

MEDIKUEN AHOTSA GIPUZKOA MÉDICA



Dexeus: «La sonrisa
también cura»

Entrevista: Paco
Etxeberria

CUATRO MÉDICOS, NUEVOS MIEMBROS DE JAKIUNDE

Sumario

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



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

Director / Zuzendaria

Jose Mari Urkia

Consejo de Redacción/Erredakzko-batzordea:

Jabier Agirre, Fidel Egaña, Adelaida La Casta, Francisco Muñoz, Eduardo Ramos

Coordinación y textos/Koordinazioa eta testuak:

Lupe Calvo Elizazu (prensa@giseo.org)

Diseño y maquetación / Diseinu eta maketazioa

Jaione Ugalde

Portada

Los nuevos miembros de Jakiunde, en la Torre Olaso de Bergara, junto a parte de los académicos. (JM. Pemán)

Inprimaketa / Impresión

Gupost

Lege gordailua / Depósito legal

SS 1025-1994

El Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores. Su opinión queda reflejada en el Editorial.

Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialak kolaboratzaileen eritzia ez du bere gain hartzen. Eritzia editorialean adierazten du.



Collegio 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.

Tribuna abierta: Valores y responsabilidad ante la crisis (Juanjo Álvarez)	2
Asesoría jurídica: El derecho a disfrutar de las vacaciones fuera del año natural en supuestos de incapacidad temporal	4
Relación de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios	6
Santiago Dexeus: "A veces el médico olvida que la sonrisa también cura"	11
Aula Médica Senior: Medicina y arte	12
Altas y bajas	13
In Memoriam	14
IV Jornada de cooperación internacional en cirugía ortopédica y traumatología	15
Cuatro médicos entre los nuevos miembros de Jakiunde	16
Breves	18
Paco Etxeberria: "La unidad docente de medicina es uno de los mayores éxitos en los que me he visto implicado"	20
Maribel Mendiburu: "Cuando un clínico te pide algo, es fundamental entender la pregunta que te hace"	25
Iritzia: Osabide euskaraz	27
Medikuntzako lexikoa: Lehen sorospinak II	28
Por la salud: Camina / Ibili zaitiez	32

Editoriala

Duela sei hilabete baino gehiago hasi genuen ibilbideari tinko jarraitzen diogu. Behin hiru auditoriek egindako lanaren berri jaso ondoren, Gobernu Batzordeak aurrerapausoak eman nahi lituzke bere antolamendu-lanean, erakunde barrura begira bezala baita kanpora begira ere. Eta, horrela, berandu baino lehen ekingo zaie bai ekitaldi-aretoan eta baita Elkargoaren sarreran bertan dauden traba eta oztopo arkitektonikoak ezabatzeko lanei.

Koiuntura ekonomikoa dela medio bizi ditugun une zail hauetan, ongi doitu eta egokitutako aurrekontua prestatu da: enplegatuen soldatak izoztearekin batera, elkargokideen kuotei eutsi eta dieta eta konpentsazio gisako ordainsariak beherantz berrikusi dira.

Gure diruzaina zorrotzasun eta arreta handiz ari da lanean, Elkargoko baliabideak ahalik eta hobekien administratzeko. Elkargoko soldatapeko langileen ordutegiak ere egokitu nahi lirateke, etxe barruko premiak ase eta guztientzat zerbitzurik onena eskaini ahal izateko. Cuatrecasas aholkularitza juridiko ospetsuaren lankidetzarekin Carlos eta Jon Pellejero abokatuen lana indartu eta zabaldu nahi da. Deontologia Batzordeak indar handiz ekin dio bere lanari, eta baita Medikuen Ahotsa aldizkariko erredakzio-batzorde berrituak ere.

Fundazioak lankidetzak-akordio berri bat sinatu du oraintsu AMA elkartearekin, eta Elkargoak prestatutako trebakuntza eta prestakuntzako ikastaroak eragikortasunez aurrera eramateko ezinbestekoak diren funtsezko baliabide ekonomikoak ekarriko dizkigu akordio horrek.

Garrantzi berezia hartuko du, zalantzarik gabe, duela gutxi sortutako Komunikazio batzordeak. Elkargoan gertatzen den guztiaren berri berehala eta zehatz-mehatz jakinaraztea da Angel Morales batzordekidearen gidaritzapean Adelaida La Castak, Cristina Grauk, elkargoko komunikazio-arduradunak eta Administrazio buruak osatzen duten batzorde horren egitekoa.

Amaitu aurretik, behin berriro gogorarazi nahi nuke Gipuzkoan Agustin Larrazabal psikiatrak koordinatzen duen PAIME-Sendagile Artean egitasmoaren garrantzia. Arazo psikikoak eta/edo adikziozko portaerak dituzten medikuei arreta integrala eskaintzea da proiektu horren helburua, tratamendurik onena jaso eta berriro ere lanera baldintzarik egokienetan itzul daitezen. Praxi egokia ziurtatzen baita horrela. Izan ere, Kristo aurreko II. mendeko aforismo greziarrak dioen bezala, “horiexek baitira medikuaren eginbeharrak: beste ezeren aurretik bere gogoia sendatzea, eta beste inori lagundu baino lehen bere buruari laguntzea”. ■

Seguimos la andadura iniciada hace ya más de seis meses. Informados del resultado de las tres auditorías, la Junta de Gobierno prosigue su labor organizativa “ad intra” y hacia el exterior. Así, en breve, se iniciarán las reformas de eliminación de barreras arquitectónicas en el salón de actos y acceso al Colegio.

En momentos difíciles por la coyuntura económica, se han elaborado unos presupuestos ajustados: con congelación salarial de los empleados; mantenimiento de la cuota colegial; y revisión a la baja de dietas y compensaciones.

Nuestro tesorero trabaja con todo el rigor y atención administrando los recursos. Se estudia, asimismo, una mejor adecuación horaria de los empleados del Colegio para atender todas las necesidades y ofrecer el mejor servicio para todos. La incorporación de la asesoría jurídica Cuatrecasas refuerza y amplía el equipo jurídico de los letrados Carlos y Jon Pellejero. La Comisión de Deontología prosigue su labor con ahínco, así como la renovada Comisión de Medikuen Ahotsa.

La Fundación recientemente ha suscrito un nuevo acuerdo de colaboración con AMA que reporta importantes recursos económicos para desarrollar con eficacia los cursos de formación del Colegio.

Importancia especial cobra la recién creada Comisión de Comunicación, liderada por el vocal Ángel Morales e integrada por Adelaida La Casta, Cristina Grau, la responsable de comunicación y la Jefa de Administración. Esta Comisión tendrá la función de comunicar con prontitud y rigor todo lo que acontece en el Colegio.

Quiero terminar recordando la importancia del PAIME-Sendagile Artean (coordinado en Gipuzkoa por el psiquiatra Agustín Larrazabal), cuya finalidad es asistir integralmente a los médicos que padecen problemas psíquicos y/o conductas adictivas, a fin de que reciban el mejor tratamiento y puedan volver al trabajo en las mejores condiciones. Garantizamos con ello una buena praxis. Ya lo dice el Aforismo griego, s. II a. C., “Estos son los deberes de un médico: primero curar su mente y ayudarse a sí mismo antes de ayudar a nadie”. ■

VALORES Y RESPONSABILIDAD ANTE LA CRISIS

Con mi agradecimiento al Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, y desde el honor que representa para mí como universitario compartir reflexión desde esta "Tribuna Abierta" con los colegiados y profesionales médicos adscritos a un ámbito de actuación vital y profesional como el vuestro, donde los valores éticos, la recta deontología profesional y el compromiso con los principios de solidaridad y de profesionalidad son claves para vuestro ganado y merecido prestigio y respeto social, deseo subrayar en primer lugar que esta dura crisis que soportamos tiene una dimensión financiera y otra moral, anclada en la ética y en los valores. Su origen proviene no solo de una defectuosa o inexistente regulación o de la falta de verdadera supervisión sobre la voracidad lucrativa de los operadores. Es también el resultado de una crisis de valores.

No cabe colocar la economía por encima de todo, porque ello implica el serio e irreversible riesgo de arruinar los valores morales. Y junto al necesario y obligado rearme moral y ético de los operadores y de quienes rigen los mercados, es preciso articular un andamiaje, un mecanismo normativo novedoso y sólido sobre el que construir un futuro colectivo que nos permita superar este complejo contexto social que nos está tocando vivir.

Dirigir una empresa o una organización o ejercer un cargo de responsabilidad colegial, empresarial, institucional o política consiste en hacer las cosas adecuadamente. Liderar esas mismas entidades, sociedades o instituciones es algo más: consiste en hacer las cosas adecuadas. Sin principios ni valores que marquen el norte o el rumbo de ese liderazgo, no hay camino por recorrer, porque aquél que valora más sus privilegios que sus principios acaba perdiendo más pronto que tarde ambos. No resulta difícil tomar decisiones, incluso en tiempos de crisis como los actuales, cuando uno sabe cuáles son sus valores. Y si és-

tos existen será posible acuñar, desde la política, un nuevo modelo de trabajar y de servir a la ciudadanía, un modelo cercano, humanista, con valores que hagan posible la coordinación entre la gestión competitiva y cohesionada con una visión solidaria y una política social sostenible.

