre el 25 % y 75 % de la capacidad vital**
Edukiera bitalaren % 25en eta %75en arteko arnasbotatzeko fluxua
- **Flujo máximo respiratorio**
Arnasbotatzeko fluxu maximo;
Arnasbotatzeko fluxu goren
- **Flutter auricular**
Flutter aurikular
- **Flutter ventricular**
Flutter bentrikular
- **Foco aórtico**
Foku aortiko
- **Foco aórtico accesorio; foco de Erb**
Foku aortiko gehigarri;
Erb-en foku
- **Foco mitral**
Foku mitral
- **Foco pulmonar**
Birika foku
- **Foco tricúspide**
Foku trikuspide
- **Fonocardiograma**
Fonokardiograma
- **Fotopletismografía**
Fotopletismografia
- **Fóvea**
Fobea
- **Fracción de eyección**
Eiekzio-frakzio
- **Frecuencia cardíaca**
Bihotz-maiztasun
- **Frémito (cardíaco)**
Fremitu (bihotzekoa)
- **Frémitos vocales**
Ahots-fremituak
- **Frotamiento; rozamiento**
Marruskadura
- **Fuentes de las radiaciones**
Erradiazioen iturriak

G

- **Galope de suma; galope de adición**
Batuketa-arrapalada
- **Gammagrafía**
Gammagrafia
- **Gammagrafía con Ga67**
Ga67 gammagrafia
- **Gammagrafía con I131**
I131 gammagrafia
- **Gammagrafía con metayodobencilguanidina**
Metaiodobenzilguanidin gammagrafia
- **Gammagrafía con Tc99**
Tc99 gammagrafia
- **Gammagrafía con Tc99-isonitrilo**
Tc99-isonitrilo gammagrafia
- **Gammagrafía con Tc99-pirofosfato**
Tc99-pirofosfato gammagrafia
- **Gammagrafía con Tl201**
Tl201 gammagrafia
- **Gammagrafía con Xe133**
Xe133 gammagrafia
- **Gasometría arterial**
Gasometria arterial
- **Gasto cardíaco**
Bihotz-gastu
- **Genes para recomponer el ADN**
DNA konpontzeko geneak
- **Genes supresores de tumores**
Tumoreen gene supresoreak
- **Genotipo**
Genotipo
- **Germen oportunista**
Germen oportunista
- **Germen patógeno**
Germen patogeno
- **Germen saprofito**
Germen saprofito
- **Golpe de calor**
Bero-kolpe
- **Gonosomopatías**
Gonosomopatiak
- **Gotitas de Pfluge**
Pfluge-ren tantatxoak
- **Gradiente de oxígeno alveoloarterial**
Oxigeno-gradiente albeoloarterial
- **Gradiente de oxígeno arteriovenoso**
Oxigeno-gradiente arteriobenoso
- **Granuloma**
Granuloma

— Granzimas (proteasas)

Grantzimak (proteasak)

— Gravedad

Grabitate

H

- **Haplodeficiencia**
Haplogutxiegitasun
- **Hapteno**
Hapteno
- **Haz de Bachman**
Bachmann-en bala
- **Haz de His**
His-en bala
- **Haz de James**
James-en bala
- **Haz de Kent**
Kent-en bala
- **Haz de Mahaim**
Mahaim-en bala
- **Haz de Thorel**
Thorel-en bala
- **Haz de Wenckebach**
Wenckebach-en bala
- **HDL; lipoproteínas de alta densidad**
HDL; dentsitate handiko lipoproteinak
- **Hematomas**
Hematomak
- **Hemibloqueos fasciculares**
Hemiblokeo faszikularrak
- **Hemoneumotórax**
Hemopneumotorax
- **Hemopericardio**
Hemoperikardio
- **Hemoptisis**
Hemoptisi
- **Hemorragia cerebral**
Garuneko odoljario
- **Hemotórax**
Hemotorax
- **Hepatitis isquémica**
Hepatitis iskemiko
- **Herencia autosómica dominante**
Herentzia autosomiko gainartzaile
- **Herencia autosómica recesiva**
Herentzia autosomiko azpirakor
- **Herencia de Mendel**
Mendelen herentzia
- **Herencia dominante ligada al cromosoma X**
X kromosomari lotutako herentzia gainartzaile

- **Herencia intermedia; herencia codominante**
Herentzia bitarteko; herentzia kodominante
- **Herencia poligénica; herencia multifactorial**
Herentzia poligeniko; faktore anitzeko herentzia
- **Herencia recesiva ligada al cromosoma X**
X kromosomari lotutako herentzia azpirakor
- **Herida**
Zauri
- **Herpes zoster**
Zoster herpes
- **Heterogeneidad genética**
Heterogeneotasun genetiko
- **Heterogeneidad genética de los alelos**
Aleloen heterogeneotasun genetiko
- **Heterogeneidad genética de los locus**
Locusen heterogeneotasun genetiko
- **Hibridación de los cromosomas**
Kromosomen hibridazio
- **Hidroneumotórax**
Hidropneumotorax
- **Hígado acordeón**
Akordeoi-itxurako gibel
- **Hígado de estasis**
Estasi-gibel
- **Hinchados azules (blue boater)**
Puztu urdinak (blue bloater)
- **Hipercapnia**
Hiperkapnia
- **Hiperpirexia**
Hiperpirexia
- **Hiperpnea**
Hiperpnea
- **Hiperreactividad bronquial**
Hiperreaktibotasun bronkial
- **Hipersensibilidad del seno carotídeo**
Sinu karotideoaren hipersentikortasun
- **Hipersensibilidad tardía de tipo I; anafilaxia**
I. motako hipersentikortasun berantiar; anafilaxia
- **Hipersensibilidad tardía de tipo II; reacción citotóxica mediada por anticuerpos**
II. motako hipersentikortasun berantiar; antigorputzen bidezko erreakzio zitotoxiko
- **Hipersensibilidad tardía de tipo III; reacción mediada por inmunocomplejos**
III. motako hipersentikortasun berantiar; immunokonplexuen bidezko erreakzio
- **Hipersensibilidad tardía de tipo IV; reacción de hipersensibilidad mediada por células**
IV. motako hipersentikortasun berantiar; zelulen bidezko hipersentikortasun-erreakzio
- **Hipersensibilidad tardía de tipo V**
V. motako hipersentikortasun berantiar
- **Hipertensión arterial**
hipertentsio arterial
- **Hipertensión arterial clínica simple; hipertensión de bata blanca**
Hipertentsio arterial kliniko soil; mantal zuriko hipertentsio
- **Hipertensión arterial esencial; hipertensión arterial idiopática**
Hipertentsio arterial esentzial; Hipertentsio arterial idiopatikoa
- **Hipertensión arterial maligna**
Hipertentsio arterial gaiztoa
- **Hipertensión arterial nefrogénica; hipertensión renal**
Hipertentsio arterial nefrogeniko; giltzurrun-hipertentsio
- **Hipertensión arterial neurógena**
Hipertentsio arterial neurogeno
- **Hipertensión arterial pulmonar**
Birikako hipertentsio arterial
- **Hipertensión arterial pulmonar primaria**
Birikako hipertentsio arterial primario
- **Hipertensión arterial secundaria**
Hipertentsio arterial sekundario
- **Hipertensión arterial sistólica**
Hipertentsio arterial sistolikoa
- **Hipertensión arterial vasculorrenal**
Hipertentsio arterial baskulorrenal
- **Hipertensión de bata blanca; hipertensión arterial clínica simple**
Mantal zuriko hipertentsio; hipertentsio arterial kliniko soil
- **Hipertensión renal; hipertensión nefrogénica**
Giltzurrun-hipertentsio; hipertentsio nefrogeniko
- **Hipertermia**
Hipertermia
- **Hipertermia maligna**
Hipertermia gaiztoa
- **Hipertrofia excéntrica del miocardio; dilatación miocárdica**
Hipertrofia miokardiko eszentriko; dilatazio miokardiko
- **Hipertrofia miocárdica**
Hipertrofia miokardiko
- **Hipertrofia miocárdica concéntrica**
Hipertrofia miokardiko zentrokidea
- **Hipo**
Zotin
- **Hipocapnia**
Hipokapnia
- **Hipocinesia miocárdica**
Hipozinesia miokardiko
- **Hipogammagobulinemia infantil transitoria**
Haurtzaroko hipogammaglobulinemia iragankor
- **Hiponea**
Hipopnea
- **Hipotensión arterial**
Hipotentsio arterial
- **Hipotensión arterial idiopática; hipotensión arterial esencial**
Hipotentsio arterial idiopatikoa; hipotentsio arterial esentzial
- **Hipotensión ortostática**
Hipotentsio ortostatikoa
- **Hipotensión ortostática idiopática**
Hipotentsio ortostatikoa idiopatikoa
- **Hipotermia**
Hipotermia
- **Hipotermia intrínseca**
Hipotermia intrintsekoa
- **Hipoventilación alveolar**
Hipoaireztapen albeolar
- **Hipoxemia**
Hipoxemia
- **Hipoxia**
Hipoxia
- **Hipoxia anémica**
Hipoxia anemikoa
- **Hipoxia circulatoria**
Zirkulazio-hipoxia
- **Hipoxia hipoxémica**
Hipoxia hipoxemikoa
- **Hipoxia histotóxica**
Hipoxia histotoxikoa
- **Holter**
Holter
- **Holter de la presión arterial; monitorización ambulatoria de la presión arterial**
Presio arterialaren Holter; presio arterialaren monitorizazio ambulatorio (PAMA)
- **Holter electrocardiográfico; electrocardiografía ambulatoria**
Holter elektrokardiografiko; elektrokardiografia ambulatorio

— **Hormona antidiurética; ADH**

Hormona antidiuretiko; ADH

— **Idiograma**

Idiograma

— **Idiotipo**

Idiotipo

— **IDL; lipoproteínas de densidad intermedia**

IDL; dentsitate ertaineko lipoproteinak

— **Imagen de vidrio deslustrado**

Distirarik gabeko beiraren irudi

— **Imagen en alas de mariposa**

Tximeleta-hegoen irudi

— **Imagen en panal**

Abaraskaren irudi

— **Imágenes electrocardiográficas en espejo**

Ispiluko irudi elektrokardiografikoak

— **Incompatibilidad Rh; enfermedad hemolítica del recién nacido**

Rh bateraezintasun; jaioberriaren gaixotasun hemolitiko

— **Índice cardiaco**

Indize kardiako

— **Índice cardiorácico**

Indize kardiotoraziko

— **Índice de Cornell**

Cornell-en indize

— **Índice de Sokolow-Lyon**

Sokolow-Lyon-en indize

— **Índice de Tiffeneau**

Tiffeneau-ren indize

— **Índice de Yao**

Yao-ren indize

— **Índice tobillo-brazo**

Orkatila/beso indize

— **Índices dinámicos**

Indize dinamikoak

— **Inducción**

Indukzio

— **Infarto cerebral**

Garuneko infartu

— **Infarto de miocardio agudo**

Miokardioko infartu akutua

— **Infarto pulmonar**

Birikako infartu

— **Infarto sin ondas Q**

Q uhinik gabeko infartu

— **Infección; enfermedad infecciosa**

Infekzio; gaixotasun infekzioso

— **Infección endógena**

Infekzio endogeno

— **Infección exógena**

Infekzio exogeno

— **Infección local**

Infekzio lokal

— **Infección nosocomial**

Infekzio nosokomial

— **Infección oportunista**

Infekzio oportunistak

— **Infectividad**

Infektibitate

— **Inmunidad**

Immunitate

— **Inmunodeficiencia**

Immunoeskasia

— **Inmunodeficiencia celular**

Immunoeskasia zelular

— **Inmunodeficiencia combinada**

Immunoeskasia konbinatu

— **Inmunodeficiencia humoral**

Immunoeskasia humoral

— **Inmunodeficiencia primaria**

Immunoeskasia primario

— **Inmunodeficiencia secundaria**

Immunoeskasia sekundario

— **Inmunoglobulina; anticuerpo**

Immunoglobulina; antigorputz

— **Inspección**

Ikuskapen

— **Inspiración**

Arnasgora; arnas hartze; inspirazio

— **Insuficiencia aórtica**

Gutxiegitasun aortiko

— **Insuficiencia cardiaca**

Bihotz-gutxiegitasun

— **Insuficiencia cardiaca derecha**

Eskuineko bihotz-gutxiegitasun

— **Insuficiencia cardiaca global**

Bihotz-gutxiegitasun global

— **Insuficiencia cardiaca izquierda**

Ezkerreko bihotz-gutxiegitasun

— **Insuficiencia cardiaca por disfunción diastólica**

Disfuntzio diastolikoagatikoa bihotz-gutxiegitasun

— **Insuficiencia cardiaca por disfunción sistólica**

Disfuntzio sistolikoagatikoa bihotz-gutxiegitasun

— **Insuficiencia circulatoria**

Zirkulazio-gutxiegitasun

— **Insuficiencia circulatoria central**

Zirkulazio-gutxiegitasun zentral

— **Insuficiencia circulatoria periférica**

Zirkulazio-gutxiegitasun periferiko

— **Insuficiencia mitral**

Gutxiegitasun mitral

— **Insuficiencia pulmonar**

Birika-gutxiegitasun

— **Insuficiencia respiratoria**

Arnas gutxiegitasun

— **Insuficiencia tricuspídea**

Gutxiegitasun trikuspid

— **Insuficiencia venosa**

Zainetako gutxiegitasun

— **Interacciones**

Elkarrekintzak

— **Interferones**

Interferonak

— **Interleukinas**

Interleukinak

— **Intervalo de acoplamiento**

Akoplamendu-tarte

— **Intoxicación por CO**

Intoxicación por monóxido de carbono

Karbono monoxidoarengatiko intoxikazio
CO-arengatiko intoxikazio

— **Intoxicaciones (ver tóxicos)**

intoxikazioak (ikus toxikoak)

— **Intron**

Intron

— **Inversión**

Alderantzaketa

— **Isocromosoma**

Isokromosoma

— **Isocromosoma 21**

21 isokromosoma

— **Isquemia arterial periférica**

Iskemia arterial periferiko

— **Isquemia arterial periférica aguda**

Iskemia arterial periferiko akutua

— **Isquemia arterial periférica crónica**

Iskemia arterial periferiko kroniko

— **Isquemia crítica de las extremidades**

Gorputz-adarretako iskemia kritiko

— **Isquemia miocárdica; cardiopatía isquémica**

Iskemia miokardiko; kardiopatia iskemiko

— **Isquemia miocárdica silente**

Iskemia miokardiko isil

— **Isquemia subendocárdica**

Iskemia subendokardiko

— **Isquemia subepicárdica**

iskemia subepikardiko

— **Lactato deshidrogenasa**

Laktato deshidrogenasa (LDH)