La necesidad de "reinventar" una nueva escala de valores o de alterar la cultura del enriquecimiento individual especulativo representa un reto social y político esencial, y ello se pone de manifiesto en el plano europeo, estatal y vasco. Inmersos de lleno en la dureza de ajustes y recortes, lo que más indignación ciudadana y social despierta no son tanto las sumas faraónicas inyectadas en el mercado, ni los diversos fondos de rescate que se han concedido, sino la identidad de los destinatarios de dicho dinero: por un lado muchas entidades bancarias, no todas, que consintieron, aceptaron y se lucraron a costa de promover la circulación de ese eufemismo llamado "activos tóxicos", es decir, activos sobrevalorados irresponsablemente, y en segundo lugar los propios Estados, que han vivido por encima de sus posibilidades y que no consiguen liquidez. Sorprendentemente, en lugar de ser sancionadas, estas desviaciones de conducta se están viendo recompensadas, cuando no incentivadas.

El eslabón más débil, el de los ciudadanos, soporta estoicamente recortes y asume las sanciones y consecuencias en caso de incumplimiento personal o familiar de sus obligaciones de pago. Pero el principio de la responsabilidad parece no vincular a ciertas personas e instituciones que gozan de aparente inmunidad. No debemos olvidar que cada uno es responsable de sus actos. El riesgo y la responsabilidad son indisociables y ése es el fundamento del sistema. Es lo que permite al mercado transformar la búsqueda de beneficio individual en interés general. Las inversiones son más cuidadosas conforme mayor responsabi-

lidad recae sobre el inversor. Los excesos o las desviaciones de conducta están provocados únicamente por la ausencia de dicha responsabilidad. Ésta era la reflexión escrita, en los años 40 del siglo pasado, por el economista de Friburgo Walter Eucken, uno de los maestros del pensamiento de la economía de mercado. En la actualidad, la mayor parte de los expertos suscriben ese análisis. Y sin embargo no se inician acciones en reclamación de tal acreditada responsabilidad.

¿Por qué? El rescate de los Estados o el de los bancos se percibe necesariamente como una grave violación de esta regla. Ante los llamamientos cada vez más acuciantes de mayor justicia, los "rescatadores" oponen el imperativo de eficacia. Cuando un banco se hunde, argumentan, arrastra al resto en su caída, y los pequeños ahorradores, por su parte, pierden sus ahorros. Cuando un Estado vacila, señala esta misma orientación, todos vacilan y el orden público se rompe. Y son los más desfavorecidos los primeros en sufrir las consecuencias. En una palabra: rescatar sale más barato que declarar la quiebra. Todo parece "cuadrar", pero difundir estas ideas no está exento de riesgos.

Y en este catártico contexto, Europa camina a la deriva, sin rumbo. La crisis ha gripado el motor de la solidaridad europea. Cada vez es más tentador (y peligroso para nuestro futuro colectivo) pensar en el sálvese quien pueda, el retorno al proteccionismo, a la autarquía. Por eso, más que nunca, hemos de echar la mirada atrás y pensar para qué nació Europa, qué objetivos perseguíamos con nuestro soñado proyecto europeo.

De forma brillante el profesor Gurutz Jáuregui definió tres modelos o sistemas que han triunfado a lo largo de la historia, que han logrado geopolíticamente imponer su supremacía. Europa debe decantarse por alguno de ellos.

El primer ejemplo vino históricamente aportado por el viejo imperio romano. Logró, por el peso de su supremacía mi-

litar, imponerse a base de conquistas. La forma moderna de esta supremacía estuvo representada por EEUU en la era del presidente Bush, anclada en el unilateralismo y en el uso brutal de su poderío militar despreciando la legalidad internacional: ¿Alguien se acuerda hoy de Irak o Afganistán?

El segundo modelo de dominación geopolítica del mundo vino representado por los fenicios: florecieron gracias a las relaciones comerciales, y lograron imponer su modelo al mundo mediante su abrumadora supremacía comercial. Hoy día, los Estados del sudeste asiático (China, India, entre otros) representan la versión moderna de ese modelo de primacía mundial.

Y ¿Europa? Ni podemos ni queremos asociarnos al modelo de liderazgo basado en la fuerza militar, ni desde luego podemos pretender competir con los reyes del todo a 100: reducir salarios, despedir empleados, abaratar costes de producción no nos hace en realidad más competitivos, sino que acaba con el modelo social europeo y nunca van a posibilitar que compitamos con el dumping social que practican los asiáticos.

¿Dónde debe ubicarse Europa? en el tercer modelo histórico de dominación

geopolítica del mundo: el de la ahora denostada Grecia: la Grecia de los valores, de la democracia, de los derechos, de los principios democráticos. Podemos y debemos ahondar en este modelo, sin desnaturalizar nuestro sistema de protección social. Todo ello plantea la exigencia y el reto del liderazgo político, y permite reivindicar el momento de Europa y de sus instituciones: es el momento de reconquistar el futuro, alejado de una mera suma de expectativas individuales, desligadas de realizaciones colectivas. La solución a este largo y oscuro túnel no puede venir de la mano de soluciones de rescate ad hoc y unilaterales. Es una oportunidad y un reto para la UE, para ello es preciso un liderazgo global, una sola voz que sea capaz de fortalecer la gobernanza económica europea ad intra y ad extra.

Ha de cobrar protagonismo el ritmo político, el liderazgo político, pero ha de ser una política inteligente que supere la mera improvisación del "ir tirando", la simple agitación en superficie, esa falsa movilidad como señuelo para que en realidad nada cambie, un pseudomovimiento que disfraza la ausencia de toma de decisiones.

La política ha de ocupar el primer pla-

no de las decisiones económicas, y pese a que la clase dirigente tiene problemas para atender en tiempo real a cada una de las consecuencias derivadas en serie de esta crisis, debido probablemente a que hasta el momento han buscado las causas de la misma exclusivamente en el sistema financiero, hay que elaborar reglas que hagan primar la democracia sobre los mercados. Por todo ello, más que nunca, es el tiempo de la política, es hora de hacer política de verdad para ganar el pulso a los mercados. Nuestro futuro (y la superación de este duro presente) depende de ello.

Los políticos no pueden olvidarnos, no pueden renunciar a gobernar y a tomar decisiones pensando en sus ciudadanos, no pueden comportarse como fríos tecnócratas o meros ejecutores de decisiones gestadas en el seno de foros técnicos, solo en apariencia asépticos y que se guían por la lógica de los mercados. El papel del político reside en idear las reglas, elaborar las leyes y hacer que se cumplan: en este caso, evitar que los especuladores especulen.

Todavía estamos a tiempo. Reflexionemos... y ¡¡¡reaccionemos como sociedad y como ciudadanos comprometidos. con nuestro tiempo!!! ■





"CUIDAMOS DE SU SALUD"

Desde 1921

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

URGENCIAS: 943 46 33 33

24 horas a su disposición
Servicios privados
Seguros

En colaboración con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

Osakidetza
Servicio vasco de salud








REGISTRO PUBLICIDAD SANITARIA Nº 2008

JON PELLEJERO ARAMENDIA

Letrado Asesor del Colegio de Médicos de Gipuzkoa



EL DERECHO A DISFRUTAR DE LAS VACACIONES FUERA DEL AÑO NATURAL EN SUPUESTOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Se tiene la creencia que las vacaciones deben disfrutarse dentro del año natural, independientemente de que realmente puedan disfrutarse o no. Aunque existen excepciones, como en el caso de maternidad, en el que se permite acumular el período de vacaciones y en algunos casos pueden existir supuestos en los que debido a un acuerdo no escrito se permita al médico, y resto del personal, disfrutar de las vacaciones —o días de vacaciones que le restan— fuera del año natural, la gran mayoría de convenios y acuerdos establecen que las vacaciones hay que disfrutarlas dentro del año natural.

Pero existen también supuestos en los que, por diversos motivos, un médico se encuentra en situación de incapacidad temporal durante un año entero y no puede hacer uso del derecho a las vacaciones que le corresponden.

En el caso de Osakidetza, en el Acuerdo Regulador de las Condiciones de Trabajo, en el artículo 38.11, se recoge que las vacaciones hay que disfrutarlas dentro del año natural: “Las vacaciones se disfrutarán necesariamente dentro del año na-

tural, salvo en el supuesto previsto en el artículo 44.3”.

En primer lugar se debe manifestar que el supuesto al que se refiere el artículo 44.3 es el caso de maternidad, estableciéndose en este artículo que “el período de disfrute de vacaciones podrá ser acumulado por la madre o el padre, según proceda, a la licencia por gestación, alumbramiento, lactancia, adopción y acogimiento, aun habiendo expirado ya el año natural a que tal período corresponda”.