— **Latido de captura**

Harrapatze-taupada

— **Latido de fusión**

Batze-taupada

— **Latido de la punta**

Erpineko taupada

— **Latido en cúpula de Bard**

Bard-en kupula-itxurako taupada

- **Latidos de escape**
Ihes-taupadak
- **LDL; lipoproteínas de baja densidad**
LDL; dentsitate txikiko lipoproteinak
- **Lesión subendocárdica**
Lesio subendokardiko
- **Lesión subepicárdica**
Lesio subepikardiko
- **Lesiones de los órganos diana**
Helburu-organoetako lesioak
- **LET; transferencia de energía lineal**
LET; energia linealaren transferentzia
- **Ley de Bergonie y Tribondeau**
Bergonie eta Tribondeau-ren lege
- **Ley de Fick**
Fick-en lege
- **Ley de Frank-Starling**
Frank-Starling-en lege
- **Ley de Laplace**
Laplace-ren lege
- **Ley de Meyer Olersten**
Meyer Olersten-en lege
- **Ley de Poiseuille**
Poiseuille-ren lege
- **Línea de Ellis-Damoiseau; signo del menisco**
Ellis-Damoiseau-ren lerro; meniskoaren zeinu
- **Líneas de Kerley**
Kerley-ren lerroak
- **Linfangitis**
Linfangitis
- **Linfedema**
Linfedema
- **Linfocitos T citotóxicos**
T linfozito zitotoxikoak
- **Linfogammagrafía**
Linfogammagrafia
- **Linfografía**
Linfografia
- **Lipopolisacárido**
Lipopolisakarido
- **Lipoproteínas**
Lipoproteinak
- **Lipoproteínas de alta densidad; HDL**
Dentsitate handiko lipoproteinak; HDL
- **Lipoproteínas de baja densidad; LDL**
Dentsitate txikiko lipoproteinak; LDL
- **Lipoproteínas de baja densidad de mínimos cambios; MMLDL**
Aldaketa minimoko dentsitate txikiko lipoproteinak; MMLDL

- **Lipoproteínas de densidad intermedia; IDL**
Dentsitate ertaineko lipoproteinak; IDL
- **Lipoproteínas de muy baja densidad; VLDL**
Dentsitate oso txikiko lipoproteinak; VLDL
- **Livedo reticularis**
Livedo reticularis
- **Llenado lento; diastasis**
Betealdi geldo; diastasi
- **Llenado rápido**
Betealdi bizkor

M

- **Mal de los aviadores**
Hegazkinlarien gaitz
- **Mal de montaña**
Mendi-gaitz
- **Mal de montaña agudo**
Mendi-gaitz akutua
- **Mal de montaña crónico; enfermedad de Monge**
Mendi-gaitz kroniko; Monge-ren gaixotasun
- **Malformación congénita de Ebstein**
Ebstein-en sortzetiko malformazio
- **Manchas de Janeway**
Janeway-ren orbanak
- **Manchas rojas de la mejilla**
Masaileko orban gorriak
- **Maniobra de Osler**
Osler-en maniobra
- **Maniobra de Schwartz**
Schwartz-en maniobra
- **Maniobra de Valsalva**
Valsalva-ren maniobra
- **Marcadores tumorales**
Markatzailak tumoralak
- **Mareo**
Zorabio
- **Masaje del seno carotídeo**
Sinu karotideoaren masaje
- **Mecánica de la tos**
Eztularen mekanika
- **Mecanismos de compensación**
Konpentsazio-mekanismoak
- **Mediadores de la anafilaxia**
Anafilaxiaren bitartekariak
- **Mediastinitis**
Mediastinitis
- **Mediastinitis aguda**
Mediastinitis akutua
- **Mediastinitis crónica; fibrosis mediastínica**
Mediastinitis kroniko; fibrosi mediastiniko
- **Mediastinitis necrosante descendente**
Beheranzko mediastinitis nekrosatzaile
- **Mediastinoscopia**
Mediastinoskopia
- **Meiosis**
Meiosi
- **Membrana alveolocapilar**
Mintz albeolokapilar
- **Metástasis**
Metastasiak
- **Método de dilución del helio**
Helioaren diluzio-metodo
- **Método triseccional**
Metodo trisekzional
- **Microcirculación**
Mikrozirkulazio
- **Mimetismo antigénico**
Mimetismo antigeniko
- **Miocardio atontado**
Miokardio zorabiatu
- **Miocardio hibernado**
Miokardio hibernatu
- **Miocardiopatía**
Miokardiopatia
- **Miocardiopatía dilatada**
Miokardiopatia dilatatu
- **Miocardiopatía hipertrófica**
Miokardiopatia hipertrofiko
- **Miocardiopatía isquémica; cardiopatía isquémica**
Miokardiopatia iskemiko; kardiopatia iskemiko
- **Miocardiopatía restrictiva**
Miokardiopatia murriztaile
- **Miocardiopatías tóxicas**
Miokardiopatia toxikoak
- **Miocarditis**
Miokarditis
- **Mioglobina**
Mioglobina
- **Miosina**
Miosina
- **Mitosis**
Mitosi
- **MMLDL; lipoproteínas de baja densidad de mínimos cambios**
MMLDL; aldaketa minimoko dentsitate txikiko lipoproteinak
- **Modelo biomédico; patrón biomédico**
Eredu biomediko
- **Modelo biopsicosocial; patrón biopsicosocial**
Eredu biopsikosozial
- **Modelo clínico de Wells (para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda)**

Wells-en eredu klinikoa (sakoneko zain-tronbosiaren diagnostikoan)

— **Moléculas coestimulantes**
Molekula koestimulatzailak

— **Monoclonalidad**
Monoklonalitate

— **Monosomía**
Monosomia

— **Mosaico**
Mosaiko

— **Muerte súbita**
Bat-bateko heriotza

— **Muesca anacrótica; muesca anácrota**
Koska anakrotiko; koska anakroto

— **Muesca dicrótica; incisura dícrota**
Arteka dikroto

— **Murmullo respiratorio**
Arnas murmurio

— **Mutaciones**
Mutazioak

N

— **Narcosis del centro respiratorio**
Arnas zentroaren narkosi

— **Narcosis del nitrógeno; borrachera de las profundidades**
Nitrogenoaren narkosi; urpekarien mozkorraldi

— **Nefroangiosclerosis**
Nefroangiosklerosi

— **Nefropatía hipertensiva**
Nefropatia hipertentsibo

— **Neoplasias; cáncer**
Neoplasiak; minbizi

— **Neumoconiosis**
Pneumokoniosia

— **Neumomediastino; Enfisema mediastínico**
Pneumomediastino; Enfisema mediastiniko

— **Neumomediastino espontáneo**
Berezko pneumomediastino

— **Neumomediastino iatrógeno**
Pneumomediastino iatrogeno

— **Neumomediastino traumático**
Pneumomediastino traumatiko

— **Neumonía; condensación pulmonar**
Pneumonia; birikako kondentsazio

— **Neumonitis intersticial**
Pneumonitis interstizial

— **Neumotórax**
Pneumotorax

— **Neumotórax abierto**
Pneumotorax ireki

— **Neumotórax catamenial**
Pneumotorax katamenial

— **Neumotórax cerrado**
Pneumotorax itxi

— **Neumotórax espontáneo**
Berezko pneumotorax

— **Neumotórax traumático**
Pneumotorax traumatiko

— **Neumotórax valvular (hipertensivo)**
Pneumotorax balbular (hipertentsibo)

— **Neuritis intercostales**
Saihetsarteko neuritisak

— **Nódulo auriculoventricular; nódulo de Aschoff-Tawara**
Nodulu aurikulobentrikular; Aschoff-Tawara-ren nodulu

— **Nódulo senoauricular; nódulo de Keith-Flack**
Sinu eta aurikula arteko nodulu; nodulu sinusal; Keith-Flack-en nodulu

— **Nódulos de Osler**
Osler-en noduluak

— **Nomenclatura TNM**
TNM nomenklatura

— **Nulisomía**
Nulisomia

O

— **Obstrucción de las vías aéreas superiores**

Goiko arnasbideetako buxadura

— **Oliguria (en la insuficiencia circulatoria)**

Oliguria (zirkulazio-gutxiegitasunean)

— **Oncogenes**
Onkogeneak

— **Oncógenesis; etiopatogenia de las neoplasias**

Onkogenesi; neoplasien etiopatogenia

— **Onda dícrota**
Uhin dikroto

— **Ondas a cañón**
Kanoi-itxurako a uhinak

— **Opsonización**
Opsonizazio

— **Ortopnea; disnea clinostática**
Ortopnea; disnea klinostatiko

— **Ortostatismo**
Ortostatismo

— **Oscilometría**
Oszilometria

— **Osteopatía hipertrófica**
Osteopatia hipertrofiko

— **Óxido nítrico**
Oxido nitriko

— **Oximetría transcutánea**
Larruazalean zeharreko oximetria

P

— **Palpación**
Haztapen

— **Palpitaciones**
Palpitazioak

— **Paquidermitis**
Pakidermitis

— **Paquipleuritis; fibrotórax**
Pakipleuritis; fibrotorax

¡AHORA SÍ!

MIRAMON-HOSPITALES: PARCELAS EN VENTA AL MEJOR PRECIO

COMPRE AHORA, CONSTRUYA CUANDO QUIERA Y HAGA REALIDAD EL PROYECTO DE SUS SUEÑOS.

INFÓRMESE EN

www.villasmiramon.com

T943 433 126 M677 401 650

San Marcial 35, 3º izq. San Sebastián



_JOSÉ MARÍA URKIA ETXABE

SERVET, MÉDICO

Los grandes historiadores profesionales españoles de la medicina, desde Laín a Granjel, de Riera a Diego Gracia, han mantenido que Servet representa una de las cumbres del humanismo médico renacentista español, y a él corresponde la gloria de haber descrito por vez primera la circulación pulmonar, conocida por el médico egipcio Ibn an Nafis, parece ser, desde el siglo XIII, pero totalmente ignorada en la comunidad médica, árabe y cristiana, hasta que Servet la redescubre trescientos años después.

Laín ha escrito: "El examen de los textos de Serveto [siguiendo a Mariscal que corrige el Servet y le añade la o final] no deja duda alguna respecto a la certidumbre y a la exactitud de su descubrimiento: la "Christianismi Restitutio", (1553), contiene la primera descripción de la circulación menor hecha en Europa y transfiere a los pulmones la sede principal de la hematosi respiratoria".

Luis S. Granjel, en su precioso texto "Historia de la Medicina Española", 1962, y en otros sucesivos de su fundamental fresco de la Historia de la Medicina Española, por siglos, sigue el criterio Lainiano y es rotundo al afirmar que "[Servet] es claro y terminante en su texto al describir la circulación menor".

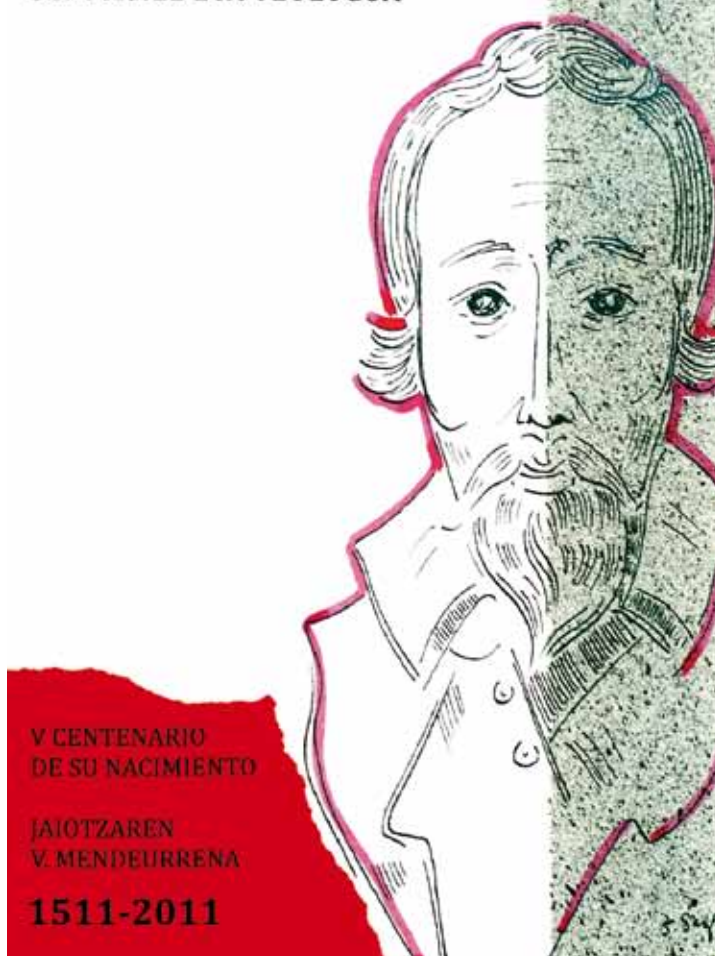
Juan Riera en su magnífico manual "Historia, Medicina y Sociedad" (1985), mantiene que a Servet se le debe la primera descripción moderna de la circulación pulmonar, pero añade, pertinentemente, que teniendo en cuenta el momento histórico, la aparición de tal novedad científica en un libro teológico que prácticamente se destruye toda la edición en la hoguera ginebrina junto a su autor, nada más ser publicado, en 1553, pasaría desapercibida, una vez más. Por eso, cierta historiografía italiana, e incluso, anglosajona, olvida u orilla a Servet y ofrecen los laureles a Realdo Colombo, anatomista postvesaliano italiano que en su "De Re Anatomica", 1559, describe también la circulación menor. Se podría, pues, tal vez, hablar de un codescubrimiento, toda vez que Colombo nada dice de Servet, al contrario que el español Juan Valverde de Amusco, que en su "Historia de la Composición del Cuerpo Humano", 1556, primer libro anatómico "more vasaliano" en lengua española, afirma que conoce la circulación menor por las enseñanzas de su maestro Colombo.

Diego Gracia Guillén dedicó a Servet su obra "Teología y Medicina en la Obra de Servet" (1981), en el 450 aniversario de su muerte, como historiador de la medicina que trata de restituir al médico aragonés y como deuda de gratitud hacia este humanista. Mantiene que los his-

*Según Gracia Guillén,
los historiadores médicos tienen la
responsabilidad de hacer justicia
con la persona y obra de Servet*

SERGIO BACHES OPI
JOSÉ MARÍA URKIA ETXABE

MIGUEL SERVET
MÉDICO Y TEÓLOGO
SENDAGILE ETA TEOLOGOA



Portada para el libro realizada por el pintor Javier Sagarzazu.

toriadores médicos tienen hacia Servet la responsabilidad de hacer justicia con su persona y su obra. El profesor Gracia apunta dos cuestiones importantes: por un lado plantea las razones por las que Servet incluye su descubrimiento fisiológico de la circulación pulmonar en un texto teológico, y en segundo lugar rebate con contundencia, frente a servetólogos tan ilustres como José Barón, Cavard y Ángel Alcalá, que su condición de médico no fue algo accesorio, coyuntural o un *modus vivendi*, todo lo contrario, para Gracia, fue nuclear en su vida y en su obra. No existe una falta de coherencia entre el médico y el teólogo, son una misma persona.

“En el caso de Servet [escribe Gracia], la incoherencia viene de la parcialidad de puntos de vista con que ha sido estudiada su obra. Los historiadores de la medicina, tan sensibles para ver en él al descubridor de la circulación menor de la sangre, no han sabido apreciar su sistema teológico, y menos la coherencia entre éste y la medicina. Por su parte, los historiadores de la teología han actuado también como puros especialistas, haciendo abstracción de todo lo que en Servet fuera extraño a su puro menester teológico. De este modo, y como artefacto historiográfico, se ha ido tejiendo el estereotipo de un Servet incoherente, escindido entre la teología y la medicina. La formulación extrema de esta manera de pensar sería el admitir en él dos facetas o personalidades absolutamente desconectadas e incomunicadas entre sí: de una parte el Servet médico y de otra el Servet teólogo”.