Por lo tanto, en este caso, la excepción a la “obligación” de disfrutar las vacaciones dentro del año natural es clara y no existe ningún problema en hacer uso de este derecho.

Sin embargo, el problema surge cuando, por motivo de enfermedad, el médico, o cualquier otro personal de Osakidetza, no puede disfrutar de las vacaciones durante el año natural porque ha estado todo el año de baja por enfermedad.

Pero, a pesar del contenido del artículo 38.11 del acuerdo de Osakidetza, se tiene derecho a hacer uso de las vacaciones no disfrutadas

fuera del año natural cuando se ha estado en situación de incapacidad temporal.

El fundamento de este derecho a poder disfrutar de las vacaciones fuera del año natural en el caso de haber estado de baja lo encontramos en el artículo 7 de la Directiva 2003/88 del Parlamento y del Consejo Europeo relativa a determinados Aspectos de la Ordenación del Tiempo de Trabajo y, sobre todo, en la interpretación realizada por la Gran Sala del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en sentencia de 20 de enero de 2009.

Esta sentencia establece que el artículo 7 apartado 1 de la directiva 2003/88 debe interpretarse en el sentido que se opone a las disposiciones que establezcan que el derecho a vacaciones anuales retribuidas se extingue al finalizar el período de devengo del mismo, en nuestro caso el año natural, incluso cuando el trabajador se haya encontrado en situación de baja por enfermedad durante la totalidad o parte del período de devengo y su incapacidad laboral haya perdurado hasta la finalización de su re-

lación laboral, razón por la cual no haya podido ejercitar su derecho de vacaciones anuales retribuidas.

Esta sentencia de la Gran Sala ha sido aplicada posteriormente en el mismo sentido por la Sala Primera del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas en sentencia de 10 de septiembre de 2009. En esta sentencia se manifiesta que el citado artículo se opone a las disposiciones nacionales o convenios colectivos que establezcan que un trabajador que se encuentra en situación de incapacidad temporal durante el período de vacaciones anuales fijado en el calendario de vacaciones de la empresa, no tiene derecho, una vez que ha recibido el alta médica, a disfrutar de las vacaciones anuales en un período distinto del fijado inicialmente, fuera del período de referencia de que se trate.

Por lo tanto, aplicando esta interpretación del artículo 7 apartado 1 de la directiva 2003/88, realizada por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, al artículo 38.11 del Acuerdo Regulador de las Condiciones de Trabajo de Osakidetza, se llega a la conclusión de que cuando se ha estado en situación de baja laboral durante un año se tiene derecho a poder disfrutar de las vacaciones una vez finalizado el año natural y fuera del mismo cuando se reciba el alta.

Todo ello a pesar de que, según el acuerdo de Osakidetza, se pierde el derecho a las vacaciones porque no se han disfrutado dentro del año natural, pero esta interpretación no es válida por no ser acorde a la interpretación del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas.

Y en la actualidad los tribunales ya han comenzado a reconocer a los médicos este derecho a poder disfrutar de las vacaciones fuera del año natural cuando no se ha podido hacer uso de las mismas al haber estado de baja laboral.

En este sentido, con fecha 6 de febrero de 2013, se dictó sentencia por un Juzgado de lo Contencioso Administrativo de San Sebastián, en la que se reconoce a un médico el derecho a las vacaciones fuera del año natural.

Quando se ha estado en baja laboral durante un año se puede disfrutar de las vacaciones una vez finalizado el año natural y fuera del mismo cuando se reciba el alta

Se trata de un caso que tuvo su inicio en el año 2009 y en el 2010 se realizó la primera reclamación a Osakidetza, solicitando disfrutar las vacaciones durante dicho año, ya que durante el año 2009 no pudo hacer uso de las mismas. Osakidetza desestimó la solicitud manifestando que las vacaciones había que disfrutarlas dentro del año natural como se recoge en el artículo 38.11 del acuerdo. Frente a dicha resolución, se interpuso recurso de alzada solicitando que se reconociese el derecho al disfrute de las vacaciones correspondientes al año 2009. Al recurso de alzada, interpuesto en verano de 2010, Osakidetza no dio respuesta por lo que, a principios de 2011, se presentó ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo lo correspondiente demanda solicitando el derecho a las vacaciones del año 2009, fundamentando la petición en las Sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas citadas con anterioridad.

La vista del juicio tuvo lugar a inicios del año 2013 y se dictó sentencia (de fecha 6 de febrero de 2013) en la que se reconoce el derecho a disfrutar de las vacaciones, añadiendo un nuevo fundamento al derecho a disfrutar de las vacaciones, reconociendo la fundamentación de este letrado.

En la sentencia dictada se reconoce el derecho a disfrutar las vacaciones fuera del año natural cuando se ha estado de baja, fundamentando también dicha petición en

que la interpretación realizada por Osakidetza sobre la obligación de disfrutar de las vacaciones dentro del año natural, "no es ajustada a la doctrina jurisprudencial vigente sobre la naturaleza de las vacaciones, ni tiene tampoco en cuenta que de admitirse deja vacío de contenido el punto diez del artículo 38 del acuerdo, cuando la baja se extiende a lo largo de más de un ejercicio, colocando en clara situación de desigualdad al personal que sufre ese periodo de IT, que no puede por lo tanto disfrutar de la vacación a que tiene derecho".

Esto es debido a que el artículo 38.10 del acuerdo establece que si estando de vacaciones se pasa a situación de incapacidad temporal, las vacaciones se interrumpen y el período dejado de disfrutar se iniciará posteriormente, una vez recibida el alta.

Aunque esta sentencia, dictada por el Juzgado de lo Contencioso Administrativo más de dos años después de realizarse la primera reclamación a Osakidetza, todavía no es firme, puesto que en el momento de realizar el presente artículo todavía no se han superado los plazos establecidos para que Osakidetza pueda recurrirla; sin embargo se considera que existen argumentos suficientes para que sea ratificada.

Aunque a esta asesoría jurídica no le consta que se hayan dictado otras sentencias sobre reclamaciones de médicos en las que se realizase esta petición, por lo que esta sería la primera, y sin que haya por lo tanto un pronunciamiento por el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco sobre la aplicación del Acuerdo de las Condiciones de Trabajo de Osakidetza en este sentido, sí existen sentencias del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco en otros ámbitos en el que se realiza esta misma interpretación y se reconoce este derecho.

Por todo ello, se considera que el médico tiene derecho a disfrutar de las vacaciones fuera del año natural cuando no lo ha podido hacer con anterioridad por haber estado en situación de incapacidad temporal, teniendo derecho a su reclamación.■

FRANCISCO MUÑOZ GARCÍA, MIEMBRO DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA

RELACIÓN DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Se ha definido la Medicina como la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad; también se ha afirmado que la Medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades. Pero, esta noble profesión, como toda actividad humana, no está exenta de problemas y situaciones conflictivas.

En la actualidad el trabajo del médico es frecuentemente cuestionado y no siempre de manera cualificada. La aparición de tensiones entre médicos, originadas por muy diversas razones, es un hecho que ha llevado a presentar denuncias en los Colegios de Médicos con relativa frecuencia, constatándose un incremento significativo en los últimos años, y estas tensiones se dan en diversos ámbitos, tanto en el asistencial, como en el científico, académico y de investigación.

Algunos conflictos entre médicos se evitarían con comportamientos más reflexivos y con un conocimiento real y más profundo del Código de Deontología Médica (CDM), ya que el conjunto de principios y reglas que contiene son de obligado cumplimiento para todos los médicos en el ejercicio de su profesión.

El artículo 37.1 del CDM, en su apartado, dice: *La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella solo tienen preferencia los derechos del paciente.*

Todo médico que haya pasado varios años de ejercicio profesional conoce, ha vivido o ha sufrido, situaciones en las que esa confraternidad ha dejado mucho que desear o simplemente no ha existido.

Pongamos tres sencillos ejemplos que se dan a menudo en Atención Primaria:

1. Paciente que acude a su médico con un proceso catarral (fiebre discreta, tos y malestar general). Tras la exploración es diagnosticado de Infección Respiratoria y se le prescribe tratamiento sintomático. Dos o tres días después, debido a la persistencia o agravación de los síntomas acude

por su cuenta al Servicio de Urgencias o a otro Centro Sanitario; se le pide una placa de tórax y se hace el diagnóstico de Neumonía.

En algunas ocasiones no se explica adecuadamente al paciente o a sus familiares, que esa es una evolución posible de una infección respiratoria o, incluso, se hace, en presencia de estos, algún comentario poco afortunado del compañero del Centro de Salud.

2. En otro caso, se prescribe una medicación para un determinado proceso que a juicio del médico es lo indicado en ese momento. El paciente acude días después a otro Centro Sanitario público o privado, y en ocasiones se hace una crítica despectiva devaluando el tratamiento prescrito que quizás ya no sea suficiente en esa fase de la enfermedad.
3. También es frecuente que un médico solicite unas mínimas pruebas complementarias en la fase inicial de una enfermedad que después, en otro centro, no son debidamente valoradas o consideradas insuficientes ante el paciente, dejando en mal lugar a un compañero, al que se ha privado de hacer el seguimiento del proceso y lesionando de manera injustificada su profesionalidad.