Los Doctores José Goyanes Capdevila (1935) y Nicasio Mariscal (1943), ilustres servetistas, se cuestionaban por las razones, para ellos extrañas, que llevaron a Servet a incluir su magno descubrimiento en la “Restitución del Cristianismo”. La clave está en situarse en el siglo XVI y entender el Humanismo Médico, tema al que el profesor Granjel ha dedicado páginas brillantes y esclarecedoras.

No debiera extrañar esta inclusión de un descubrimiento fisiológico o anatómico, o psicológico en un texto filosófico-teológico. Fue propio del momento. El médico Huarte de San Juan describió en su “Examen de Ingenios” cuestiones

novedosas acerca de psicología de orientación profesional de eugenesia. El “Divino” Vallés, afamado clínico, aborda temas filosóficos en su “Controversias Médicas”.

Antonio Gómez Pereira en su “Antoniana Margarita”, plantea de forma precoz conceptos precartesianos, lo mismo que el médico judío Francisco Sánchez, que también pasó por Toulouse como Servet.

Jean Fernel, profesor de Servet, sigue en esta línea humanista en su “Opera Omnia”. Es el tempo histórico. Nada debe extrañar que un humanista como Servet, como tantos del aquel siglo, redacte en su apasionada búsqueda del alma, un capítulo de la circulación de la sangre, novedoso, en un libro que quiere ser base y verdad de la esencia de su vida y del cristianismo falsario que él palpa. Lo mismo que los humanistas, rechazando las versiones galénicas greco-árabes que han recibido, buscan las esencias en Bizancio, Servet, rechazando la herencia cristiana recibida, por adulterada y falsa, bebe en las fuentes originales de la Biblia en donde se revela el Cristo. No hay pues extravagancia alguna, todo es coherente en ese momento. Quizás los médicos no han que-

rido profundizar en este aspecto por desconocimiento. Diego Gracia, con buena formación médica y teológica, ha podido captar, mejor que nadie, la unidad de pensamiento en Servet, pensamiento médico-teológico, humanista en esencia.

El profesor Gracia, en el citado estudio, trata de demostrar la unidad de pensamiento, médico y teológico, en la persona de Servet.

Servet analizado por Marañoñ: estudio médico-psicológico

La conmemoración del cincuentenario de la muerte de Marañoñ (1960-2010), me permitió revisar en profundidad parte de su obra y estudiar su estrecha relación con el mundo vasco. Recordaba el texto marañoniano “Servet, Psicología de una heterodoxia”, publicado por el Ayuntamiento de Tudela, con motivo del IV centenario de la muerte de “su esclarecido hijo Miguel Servet”, el 4 de julio de 1958.

El Dr. Marañoñ quiso corresponder con esta conferencia a la invitación de su amigo Ramón de Castro y no desairar al Consistorio de Tudela, que se apropiaba de Servet y lo naturalizaba navarro y de la Ribera de Tudela. Existe hoy en esa

Serveten izena, 42 urterekin sutan erre zuten martiaren izena, ospea eta egia berreskuratu nahi da. Egia esateko, Serveten ezagutzan gaur egun asko aurreratu da, batik bat, Sijenako Ikerketa Institutuari eta haren buru den Sergio Baches Opi Zuzenbide doktoreari esker.

Angel Alcalak, Serveten lana ondotoxoan aztertu duen egileak, 1973an, ingelesetik gaztelaniara itzuli zuen Bainton-ek 1953an idatzitako liburua: Servet, heretiko pertsekutatua. Ba omen da madarikazioren bat Serveten kontra: akatsak, plagioak, errepikatze ziztrin, akats nabarmen, haren bizitza eta obraren gainean jaurtiki direnak. Bainton teologo amerikarrak eskaini zigun XX. mendearen erdialdera haren biografiarik hoberena, geroztik asko aurreratu da, dudarik gabe.

Espainiako historiografia servetiarra, sendagileen artean gotortu da eta hauek izan dira Servet goraipatzen eta haren izena lehenesten biriketako zirkulazioaren gainean, aurreko gizaldietan medizina islamiarrari, eta XVI. Anatomista postvesliano italiarrei eman zitzaion nagusitasunaren gainetik. Woton ingelesak, 1694an, aurkikuntzaren lehentasuna eman zion Serveti. Izan dira medikuntzako historiografiaren barnean Serveten ekarpena baloratu dutenak; bereziki Diego Gracia.

Servetek Elizaren lehen garaiko tolerantzia aldarrikatzen du Erromako Eliza eta Konstantinoren ondorengo ildoaren gainetik. Katolikoentzat hereje tipikoa, Calvinok aginduta preso hartua eta 1553. urtean erreta amaitu zuen.

admirable ciudad algún recuerdo monumental del aragonés de Sijena.

Confiesa don Gregorio su pasión por la personalidad de Servet y llega a decir que, en sus años juveniles, viajó a Ginebra para revivir su prisión y la muerte.

Como médico, muy en la línea de sus estudios patobiográficos, analiza la figura de Servet desde ese ángulo. Confiesa los errores de bulto que se han escrito acerca de él, llenos de fantasía, inexactitudes, pasiones, y le sitúa, en la línea de tantos médicos españoles, como el gran descubridor de la circulación menor, fruto de sus pesquisas anatómicas en París, junto a Vesalio. No fue un azar, fue la cosecha y conclusión científica tras largos estudios. Tampoco, según Marañón, debe extrañar que su hazaña la publicase en un texto teológico, es propio de su momento histórico, del mundo humanista, del enconamiento religioso, de la Reforma.

Marañón no discute la teología de Servet, sigue, sin crítica alguna, a su maestro el polígrafo santanderino: "No entraré, claro es, en el problema de sus errores teológicos sobre los que dijo la última palabra Menéndez y Pelayo, acaso en las páginas mejores de su "Historia de los heterodoxos".

En lo que quiere profundizar es en el aspecto psicológico y humano de Servet. Primero, estudia su condición judía, clara para Marañón, o si se quiere la influencia en Servet de una mentalidad israelita, oriental, semítica. También, lo caracteriza como romántico, idealista, caótico, genial y enfermizo.

"Es claro como la luz que Servet era un romántico desbordado y, por lo tanto, un hombre no rigurosamente normal". Siente don Gregorio que Servet no pudiera conseguir la entrevista, tan ansiada por él, con Erasmo, el maestro que, tal vez, le pudiera haber moderado.

Avanza Marañón en su estudio psicológico y advierte en Servet un ardiente misticismo que deduce de su correspondencia y de sus libros. Devoto de Cristo, recordando a un San Juan de la Cruz ante el "Amado", le perdió, según el ilustre Marañón, una inquietud enfermi-

za, fruto de la Reforma y del humanismo reinante. Se obsesionó con Calvino y su delirio fue creciendo en intensidad. "La gran tragedia de Servet, su obsesión por Calvino, estuvo impulsada y justificada por una pasión oscura pero inmensa eficacia perturbadora, que es la timidez". Servet, un gran tímido para Marañón, como lo fue, de otro modo su Amiel, y siguiendo sus retratos patobiográficos de tantos personajes históricos por él escrutados, tal vez él mismo, añade uno más a su elenco. "La timidez es, en muchas ocasiones, difícil de reconocer, precisamente porque se disfraza de la pasión contraria, de audacia aparatosa y exhibicionista y así sucedió en el caso de este gran español". No debe confundirse la timidez con el miedo. "La timidez es una gran pasión que inhibe la acción por un mecanismo intelec-

tual y noble, que es el respeto excesivo a la propia responsabilidad. El cobarde no actúa porque no puede. El tímido, teóricamente, podría hacer todo lo que no hace y quizá hacerlo mejor que los demás; y no se atreve a hacerlo por un alto sentimiento, por el puritanismo de la responsabilidad". Calvino y Servet se parecen en su sueño reformista y en la alta tensión teológica, se diferencian; se diferencian en la fuerza y capacidad de dominio y poder del primero, frente a la timidez y a esconderse en pseudónimos y textos de elucubración teológica del segundo. Odio y atracción, desprecio y repulsión. Siendo de la misma edad, se conocieron en París, en 1534. Calvino reformador, hombre de masas, Servet, reconcentrado, lunático, soñador de la verdad que desea imponer. Esa timidez servetiana se palpa, según