En los tres ejemplos citados, que solo pretenden ser una muestra de los muchos que se podrían poner, se puede y se debe actuar correctamente como nos recuerda el artículo 37.2 (*Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto, lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas*).

Y el artículo 37.3: *Los médicos se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de sus pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.*

En todo caso, como cita el artículo 38.1: *Los médicos compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de sus pacientes.*

Cabe recordar también otros tres artículos. El artículo 38.3: *Las discrepancias entre los médicos no han de propiciar su desprestigio público. Se evitará el daño o el escándalo, no estando nunca justificadas las injurias a un colega. Se evitarán las polémicas públicas; las divergencias se resolverán en el ámbito profesional o colegial.*

El artículo 38.4: *No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio con discreción las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional.*

El artículo 41.1: *El médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la salud y tendrá en consideración las opiniones de ellos acerca del cuidado de los pacientes.*

En consecuencia, sabiendo que el conjunto de principios y reglas que inspiran el vigente CDM son de obligado cumplimiento para todos los médicos en el ejercicio de su profesión, se intenta en el **Capítulo VIII** orientar la conducta del médico hacia sus colegas en diversas situaciones y también hacia los integrantes de otras profesiones sanitarias.

Los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial contienen, también, diferentes artículos que tratan sobre materia deontológica y las relaciones entre colegiados; la aplicación de normas deontológicas que regulan el ejercicio de la medicina; el requerimiento a los colegiados para el cumplimiento de deberes éticos y legales; y medidas disciplinarias si fuera preciso en casos de infracción deontológica.

Se constata en la actualidad un déficit formativo importante en Ética y Deontología de los profesionales. No debería ser así en los futuros médicos, dado que en la reforma de los estudios de Medicina siguiendo los criterios de Bolonia, se definen las competencias que deben adquirir los alumnos:

1. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales, y el ejercicio profesional centrado en el paciente.
2. Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del pa-

ciente, de la sociedad, y de la profesión, con especial atención al secreto profesional.

3. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.
4. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.
5. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje, de manera autónoma, de nuevos conocimientos y técnicas, y a la motivación por la calidad.
6. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.

Hemos revisado el Capítulo VIII del Código de Deontología Médica que trata de las Relaciones de los Médicos entre sí y con otros profesionales de la salud, comentando los artículos más importantes. Pero, quedan algunos más que conviene repasar y tener en cuenta en la práctica diaria. Su cumplimiento estricto redundará, sin duda, en beneficio de la salud de los pacientes y en el mantenimiento del prestigio y respeto que merece la figura del médico.

Medikuen Deontologia Kodeaz

Medikuntza, gizon-emakumeen jarduera izaki, ez dago arazoetatik eta egoera zailetatik libre. Jakina da sendagileen artean tirabirak egon badaudela eta horren ondorioz, Sendagileen Elkargoetan, sarritan, salaketak aurkeztu izan dira. Azkeneko urteotan, gainera, salaketa horiek gehitu egin dira. Egoera horri aurre egiteko kode deontologikoa ezagutzea ezinbestekoa da. Izan ere, Medikuen Deontologia Kodea ezagutzeak sendagileen arteko liskarrak eta tirabirak eragotziko lituzke, lanean diharduten sendagile orok, nahitaez, kodeko arauak eta oinarriak bete behar baitituzte.

Kodea era zorrotzean betetzeak, dudarik gabe, gaixoen osasunean eragina izango du, baina baita medikuari zor zaion errespetuan eta ospean ere.

BIBLIOGRAFIA:

1. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. 2011
2. Manual de Ética y Deontología Médica, de la OMC. 2012
3. Propuesta de Actualización del Código de Deontología Médica (1999) de la Organización Médica Colegial. Tesis Doctoral (E. Collazo).
4. Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial. ■



Idiaquez, 4 (Plaza Guipúzcoa)
20004 Donostia-San Sebastián
Tel. 943 427 050
Abierto 365 días al año de 09:00h a 22:00h

EN LA PÁGINA WEB DEL COLEGIO LA FUNDACIÓN HA HABILITADO UN ICONO PROPIO

LA FUNDACIÓN ULTIMA LOS CURSOS QUE VA A IMPARTIR EN LOS PRÓXIMOS MESES

La programación del nuevo curso de la Fundación del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa ha echado a andar con el curso "Dermatología médico-quirúrgica y venereología" dirigido por la doctora Anna Tuneu, cuyo objetivo era familiarizar a los médicos no dermatólogos con la patología dermatológica que habitualmente ven en sus consultas.

Tal y como se ha informado a través de circular, la Fundación trabaja para desarrollar un programa formativo basado en la transversalidad de la formación y haciendo un especial hincapié en la formación para los médicos de Atención Primaria. Así, la Fundación trata de ultimar los cursos que se van a impartir próximamente y que van a estar basados en la Medicina Basada en la Evidencia, la ética-responsabilidad legal, la comunicación científica y la capacitación específica.

Para dar cuenta de estos cursos y de todo lo relativo a la Fundación, en la página web del Colegio (www.giseo.org) se ha habilitado un icono propio (Fundazioa) a través del cual se puede acceder a la formación programada. A partir de ahora este será el medio utilizado para informar sobre los cursos, por lo que los responsables de la Fundación recomiendan visitar la página web.

Entre los cursos previstos para este trimestre cabe desta-

car el que los días 21 y 22 de marzo va a impartir M^a Isolina Santiago, estadística del Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Innovación y Gestión de la Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia, en el cual desarrollará el programa Epidat, de libre distribución, para el análisis estadístico y epidemiológico de datos.

Asimismo, los días 11 y 16 de abril se van a desarrollar dos cursos tendentes a proporcionar las habilidades necesarias para evaluar críticamente un ensayo clínico aleatorizado (el 11 de abril) y una revisión sistemática (el día 16). El número máximo de participantes en ambos casos será de 35 alumnos.

Para los días 14, 16, 21, 23 y 28 de mayo, por su parte, se ha organizado el curso "Epidemiología Clínica" que será impartido por personal de la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital Universitario Donostia. Entre otras cuestiones se tratará sobre la búsqueda de la certeza; la secuencia del proceso de investigación; el análisis de datos; el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y revisión sistemática y la lectura crítica para mantenerse al día. El número máximo de participantes para este curso es de 30 alumnos.

Para inscribirse a cualquiera de estos cursos hay que contactar con el Colegio a través de info@giseo.org o el teléfono 943 276 300. ■

El Colegio ha reducido las dietas de sus cargos

A partir de principios de este año las compensaciones económicas que los miembros de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa reciben, en función de su cargo, por gastos de viaje, comida, alojamiento y asistencia a reuniones o colaboración en actividades formativas han sido reducidas.

La Junta de Gobierno presidida por José María Urkia considera que los fondos del Colegio deben gestionarse atendiendo a criterios de sostenibilidad, austeridad y coherencia, por lo que las compensaciones que los miembros de la Junta o el personal

del Colegio reciban en función de su cargo serán afines a las de otros organismos y organizaciones similares. Así, a pesar de que la normativa aprobada por el Colegio pretende primar el uso del transporte público frente al privado, en caso de utilizar el vehículo particular la indemnización por kilómetro será de 0,31 euros (frente a los 0,50 euros que se venían abonando hasta ahora).

Además, ajustándose a la actual coyuntura económica y social, la clase a utilizar tanto en tren como en avión será turista; sólo se abonarán los gastos del acompañante en el caso de que su asistencia se requiera por moti-

vos de discapacidad; las dietas por manutención (cena y comida) serán de 42 euros/día máximo; el alojamiento se realizará en hoteles de hasta cuatro estrellas (excepto que el evento al que se acuda se celebre en el mismo hotel); y la asistencia a reuniones derivadas del cargo se compensará con 110 euros y con 100 euros la asistencia a las reuniones de la Junta de Gobierno.

La Junta de Gobierno ha adoptado estas medidas para adaptarse a la realidad económica y al entorno y porque considera que el dinero de todos los colegiados debe gestionarse con rigor. ■

AUDITORÍAS

YA HAN SIDO REALIZADAS LAS TRES AUDITORÍAS ENCARGADAS POR EL COLEGIO

Tal y como se informó en el nº 71 de Medikuen Ahotsa, la Junta de Gobierno en su primera reunión tras la toma de posesión acordó encargar la realización de tres auditorías externas que ayudaran a identificar y plantear las mejoras necesarias en las áreas organizativo-administrativa, financiero-contable y jurídica del Colegio.

El análisis de la dimensión de la asesoría jurídica se encargó al despacho de abogados Cuatrecasas que recomienda potenciar la atención jurídica de los colegiados, aportando una dimensión integral de asesoramiento jurídico, para lo cual ha propuesto fomentar la dimensión formativa para todos los colegiados, haciendo especial hincapié en la vertiente jurídico preventiva. Así, Cuatrecasas ha planteado la necesidad de elaborar un programa de formación.

Tras dicho diagnóstico, el Colegio ha reforzado su servicio de asesoría jurídica y cuenta con el apoyo del despacho de abogados Cuatrecasas además de con la asistencia de los letrados Carlos y Jon Pellejero. A partir de ahora, los colegiados que requieran asistencia jurídica podrán optar por ser atendidos por los letrados Carlos y Jon Pellejero o por el despacho Cuatrecasas, a través de su Consejero-Abogado Juanjo Álvarez.

El despacho Cuatrecasas y el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa han firmado un acuerdo de colaboración mediante el cual este despacho, a través de su Consejero-Abogado Juanjo Álvarez, se encargará de asistir en su toma de decisiones a la junta de gobierno, a las diversas comisiones, a la presidencia del Colegio, así como a su Fundación, además de a los colegiados que así lo soliciten.

Asimismo, coordinará la asesoría jurídica externa e interna del Colegio en el período transitorio de perma-

nencia de Carlos Pellejero como letrado del Colegio hasta su jubilación, para lo cual mantendrá permanente contacto con Carlos Pellejero para coordinar las cuestiones que puedan plantearse, redundando esta colaboración recíproca en una mejora y ampliación de los servicios jurídicos ofrecidos a los colegiados.

La empresa Arrieta Asesores, encargada de auditar las cuentas del Colegio, ha constatado que los estados financieros plasmados por la anterior Junta coinciden plenamente con la realidad económica tanto del Colegio como de la Fundación. El informe presentado por esta empresa indica que, en general, no hay cuestiones que puedan entrañar eventuales contingencias de grave trascendencia para ambas instituciones. No obstante, ha constatado algunas áreas susceptibles de mejora, como que el presupuesto no es utilizado como herramienta útil desde el punto de vista económico y su elaboración es de puro trámite; que habría que establecer un protocolo de Pedidos; que hay que mejorar la presentación de la documentación relativa a Registros Oficiales; que el Impuesto sobre Sociedades debe elaborarse conforme a lo previsto en la legislación vigente; o que debe revisarse el contrato de alguno de los asalariados.

El grupo OTEIC, por su parte, tras analizar el área organizativo-administrativa, destaca que el Colegio no cuenta con un plan estratégico de cara a los próximos años y tampoco tiene un manual de funciones y procedimientos que permita definir quién hace qué, por lo que indica que habría que rediseñar el área administrativa y reasignar las tareas para equilibrar el reparto de cargas.

OTEIC ha recomendado implantar una serie de mejoras que ayuden al Colegio a funcionar de manera óptima

ofreciendo a los colegiados el mejor de los servicios. Así, entre las mejoras propuestas realizadas por OTEIC están la realización de un Plan Estratégico; la definición de funciones y responsabilidades del personal; el diseño de un plan de formación; la redacción de un plan de comunicación interna y la implantación del sistema de gestión y reporting internos. OTEIC también ha sugerido que se debe renovar la gestión de colegiados; instalar un nuevo software para la contabilidad; diseñar el sistema de gestión de archivos; eliminar los libros de registro manuales; optimizar las entradas y salidas de documentos; optimizar el diseño y los contenidos de la página web y actualizar el reglamento de régimen interior. ■

Gobernu Batzordeak karguaz jabetzerakoan Elkargoa aztertzea erabaki zuen. Cuatrecasas bulegoak egin du Elkargoaren aholkularitza juridikoaren azterketa eta haxe gomendatu du: aholkularitza juridikoari erabateko garrantzia ematea heziketa alorra bultzatuz eta alderdi juridiko prebentiboa azpimarratuz.

Aurreko Gobernu Batzordeak azaldutako kontuak zuzen daudela eta errealitate ekonomikoarekin bat datozela egiaztatu du Arrieta Asesores enpresak Elkargoko kontabilitate eta finantza saila aztertu ostean.

Bestalde, Elkargoko administrazio saila berriro diseinatu behar dela eta langileen lan-kargak orekatzeko eginkizunak berriro eman behar direla erabaki du OTEIC-ek Elkargoko antolaketa eta administrazio atala aztertu ostean.

EL COLEGIO AVISARÁ OPORTUNAMENTE DE SU PUESTA EN MARCHA

NUEVA RECETA MÉDICA PRIVADA

El pasado 21 de enero entró en vigor el nuevo modelo para recetas médicas privadas que médicos, dentistas y podólogos están obligados a utilizar. Este modelo incorpora, asociado al número de receta, un código de verificación electrónica que garantiza su autenticidad, ya que permite comprobar a qué médico se le ha asignado un determinado talonario, a qué Colegio pertenece el médico que firma la receta, cuál es su especialidad, qué medicamento y en qué farmacia se ha dispensado. Asimismo, permite anular una receta o un lote por motivos terapéuticos o en casos de pérdida o robo.

Esta medida es obligatoria para todos los médicos, puesto que cualquiera que realice una receta para uso privado deberá utilizar el nuevo modelo. Así, los médicos colegiados en Gipuzkoa deberán solicitar los talonarios o lotes de recetas en este Colegio. Para ello es necesario rellenar un formulario con los datos del médico solicitante en el que deberán constar nombre, apellidos, DNI, nº de colegiado, especialidad y dirección del ejercicio profesional.

En el caso de los médicos que ejerzan más de una especialidad, estos deben solicitar las recetas para cada una de las especialidades correspondientes en las que deben indicar la población en la que ejercen. Así pues, si un médico pasa consulta en distintas poblaciones o provincias, deberá incluir los datos del domicilio donde pase la consulta.

La receta, además de los datos del médico, incluirá los datos del paciente (nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI, NIE o Pasaporte); los datos del medicamento; y el número de fármacos por receta (en la receta en papel solo



se puede prescribir un solo medicamento y un solo envase), es decir, hay que rellenar una receta por cada medicamento. Si se trata de estupefacientes, las recetas estarán sujetas a la normativa específica actual. La validez será de diez días, una vez realizada la prescripción.

La receta constará de dos partes diferenciadas: la receta en sí y la hoja de información al paciente y quedará bajo la custodia del farmacéutico por un periodo de tres meses.

Con la nueva receta privada se pretende mejorar el uso adecuado de los medicamentos, ayudar a simplificar la tarea de los profesionales médicos y farmacéuticos y reforzar las garantías de los ciudadanos.

En cuanto a la receta privada en soporte electrónico, se ha desarrollado el protocolo para la homologación de los diferentes sistemas o Plataformas de Prescripción Electrónica Privada que quieran desarrollar su actividad en este ámbito tal como indica el RD. ■

Ha fallecido Ignacio Arteché



Ignacio Arteché Elejalde, Colegiado de Honor en 2010, falleció el pasado 13 de febrero a punto de cumplir los 93 años de edad. Nacido en Azpeitia, el 22 de marzo de 1920, el doctor Arteché ejerció la medicina durante 65 años, hasta cumplir los 90 años de edad.

Tal y como recordaba él mismo en la entrevista que concedió a esta revista en 2010 con motivo de su elección como Colegiado de Honor (Medikuen Ahotsa nº 64), su relación con la medicina comenzó cuando, en 1938, movilizaron a los de su quinta. Estudió medicina primero en Zaragoza y luego en Valladolid, acudiendo al dispensario antituberculoso de Pamplona para realizar la especialidad.

A lo largo de su larga vida, Ignacio Arteché ha sido una persona interesada por el saber. Así, además de impartir clases a quienes querían preparar el examen de auxiliar de puericultura, publicó dos libros sobre su localidad: "Historias de Azpeitia" (donde recogió pequeñas historias y anécdotas de su pueblo natal); o "El ferrocarril del Urola 1926-1986". ■

Elkargoak eta Elhuyarrek lankidetzakordioa berritu dute

Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialak eta Elhuyar Fundazioak aurtien ere akordioa berritu dute. Akordio honen arabera, Elhuyar Zientzia eta Teknologia aldizkariak harpidetza-sarian % 25eko deskontua egingo die Elhuyar Fundazioak elkargokide direnei.

Urtebeteko harpidetza-saria, lehenengo urtean, 51 €-koa da, baina berritu den akordioari esker, % 25eko deskontua izango lukete elkargokideek. Horrela, 38,25 € ordainduko luke. Horren truke aldizkariaren 11 ale jasoko dituzte paperean eta aldizkariaren edizio digitalera ere sarbidea izango dute.

Elhuyar Zientzia eta Teknologia aldizkariaren edizio digitalaren urteko harpidetza-saria 19 € da. Elkargokideek % 25eko deskontua izango dute urteko harpidetza-sarian, eta 14,25 € ordaindu beharko 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. ■



Francisco Herrera, José Mari Urkia y Santiago Dexeus.