© Juantxo Egaña

Miguel Servet Sendagile eta Teologoa liburuaren aurkezpena

Miguel Servet jaio zela bostehungarren urterrena gogorarazteko Sergio Bachesek eta Jose Maria Urkiak euskaraz eta gaztelaraz idatzitako liburua Gipuzkoako Sendagileen Elkargoko aretoan aurkeztu zuten pasa den hilean. Sergio Baches Opi, Zuzenbidean doktorea da eta Miguel Servet

Ikerkuntza Institutuko zuzendaria. Jose Maria Urkia doktorea, berriz, Euskalerrriaren Adiskideen Elkarteko zuzendari eta presidentea da eta Euskal Herriko Unibertsitatean Medikuntzaren historiako irakasle titularra. Liburuaren izenburuak dioen bezala, Miguel Servet medikua eta teologoa izan zen eta

Errenazimendu garaian baita Espainian izandako sendagile humanistarik handienetakoa ere. 1553an biriketako zirkulazioaren deskribapena berak egin zuen lehen aldiz. Huescako Villanueva de Sijena herrian jaioa, Calvinok aginduta, sutan erre zuten Geneva hirian.



Sello puesto en circulación para conmemorar el V centenario del nacimiento de Servet.

Marañón, en el fallido encuentro entre ambos cerca de la Sorbona, en una casa de la rue Saint Antoine. Calvino llegó a la cita, entró, Servet le vio, pero no se atrevió a entrar. Obsesión creciente. Calvino se hace un nombre, asciende, Servet, por el contrario, perseguido, por sus invectivas contra los catedráticos de medicina de París, debe ocultarse como Michel de Villeneuve, ejerciendo la medicina en Lyon, en Charlieu, en Vienne, protegido por el arzobispo Palmier, corrigiendo pruebas de imprenta, rumiando su cólera, enviando cartas a Calvino, que el ginebrino utilizará para llevar a la hoguera a Servet.

A su timidez, añade Marañón un rasgo nuevo, que le perturbó aún más, su forzada castidad, "detalle de su intimidad, fundamental para nuestro diagnóstico, para explicar su actitud social y su delirio". Escabroso asunto que el ilustre endocrinólogo, ve claro en sus cartas del proceso ginebrino. Apoya la timidez, esa incapacidad amorosa, del 80% de los tímidos, según Marañón.

"Servet padeció un defecto congénito singular y bien conocido, llamado criptorquidia, afección que no influye para nada en la virilidad fisiológica del que la sufre, pero que, por el aspecto de mutilación que la acompaña, crea en él una reacción de timidez que le inutiliza para el ejercicio del amor". Clave de un complejo de inferioridad y de una incapacidad

sólo aparente, pero fundamental en el juego de lo estético de la relación sexual, en donde la apariencia importa y decide. Todo ello pudo influir en una castidad forzada, impuesta, que provocaría enorme ansiedad, delirio y resentimiento. Herida punzante, sufrimiento interior, amores y pasiones con mujeres nunca consumadas, "porque no sentía capaz", en frase a sus jueces cuando le interrogan por ese mundo íntimo. De ahí aquellas reacciones extemporáneas, agresivas hacia sus colegas médicos, y su delirio. Es la opinión de Marañón.

Sus adversarios y críticos, desde Calvino, Melanchton, Stupanius, hasta Menéndez y Pelayo, le trataron de desequilibrado, loco, anarquista de la teología.

Nadie puede explicar razonablemente su llegada a Ginebra en 1553. Marañón insiste en la atracción delirante que le provocaba Calvino. Desde el púlpito de la iglesia de la Magdalena le vio entrar y no paró hasta que, con una crueldad atroz, y un proceso judicial de extrema iniquidad, le quemó en la hoguera, y dice la leyenda con leña verde, para alargar la agonía. "Servet murió invocando a Dios y nadie sabe cómo Dios, en ese instante supremo, acudió a su llamada. La interpretación misericordiosa es siempre lícita, y no es grato pensar [Marañón] que su alma salió purificada de la hoguera, lo mismo que su gloria".

Vida Médica

En 1537, y por consejo del médico humanista [superficial, pero influyente, según Laín] Sinforiano Champier, se matriculará Servet en la Facultad de Medicina de París. Pese a no haber iniciado sus estudios médicos, ya había publicado ciertos trabajos de índole teológico-médica, como el folleto "In Leonardum Fuchsium Apologia".

Su formación jurídico-teológica, ciertamente anterior, se inició en Tolosa de Languedoc, antes, en Zaragoza, aprendió bien el latín, el griego y el hebreo. Se dio a la lectura de la Biblia, ejerció el libre examen y se empapó de los textos reformados "Locis communes", de Melanchton y la "Theologia Naturalis" del catalán Sibbida (Sabunde). Como secretario de Fray Juan de Quintana, confesor de Carlos V, visitó Italia y Alemania (1529-1530). Aquí arranca su crítica a lo que representa para él una Iglesia desnaturalizada del mensaje de Cristo, y extrema su crítica, buscando alivio en las iglesias reformadas de Ginebra, Basilea y Estrasburgo, que le decepcionan de igual modo. En 1531 publica su libro "De Trinitatis Erroribus", en contra del dogma de la Trinidad, lo que le acarrea la enemistad de católicos y protestantes y será perseguido por hereje. Buscará el anonimato bajo el pseudónimo francés de Michel de Villeneuve, al tiempo que se refugiará con vida errante, asendereada, en Lyon, protegido por Champier.

En 1532 publicará su famosa edición comentada de la "Geografía" de Ptolomeo. En la Facultad de Medicina de París fue discípulo de Jean Fernel y de los grandes maestros de la anatomía galénica, Jacobo Silvio y Günter von Andernach. Se dice que, condiscípulo de Vesalio, el creador de la anatomía moderna, realizó disecciones de cadáveres y estudios osteológicos en el Cementerio de los Innocentes. ¿Pudo Servet conocer allí y verificar la mayor rectificación a la fisiología galénica del siglo XVI, la circulación pulmonar? En su espíritu estaba la búsqueda de la verdad, del alma, y la controversia sin paliativos ni edulcorantes. Poco convencional con sus maestros, se enzarza, además con ellos, en un litigio acerca de un curso de astrología, que impartía con gran éxito, y le costará su expulsión y un nuevo alejamiento de París.

La práctica médica la inicia en Lyon, Charlieu (Loira) y Montpellier (1538-1540). De 1542 a 1553, vivirá en Viena del Delfinado, protegido por Palmier; 12 años, según Laín y Agustín Albarracín, felices, con su práctica médica, naturalizado francés, en 1548 y ganándose la vida de manera cómoda y eficiente. Compaginó su medicina con su pasión editorial y teológica, reimpresiones de la Biblia de Pagnini, de la "Summa" de Tomas de Aquino, a través del impresor y amigo lionés, Frellon.

Escritos médicos

El reciente estudio de M^a Teresa Santamaría Hernández [Apología contra Leonhardt Fuchs y la Doctrina completa de los jarabes, Cuenca, 2011. UCLM] aborda de manera completa y crítica, esos dos libros servetianos, a la vez que los traduce con rigor. Permite este meritorio trabajo profundizar en la obra médica del villanovano, insuficiente e inexactamente tratado por otras especialistas, a juicio de la autora.

No es de extrañar que esto pueda suceder con la obra médica servetiana, por la dificultad de encontrar los términos ajustados al castellano, así como aprehender los conceptos abordados.

En esta reciente traducción de Santamaría se incluyen, por vez primera, pasajes omitidos en las anteriores, al mismo tiempo que pretende deshacer errores e inexactitudes.