© Juantxo Egaña



La persona en la enfermedad, además de la técnica, necesita del cariño y de la palabra

SANTIAGO DEXEUS: «A VECES EL MÉDICO OLVIDA QUE LA SONRISA TAMBIÉN CURA»

Santiago Dexeus, catedrático de obstetricia y ginecología de la UAB, y Francisco Herrera, catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Cádiz, visitaron el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa para hablar sobre «*Las humanidades médicas desde la clínica y desde el aula, dos visiones complementarias o divergentes*». En el transcurso de su intervención ambos reivindicaron una concepción holística de la persona que en la enfermedad, además de la técnica, necesita del cariño y la palabra.

El profesor Francisco Herrera señaló que en sus clases trata de explicar a los futuros médicos los antecedentes históricos de la profesión desde las culturas arcaicas hasta la actualidad; los conceptos de salud y enfermedad; y los conocimientos médicos que van de lo morfológico a lo terapéutico. El profesor Herrera, asimismo, trata de complementar la enseñanza a través de seminarios de arte y literatura, "porque una obra de arte pone en el centro de nuestra mirada a la persona, y en muchas ocasiones a la persona enferma", explicó.

Así, en sus seminarios recurre a pintores o escritores que han plasmado

el dolor o la enfermedad, como Frida Kahlo en cuyas obras el dolor físico es patente o Claude Monet que a través de sus pinturas, tal vez sin saberlo, da cuenta de sus problemas visuales. «Yo lo que busco es que haya cultivo más que cultura; trato de lanzar botellas al mar para que en un momento se abran», indicó.

Santiago Dexeus, pionero en la defensa del derecho de la mujer al uso de la píldora anticonceptiva y de la fecundación in vitro que ayudó al nacimiento del primer bebé probeta de España, intentó mostrar cómo es la relación entre el médico y el paciente desde la clínica. Y se mostró pesimista ante el futuro. «No puedo ser muy optimista; creo que las infraestructuras sanitarias actualmente son un obstáculo para la buena praxis del médico humanista y hay que cambiarlas», dijo.

«El médico humanista es absolutamente necesario –explicó Santiago Dexeus–. A veces el paciente no necesita solo ciencia, sino necesita cariño. Cuando el residente empieza su especialización, en cambio, enseguida recurre a cosas tan banales como pedir un TAC o una resonancia

magnética. Pero cuando preguntas: ¿Ha hablado usted con el paciente? la respuesta es ¿Para qué? Entonces hay que pensar que algo no va bien en la medicina, porque cuando el paciente está grave no le valen médicos, sino el abrazo, el cariño. Y eso es muy difícil enseñar. A veces el médico olvida que la sonrisa del médico también cura».

Crítico con la situación actual de recortes, Dexeus indicó que «cuando hay recortes sanitarios, cuando la medicina tiene que ejercerse en cinco o siete minutos, no se puede salir adelante. ¿Cómo se puede hablar de un estado del bienestar cuando España dedica a la protección a la maternidad el 1,7% del PIB? Antes de los recortes en España se destinaban 134€ por persona y año para política familiar, mientras en Luxemburgo la cantidad es de 2.291€».

Asimismo, Dexeus declaró que «en medicina no podemos hablar de humanismo si no tenemos claro que hay que ser ético y que el médico, primordialmente, tiene que ser humilde, pues si es humilde se acerca al paciente, pero si es soberbio se aleja de él». ■

CONFERENCIA "MEDICINA Y ARTE"



Lección de anatomía del Dr. Tulp de Rembrandt (Royal Picture Gallery Mauritshuis, La Haya).

MEDICINA Y ARTE

Bajo el título *Medicina y Arte*, Carmen Alonso-Pimentel —doctora en Historia y exprofesora de Historia del Arte—, en su intervención en el ciclo Aula Médica Senior, expuso la conexión existente entre algunas obras de arte y la medicina para lo cual se centró en los actos médicos y no en las enfermedades que pueden ser diagnosticadas en muchos protagonistas de la pintura o en la figura del médico.

Según explicó en su conferencia, en la antigüedad los médicos —que no tenían más rango que un sirviente o artesano— realizaban pequeñas intervenciones quirúrgicas en las que lo decisivo era la intervención de los dioses. También la intervención divina se pone de manifiesto más adelante cuando los santos Cosme y Damián (hermanos gemelos de origen árabe que en el siglo III ejercían gratuitamente la medicina y que son los patronos de médicos y boticarios) curan a un sacristán cambiando su pierna gangrenada por la de un etíope que acababan de enterrar.

Es a partir del Renacimiento cuando en la profesión médica aparecen distintas categorías. Por un lado está el médico que sabía latín y había ido a la universidad y que se basaba en los dogmas indiscutibles de Galeno e Hipócrates y que lo máximo que hacía para diagnosticar era examinar las deposiciones y los humores y tomar el pulso al enfermo.

Los cirujanos, por su parte, pertenecían a un rango muy inferior, al de barberos, que habían aprendido los rudimentos quirúrgicos en los monasterios. Estos cobraban muy poco y su clientela se encontraba entre la gente más humilde. Entre los cirujanos destacan los que se dedicaban a la extracción de la piedra de la locura, pues se pensaba que era consecuencia de ciertas excrecencias cerebrales que al crecer presionaban el cerebro y ocasionaban perturbaciones; así como los sacamuelas, muy frecuentes en la pintura de género casi siempre con una presencia en tono grotesco.

En el siglo XVII, sin embargo, los médicos empiezan a rea-

lizar una medicina más experimental y científica, sobre todo en Holanda, con lecciones de anatomía practicadas en las autopsias públicas, una temática muy frecuente en la pintura. En otras ocasiones los pintores flamencos del siglo XVII tratan la visita del médico como imagen costumbrista de una sociedad burguesa que se contempla a sí misma. Estas escenas de género suelen tener casi siempre un fondo moralista con cierta sorna y sin mostrar una crítica amarga.

En el siglo XIX, dentro del realismo social, el médico —considerado ahora por la opinión pública el científico más apreciado— ejerce su labor no ya en las casas burguesas sino en los ambientes más pobres o en los hospitales públicos. Es la consecuencia de una nueva conciencia social que vuelve la mirada a los más desfavorecidos y enaltece la figura sacrificada del médico.

Ya en el siglo XX, junto a las obras que van mostrando los avances quirúrgicos y la medicina preventiva con las vacunas, se aprecia en muchos casos una crítica acerba hacia la deshumanización del médico y hacia un sistema en el que el paciente ha pasado a ser víctima de una medicina mecanizada y fría.■

PRÓXIMAS CONFERENCIAS DEL CICLO AULA MÉDICA SENIOR:

20 de marzo:

"Historia de la anestesia", Dr. Enrique Samaniego

24 de abril:

"Recuerdos de viajes", Dr. Máximo Fernández

29 de mayo:

"Polución sonora o la agresión del ruido", Dr. José Carlos Vea

26 de junio:

"Salud y cooperación: una experiencia", Dr. Imanol Apalategi

altas y bajas

altas

Diciembre 2012

Jaimes Albornoz, Walter
Solano Padilla, Félix Enrique
Pérez de Arcelus, Mónica

Enero 2013

Lazpiur Díaz, Elisabeth
Martínez Aguinaga, Marino
Cruz García, María del Mar
Ferrán Mercade, Manuel
Aizpurua Galdeano, María Pilar
Alsua Fernández, M^a Concepción
Fernández Formoso, Alejandro Edmundo
Prat Madrazo, Miguel
Santana Pérez, Carmen Esmeralda

bajas

Diciembre 2012

Genin Etcheberry, Thierry

Enero 2013

Suaga Rubio, Ana María
Lasa Imaz, Asier
Ecenarro Guerra, M^a Teresa
López Núñez, María
Vergereau, Robert
Sarriugarte Mochales, Izaskun

fallecimientos

Fernando Palacio Lapuente
Eusebio Esnaola Egozkue
Ángel Olaso Villalba
Ignacio Arteché Elejalde

UNIDAD DE VÉRTIGO Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

DR. FERMIN MATELLANES
OTORRINOLARINGOLOGÍA

AUX: N. ALKIZA
AUX: G. GARMENDIA

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

HOSPITAL QUIRON DONOSTIA
Parque Alkolea, 7
20012 SAN SEBASTIAN

943 32 26 46
691 77 54 58

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

In Memoriam



**FERNANDO
PALACIO
LAPUENTE**

El pasado 26 de diciembre fallecía de forma inesperada nuestro compañero Fernando Palacio Lapuente, médico en el centro de salud de Ondarreta (Donostia). Nacido en Zaragoza, estudió Medicina en la misma ciudad y desde el principio su carrera profesional se inclinó por la Atención Primaria, siendo impulsor y pionero de la especialidad de Familia.

Su visión humanista y defensora de los servicios públicos de salud le empujaron a la promoción de la calidad asistencial, siendo vocal de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y de Semfyc, ocupando distintos puestos de coordinador de equipos de salud, Director Médico en la región sanitaria de Reus y en los últimos tiempos, como impulsor de los programas de Seguridad del Paciente, siendo fundador de este grupo de trabajo de Semfyc.

Como investigador participó en muchos proyectos a través de multitud de publicaciones y actividades docentes. Todo ello sin ningún afán de protagonismo.

Pese a esta gran labor profesional, todavía le daba tiempo para disfrutar de sus múltiples aficiones y de su familia. Viajero incansable, bloguero, colaborador de varias ONG...

Pero, este enorme curriculum no es nada comparado con el maravilloso recuerdo que nos ha dejado, su buen hacer como médico, su trato afable, su generosidad para con todos, su defensa desde la tolerancia de sus ideas y valores.

Tus pacientes y compañeros del centro de salud de Ondarreta, no te olvidaremos.

Agur betirako, Fernando



**EUSEBIO
ESNAOLA
EGOZKUE**

Eusebio Esnaola Egozkue nació en Donostia el 15 de octubre de 1933 y falleció el pasado 30 de enero. Casado con María Antonia San Sebastián Zubia y padre de 6 hijos y una hija. Conoció a su mujer en Valladolid donde ambos cursaron sus estudios de medicina. Ella fue la primera mujer médico residente en el antiguo Hospital Provincial de Gipuzkoa.

Ejerció como médico en varios municipios (Anguiano, Zeberio, Ataun... donde aún le recuerdan con mucho cariño) instalándose finalmente en Elgoibar, donde trabajó como médico de familia durante más de 40 años. Conocido y querido por todo el pueblo, contaba con un gran sentido del humor, era ante todo un buen hombre, de palabra y acciones, sin esperar nada a cambio, hacía lo que creía era correcto en cada momento, siempre dispuesto a ayudar a aquel que lo necesitase.

La muerte de su esposa hace 5 años (el 31 de enero de 2008) fue un duro golpe, pasando sus últimos años en una silla de ruedas y ciego por causa de la diabetes que sufría, mas siempre gozando del apoyo y compañía de sus familiares, cuidadora -y lectora- Noelia, compañeros y compañeras, amistades y vecinos que disfrutaban con él y su conversación. Abandona este mundo para reencontrarse con sus otros seres queridos y su gran Amor.

Agurrik ez, gaur zu, bihar gu. Etxekoak



**ÁNGEL
OLASO
VILLALBA**

Hace unas semanas nos dejó el Dr. Ángel Olaso, compañero y amigo, que tuvo una extensa carrera como médico que compaginó de manera entrañable con su faceta de padre de 5 hijos y esposo. Tras su jubilación dedicó buena parte de su tiempo a la política activa: trabajó como concejal por el Partido Popular en Lazkao y Pasaia, realizando una labor encomiable en temas sanitarios.

Nació en Acapulco, a donde su padre se había trasladado a trabajar y donde se casó con una mejicana. Aquella mezcla le imprimió un carácter especial. Llegó a tierras vascas con un año y fue bautizado en Amorebieta, tierra natal de su padre, aunque se instalaron en San Sebastián.

Estudió en el colegio de Marianistas. Se licenció en medicina en Valladolid y realizó la especialidad de medicina interna y algunos estudios de medicina deportiva. Comenzó a trabajar en el Hospital de Manteo y tras su cierre fue trasladado al antiguo Hospital Provincial donde, tras aprobar unas oposiciones, accedió a la dirección, siendo su director durante años. Perteneció al cuerpo médico de la Diputación Foral, trabajo que compaginó con su plaza de médico de medicina general en el ambulatorio de Amara, donde ejerció hasta su jubilación, y su consulta particular, donde tenía sus pacientes incondicionales por los que se desvivía. Como algunos compañeros le decíamos, su club de fans. Para ellos siempre estaba ahí, daba igual el día o la hora.

Dedicó gran parte de su vida a la medicina, su gran pasión. También fue gran aficionado a la lectura y la escritura. Ávido de conocimiento, sentía fascinación por la historia de nuestro territorio a la que dedicó algunos de sus escritos. Lo recordaremos por sus apasionados artículos de opinión en el Diario Vasco en los que, sin pelos en la lengua y tras una profunda reflexión, analizaba la situación política sin dejar indiferente a nadie.

Gracias amigo y compañero por tus enseñanzas, por tus consejos y esas lecciones de vida que nunca olvidaremos. ¡Hasta siempre!

Asunción Guerra Alonso

SE CELEBRA EL 22 DE JUNIO EN EL SANTUARIO DE ARANTZAZU Y LA INSCRIPCIÓN ES GRATUITA

IV JORNADA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

El próximo 22 de junio el centro de reuniones Gandiaga del santuario de Arantzazu acogerá la IV Jornada de Cooperación Internacional en Cirugía Ortopédica y Traumatología organizada por la Asociación Cirujanos Ortopédicos Voluntarios y que en ediciones anteriores se ha celebrado en Barcelona.

El programa –coordinado por los doctores Jesús Azkarate y Josu Arrieta– prevé la celebración de cuatro mesas redondas en las que se van a analizar tanto proyectos de cooperación internacional como las patologías más comunes a las que se enfrentan los médicos en los países en desarrollo.

En primer lugar, se debatirá sobre el papel de las instituciones en la cooperación. En este debate, moderado por los doctores Amorós y Lorenzo, participará el presidente del Colegio de Médicos de Gipuzkoa, José María Urkia, que expondrá la situación de la profesión médica en la actualidad y qué tipo de médico se necesita ante la crisis.

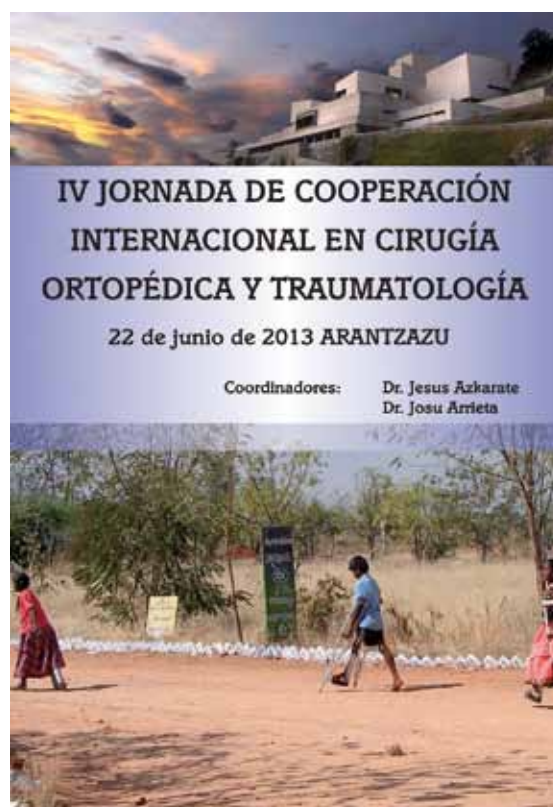
En el segundo de los debates, moderado por los doctores Saló y Alfaro, se dará cuenta de distintos proyectos de cooperación internacional en cirugía ortopédica como, entre otros, DOA (Denok Osasunaren Alde), Vitamundi o la docencia en la Universidad de Ngozi, Burundi.

Seguidamente los participantes en este encuentro analizarán los protocolos de actuación en patologías frecuentes como el pie zambo, la patología séptica, las deformidades angulares, las patologías frecuentes en extremidad superior,

Analizará proyectos de cooperación internacional y las patologías más comunes a las que los médicos se enfrentan en los países en desarrollo

las secuelas de patología traumática, las patologías traumáticas pediátricas frecuentemente desapercibidas o minusvaloradas, el tratamiento de los trastornos neuromusculares pediátricos; así como los conocimientos a tener en cuenta en la cooperación (la anestesia y el manejo del dolor, la cirugía vascular, la pediatría o la cirugía plástica).

La participación es gratuita. Para inscribirse hay que contactar con la empresa Torres Pardo (p.lacruz@torrespardo.com) encargada de la secretaría técnica de la jornada. Asimismo, quien desee recibir más información puede ponerse en contacto con los coordinadores



de la jornada (doctores Jesús Azkarate y Josu Arrieta) a través del correo electrónico jornadacooperacioncot@gmail.com

En 2010, tras colaborar con la Fundación Vicente Ferrer en India desde 2003, varios cirujanos ortopédicos y traumatólogos de España, con el fin de ayudar en el campo de la cirugía ortopédica y traumatología a las organizaciones no gubernamentales en los países que lo precisen, crearon la asociación Cirujanos Ortopédicos Voluntarios (www.acov.org) que, hasta el momento, ha visitado a 4.500 pacientes, de los cuales 1.216 han sido operados y 482 están en lista de espera. ■

JAKIUNDE

CUATRO MÉDICOS ENTRE LOS NUEVOS MIEMBROS DE JAKIUNDE



El presidente de Jakiunde Jesus Mari Ugalde, en el centro de la imagen, junto con los doctores Guimón, Gaztambide, Zarranz y Martí Massó.

© JM Pemán

Tras el nombramiento de doce nuevos miembros de número, Jakiunde, la Academia de las Ciencias, las Artes y las Letras, cuenta, desde el pasado mes de noviembre, con 56 integrantes. Entre las últimas incorporaciones a este foro de debate y reflexión cabe destacar la de los doctores José Félix Martí Massó; María Sonia Gaztambide Sáenz; José Guimón Ugartechea y Juan José Zarranz Imirizaldu, elegidos por votación en la anterior sesión plenaria.