Por orden cronológico, la primera obra médica de Servet aparece en 1536, en Lyon, se trata de "In Leonardum Fuchsi Apologia (LFA)", de la que se conservan dos ejemplares, uno en la Biblioteca Nacional de Francia (BNF) y otro en la del Dr. Willians, de Londres. Fue reeditada, parcialmente, por H. Tollin, en 1884, y, más tarde, dos reediciones completas facsímiles: la colotípica de la Universidad de Oxford (1909), y la de Ángel Alcalá, sobre este último facsímil. Ninguna edición crítica hasta la presente de 2011 de Santamaría Hernández, la más completa, pues ni la de O'Malley, ni la de Alcalá, recogen todos los aspectos.

El siguiente libro rigurosamente médico de Servet aparece un año más tarde,

Servet no es un antiarabista estricto, es un galenista que, en el pleito de los jarabes, valora lo que los árabes predicán

1537, "Syruporum Universa Ratio (SVR) Ad Galeni censuram diligenter expolita - Doctrina completa de los jarabes cuidadosamente amplificada para analizar a Galeno". Publicado en París, hubo otras ediciones, 1545, Venecia; 1546 y 1547, en Lyon. Como en el caso anterior, ninguna edición completa, rigurosa y crítica hasta la actual de Santamaría, pues las anteriores de O'Malley, al inglés; Goyanes, 1935, al castellano, Gómez Rabal, 1995, y Alcalá, más una revisión de la anterior que una traducción, se pueden entender como inexactas y con algunos errores, según Santamaría.

Ambos libros, LFA y SVR, constituyen una refutación, o respuesta de Servet, a algunas obras de médicos humanistas coetáneos, esencialmente, "Paradoxorum medicae libri" Basilea, 1535, de L. Fuchs; las "Epistulae Medicinalis", 1531, de G. Manardo y los "Opuscula", florentinas, 1533.

Servet en su LFA critica a Fuchs por su antiarabismo acérrimo y extremo, típico humanista del siglo XVI, defensor de la tradición grecolatina frente al arabismo medieval. Querella entre arabistas y helenistas. Servet se pone del lado de S. Champier, su protector; S. Monteux y A. Geoffroy, si bien su postura es mucho más ecléctica, no rechaza del todo la aportación árabe a la medicina, sin embargo, hombre de su tiempo, valora altamente la tradición pura galénico-hipocrática. Rechaza Servet las siguientes tres afirmaciones de Fuchs en su Apología:

1^a Que el hombre se justifica solo por su fe, pero no por sus obras; colocándose el villanovano del lado católico frente a los luteranos. Fuchs utilizó en su argumentario una cuestión médica: la sangre de drago que no procedería de la "hierba sideritis", y lo extrapola a la fe y a las obras, "fide et operibus".

2^a Que la escamonea (de propiedades purgantes) de los griegos era la misma que la de los árabes.

3^a Que la sífilis no era lo mismo que el "lichen o impétigo" de los griegos.

El capítulo cuarto lo dedica a atacar sobre todo a G. Guidobald y a otros médicos florentinos.

SVR

Texto humanista médico más conciliador que el anterior, apartándose de su influyente protector Champier.

Defiende de alguna manera el uso de los jarabes que hacían los árabes frente al rechazo de los médicos humanistas renacentistas radicales, que no aceptaban su empleo en la "cocción de los humores".

Servet explica el proceso de "cocción" corporal y "concilia" el concepto de los jarabes digestivos de los árabes con un criterio similar a los de los griegos. Es una posición ecléctica, su humanismo también le permite la crítica a los griegos, sin olvidar que es también un claro galenista, Laín lo ha subrayado, y se apoya, además, en Hipócrates. Servet critica las versiones medievales-árabes que han llegado a Europa, culpando a los traductores médicos. No es un antiarabista estricto, es un galenista que valora, en este pleito de los jarabes, lo que los árabes predicán y que, a juicio de Servet, no se aleja tanto de la doctrina y autoridad griega.

En ambos tratados Servet maneja una valiosa bibliografía de autores médicos clásicos, lo que denota el gran nivel médico que poseía. Cita con profusión a Galeno, a Hipócrates, a Discórides y a los bizantinos: Oribasio, Aecio de Amida, Pablo de Egina y Alejandro de Tralles, así como al latino Celso. De los medievales: Mesué, Avicena y Rhazés.

Desde el punto de vista lingüístico es, asimismo, ecléctico, supera las tendencias clasicistas e incluye, si le viene al caso, arabismos o expresiones "bárbaras", medievales.

"Syruporum universa ratio" (1537); según Laín

En esencia se trataría del único libro

médico de Servet, exclusivamente dedicado a un tema tan polémico en el siglo XVI, el pleito de los jarabes. Reimpreso varias veces, demuestra el afán reivindicativo de su autor, así como su condición de humanista galénico. Junto al debatido tema de fijar el lugar apropiado de la sangría en los procesos pleuro-pulmonares, discusión bizantina que obligó a dictámenes oficiales de la universidad, la utilización de los jarabes fue, asimismo, tema de enorme debate en el renacimiento. Era costumbre general, importada y aprendida por los árabes y rubricada con el criterio de autoridad de Avicena (Ibn Sina), que la medicación siruposa serviría para favorecer “la cocción” del humor pecante en las dolencias agudas.

Dogma médico para la medicina islámica. Servet, prototipo de humanista que busca la verdad de la medicina griega, galénica, oscurecida por el mundo árabe se revela contra tal hábito. Escribe: “Renace el arte en nuestro siglo feliz para ilustrarse, deformado como se hallaba y para restituirse en su primitivo esplendor. Para quedar libre del yugo de las falanges sarracenas y expurgado de aquello con que le habían mancillado las corruptas sordideces de los bárbaros”. Servet viene a concluir que de los cuatro humores cardinales, sólo la pituita puede ser realmente “cocida”. Pretende señalar que Galeno estaría conforme con su tesis, pero, como afirma Laín, su crítica llega a poner en cuestión aspectos de la patología tradicional.

“Christianismi Restitutio - Restitución del Cristianismo”, 1553

Es obra de madurez, en la que Servet llevaba trabajando desde 1935. En 1546 remitió a Calvino un manuscrito del mismo, que encolerizó al ginebrino hasta amenazarle de muerte. Este texto, retocado durante siete años, ve la luz en el mes de enero de 1553. Se trata de una colección de tratados sobre temas teológicos, a los que se añaden 30 cartas a Calvino y una “Apología” a Melanchton acerca del misterio de la Trinidad. En el mundo, que se sepa, hay tres únicos ejemplares de la edición original, localizados en las bibliotecas de París, Viena y Edimburgo.

En su libro V se halla el famoso pasaje de la circulación pulmonar de la sangre.

Para explicar este hito histórico-médico es preciso conocer la significación que tenía la sangre en la antropología teológica de Servet. Para nuestro autor Dios ha ofrecido al hombre dos libros: uno el universal de las cosas creadas, el libro de la Naturaleza; el otro, el de las Sagradas Escrituras, la Biblia, complemento aclaratorio del primero. Basándose en el Génesis, Levítico y Deuteronomio, entiende que el alma, o espíritu divino, radica en la sangre. Gracias a la sangre, el alma se expande por el cuerpo, y lo vivifica y diviniza. De ahí la índole sacra del líquido hemático, que el anatomista Serveto quiere confirmar y conocer su curso en el cuerpo del hombre, por lo que la disección de cadáveres, le permitirá llegar a este texto revolucionario: “El espíritu vital, o natural, tiene su origen en el ventrículo izquierdo del corazón y los pulmones contribuyen grandemente a su generación. Es un espíritu tenue, de color rojo claro, elaborado por la fuerza del calor, de potencia ígnea o vehemente, una especie de vapor claro, de sangre pura, que contiene la sustancia del aire, agua y fuego”.

Serveto explica cómo se transforma la sangre venosa en arterial: “Se genera en los pulmones (el espíritu vital), de una mezcla de aire inspirado, con sangre sutil elaborada, que el ventrículo derecho del corazón transmite al izquierdo. Sin embargo, esta comunicación no se hace a través de la pared media del corazón (tabique interventricular, como creía Galeno a través de unos supuestos poros), sino por medio de un magno artificio, la sangre sutil es impulsada hacia delante, desde el ventrículo derecho, por un largo circuito a través de los pulmones. Es elaborada por los pulmones, se convierte en rojo claro y conducida desde la vena arteriosa a la arteria venosa. Después en la arteria venosa se mezcla con el aire inspirado y a través de la espiración se purifica de los vapores fulliginosos (hollines). Así, del todo mezclada, convenientemente preparada, es atraída por la diástole del ventrículo izquierdo del corazón, instrumento idóneo para la génesis del espíritu vital”.

Aquí está la gran revolución fisiológica en donde derroca la tesis galénica, en una mente, por otra parte, totalmente fiel al galenismo, como la de Servet. Forma y función van unidas.

El anatomista Servet basa su descubrimiento en:

- 1º La varia conjunción y comunicación de la vena arteriosa y la arteria venosa en el seno del parénquima pulmonar.
- 2º El calibre de la arteria pulmonar o vena arteriosa, demasiado grande sólo para nutrir al pulmón.
- 3º El hecho de que los pulmones se nutran de otro modo en la vida fetal. Dato ya consignado por Galeno.
- 4º De los pulmones no pasa solo aire al corazón, sino mezclado con sangre.
- 5º La capacidad del ventrículo izquierdo no es tan grande como para una mezcla tan importante.
- 6º El septo interventricular no es permeable, ni poroso.

En consecuencia: “La transfusión desde la vena arteriosa a la arteria venosa se hace en el pulmón, causa del espíritu, con el mismo artificio que en el hígado la transfusión de la vena porta a la vena cava, a causa de la sangre”.

El legado de Servet: Repercusiones y valoración de su descubrimiento

Fue profético, preparará las bases para que Harvey, un siglo más tarde, complete la fisiología de la circulación de la sangre, gracias a la medida y la experimentación.

La obra del malogrado Servet no alcanzó la difusión necesaria, Valverde de Amusco, 1556, y Colombo, 1559, se encargarían de difundirla, silenciando a Servet, tal vez, por miedo a la Inquisición.

En 1694, W.Woton, en su libro “Reflections upon ancient and modern learning”, publicado en Londres, confirma la primacía de Servet en el descubrimiento de la circulación menor, corroborada en el siglo XVIII por Leibniz.

Como señala Albarracín, el galenismo, la búsqueda de correlación entre la Biblia y la Naturaleza, la rectificación azarosa, es el trípode en el que se apoya el genial hallazgo del ilustre aragonés ■



JULIAN BERECIARTUA
Médico colegiado
nº202001217

CHULETAS DE VACA, BUEY Y TERNERA DEL UROLA

Si un pueblo que come bien es un pueblo civilizado no habitamos lejos de su cuna, que bien podría ser el valle del Urola. En nuestro valle, el plato estrella, en este último siglo, ha sido la carne de vacuno y dentro de esta variedad la de ternera, siendo su parte preferida la chuleta en cuya composición participan los músculos dorso-lumbares del animal dando forma a la pieza las costillas o los cuerpos vertebrales.

La ración ideal de consumo diario de proteínas -en teoría- se sitúa en torno a dos gramos por kilo de peso del comensal. No es difícil calcular nuestras necesidades si tenemos en cuenta que el músculo rojo de un animal encierra aproximadamente el 20% de proteínas y que el 45% del peso de estos animales consta de esta sustancia fibrosa y roja.

Digamos de pasada que 100 gramos de esta carne equivalen a unos 110 gramos de pescado o a dos huevos y medio de gallina. Y también que 100 gramos de esta vianda aportan a nuestro cuerpo unas 120 calorías. Tiene un 7% de grasa, que es la parte principal de su sabor. No encierra azúcares, pero sí discretas cantidades de sales minerales como hierro, calcio y fósforo, al igual que vitaminas A, B y C.

Es un espléndido y sabroso alimento cuyo consumo ideal -en general y con los sistemas actuales de conservación- es a la semana de la matanza. La carne debe tener un tono rojo brillante. Cualquier otro aspecto indica deterioro. Si ha permanecido congelada -poco o mucho tiempo- siempre disminuirá su categoría.

En sus manipulaciones, hemos padecido picarescas como el añadido de hormona antitiroidea en la alimentación del animal, con la consiguiente retención de agua, pero personalmente pienso que, por fortuna, en la actualidad en nuestro país tenemos la suerte de saborear la mejor carne del último medio siglo con su sabor genuino y sin añadidos.

Para nuestro gusto lo más adecuado para la elaboración de estos asados cárnicos tal vez sea nuestra parrilla férrea calentada con carbón vegetal -ya sea de haya, roble o encina-, aunque en el oeste norteamericano la preparen al sistema de



“barbacoa” (o fuego sagrado) que significa cocer por humo, lejos del fuego. Yo estoy en total desacuerdo con la presencia de tanto humo por su toxicidad, ya que en el fondo no es sano. En su lugar originario no es una parrillada, sino prácticamente al revés, el fuego está encima y la vianda debajo prácticamente tapada de tierra. Pienso que esa “ola” no llegará aquí y tampoco creo que esto nos importará mucho.

El solomillo -llamado psoas- apenas se ejercita y por eso es más blando o fácil de masticar (los caprichos se pagan y nada más). Nuestras tierras tienen la ventaja de estar a pocos kilómetros del mar y, aunque a la vista no se note, llegan perfectamente las sales, como el yodo, en beneficio de la calidad.

No puedo terminar sin mencionar a don José María Busca Isusi que escribió un artículo sobre la carne de buey que, a mi entender, nadie lo ha superado ni antes ni después. He observado que en el País Vasco, en esta época pasada, eran poquísimos los caseríos o casas de labranza que no poseían una o varias parejas de bueyes cuya carne -llegado el momento del sacrificio- era de excepcional calidad gastronómica ■

porque lo
importante
es su seguridad

25% DTO

Al contratar su póliza hasta
el 30 de junio de 2012

Descuento no aplicable a otras campañas comerciales

Ventajas

- Protección jurídica
- Daños estéticos y eléctricos
- Bonificaciones
- Asistencia 24h
- Averías de electrodomésticos
- Valor a nuevo

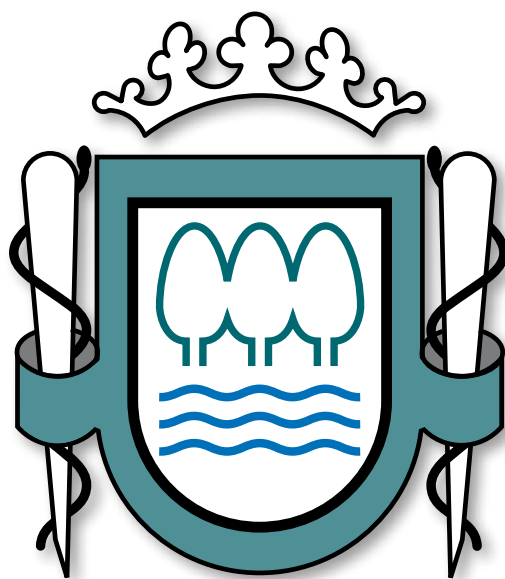


Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- A.M.A. San Sebastián 943 42 43 09
- Pº de la Concha, 17 ; bajo C.P. 20007 sansebastian@amaseguro+
- Colegio de Médicos 943 27 04 11



Elkargoaren logo berria Nuevo logo del Colegio



Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa
Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala

www.giseo.org