Presidida por el químico físico Jesus M. Ugalde, Jakiunde está constituida en la actualidad por 56 personalidades del

mundo científico, artístico y literario, además de por los rectores de siete universidades. Entre sus integrantes hay varios premios Príncipe de Asturias, Euskadi de Investigación o Príncipe de Viana, y especialistas de prestigio, ya que pretende ser un foro de referencia para la sociedad.

José Félix Martí Massó, que comenzó su labor como primer y único neurólogo en la sanidad pública en Gipuzkoa en 1975, es jefe del Servicio de Neurología en el Hospital Universitario Donostia y profesor titular de Neurología en la Facultad de Medicina de la Univer-

sidad del País Vasco, y ha contribuido a la identificación del gen LRRK2 que sintetiza la proteína que denominó dardarina, del euskera dardara (temblor). En la actualidad trabaja en un proyecto europeo (Mefopa) y en el consorcio LRRK2 de la M.J. Fox con investigadores de todo el mundo. Martí Massó ha descubierto que la cinaricina, un medicamento utilizado para el tratamiento del vértigo en ancianos, tenía la capacidad de inducir síntomas parkinsonianos. Describió por primera vez junto con neurólogos de la Clínica Mayo el síndrome de pseudomigraña con pleocitosis de LCR, hoy denominado HaNDL.

Junto a él también ha pasado a formar parte de Jakiunde la doctora María Sonia Gaztambide Sáenz, jefa del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital de Cruces. La doctora Gaztambide es, asimismo, profesora titular de Medicina de la UPV/EHU; vocal del Comité Ético de Ensayos Clínicos del País Vasco; vocal en la Comisión Nacional de Endocrinología y Nutrición; colaboradora en el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca y presidenta de la Sociedad Española de Diabetes. Entre otros galardones, cuenta con el Premio de la Sociedad Española de Cirugía (2004).

El tercero de los médicos investido miembro de Jakiunde es el doctor José Guimón Ugartechea, catedrático de Psiquiatría por la Universidad del País Vasco y coordinador del Área de Psiquiatría del Departamento de Neurociencias de dicha universidad que investiga sobre los receptores de señales en la depresión y la esquizofrenia; las actitudes en salud mental, y la evaluación de las psicoterapias.

El doctor Guimón, que cuenta, entre otros, con el Premio Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, ha sido jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Basurto, director del Hospital Psiquiátrico de Zamudio, miembro de la Comisión para el Plan de Reforma de la Psiquiatría de Euskadi y del Estado español, y presidente de la Comisión Española de la Especialidad de Psiquiatría.

Del mismo modo, también ha ingresado en Jakiunde Juan José Zarranz Imirizaldu, Jefe del Servicio de Neurología del Hospital de Cruces (donde dirige las unidades de Epilepsia, Parkinson e Ictus) y Catedrático de Neurología por la Universidad del País Vasco.

El doctor Zarranz –que investiga en la enfermedad de Parkinson y ha descubierto mutaciones en los genes SCNA o PRNP responsables de síndromes parkinsonianos y del síndrome del insomnio letal familiar– es el coordinador clínico del Programa de Vigilancia Epidemiológica de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en el País Vasco; miembro del Comité Asesor Científico del Ministerio de Sanidad y Consumo, y del Ministerio de Ciencia y Tecnología sobre Encefalopatías Espongiformes Transmisibles.



© JM Pemán

El presidente de Jakiunde da la bienvenida al doctor Martí Massó.

*Elegidos por votación
como miembros de
Jakiunde los doctores
Martí Massó;
Gaztambide; Guimón y
Zarranz*

*Jakiunde, la Academia
de las Ciencias, las
Artes y las Letras es
un foro de debate y
reflexión formado por
personalidades del mundo
científico, artístico y
literario*

Entre otros cargos, ha ocupado la presidencia de la Sociedad Española de Neurología, de la Comisión Asesora-Técnica de Neurología-Neurocirugía del Gobierno Vasco; y de la Sociedad de Neurología del País Vasco. Es también miembro de distintas sociedades como la Sociedad Española de Neuroradiología; Société Française de Neuropathologie; Société Française de Neurologie; American Academy of Neurology; y el Consejo de la Federación Internacional de Sociedades de Esclerosis Múltiple.

El listado de los doce nuevos miembros incorporados el pasado mes de noviembre lo completan, por orden alfabético, Andrés Arizkorreta (Economista), María Isabel Arriortua (Cristalografía y Mineralogía), Agustín Azkarate (Arqueología), José Manuel Castells (Catedrático de Derecho Administrativo), Enrique Echeburúa (Catedrático de Psicología Clínica), Juan Pablo Fusi (Catedrático de Historia Contemporánea en la Universidad Complutense de Madrid), Joaquín Gorrochategui (Lingüística), y el exrector de la UPV Juan Ignacio Pérez. ■

BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES

>MEDALLA AL MÉRITO CIUDADANO

La Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Donostia recibe la Medalla al mérito ciudadano de Donostia



El equipo de la Unidad de Neonatología junto a los responsables del Hospital Universitario Donostia.

La víspera de San Sebastián, la ciudad de Donostia entregó las medallas al mérito ciudadano a cinco colectivos o personas singulares *“por hacer una sociedad mejor”*, según indicó el alcalde Juan Karlos Izagirre.

La Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Donostia -representada por Juncal Etxeberria, Pakita Perurena, María Antonia Pérez y Carmen Prego- recibió la distinción junto a los familiares de “Txillardegí”, el deportista Jaime Caballero (que compite para lograr financiación para la investigación de la esclerosis lateral amiotrófica), la escritora Luisa Etxenike, y los componentes del grupo de marionetas Txotxongilo Taldea.

El servicio de Neonatología permite que niños que nacen en situación muy comprometida salgan adelante. En la fotografía aparece la Unidad de Neonatología al completo. ■

> III.KOLDO MITXELA SARIA

Karlos Ibarguren
Euskarazko
Tesien III. Koldo
Mitxelena Saria
jaso du Osasun
Zientziak arloan



Karlos Ibarguren saria jasotzen. Iñaki Goizelaia, EHUKo Errektoreak, eta Andres Urrutiak, Euskaltzaindiko lehendakariak banatu zituzten.

Euskarazko ikerketa bultzatzeko eta sustatzeko asmoz, Euskal Herriko Unibertsitateak eta Euskaltzaindiak “Euskarazko Tesien Koldo Mitxelena Saria” sortu zuten 2008an. Sariak bi urterik behin deitzen dira, eta bost jakintza-arlotan banatzen dira: Zientzia Esperimentalak; Ikasketa Teknikoak; Osasun Zientziak; Gizarte Zientziak eta Zientzia Juridikoak; eta Giza Zientziak.

Osasun Zientziak arloan Karlos Ibarguren Olalde aurkeztutako “Helduen ospitaleak kanpoko bihotz-biriketako geldialdien analisia Euskal Autonomia Erkidegoan” tesia saritu dute.

Alberto Loizatek eta Inmaculada Gerrikagoitiak osatu dute epaimahaia Osasun Zientzien jakintza-arloan. Bestalde, Maite Insaustik (epaimahailburu), Xabier Kintanak (epaimahaiko buruorde) eta Jesus Mari Makazaga Euskara Zerbitzuaren zuzendariak ere osatu dute epaimahaia.

Iazko ekainean argitaratutako Medikuen Ahotsa aldizkariaren 70. alean agertu zen tesi honen laburpena. ■

>PREMIO AVEDIS DONABEDIAN

Galardonada la Organización Sanitaria Integrada Bidasoa

La Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bidasoa ha recibido el Premio Avedis Donabedian a la Excelencia en Calidad en la Integración Asistencial en la edición de 2013. Este premio, patrocinado por el Consorcio de Salud social de Cataluña (CONSORCI DE SALUT I SOCIAL DE CATALUNYA), reconoce el esfuerzo de las instituciones que desarrollan programas de mejora continua de la calidad.

La Comarca Gipuzkoa, por su parte, ha recibido el premio en la categoría de responsabilidad social corporativa. Este premio tiene por objeto distinguir a aquellas instituciones sanitarias que presenten una mejor información en su página web o, en su defecto, en la Memoria del año en curso, sobre las acciones y estrategias llevadas a cabo en el ámbito de la Responsabilidad Social.

La entrega de premios se realizó el pasado 9 de enero en el Palau de la Música de Barcelona. ■

BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES

> EXPURGO DE DOCUMENTACIÓN

Constituida la comisión de expurgo de documentación clínica

El Departamento de Sanidad y Consumo ha creado la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de la Documentación Clínica, encargada de desarrollar instrucciones relacionadas con la conservación y expurgo de la documentación clínica; asesorar a los centros y a los profesionales; así como de autorizar todos los procesos de expurgo. De hecho, los centros sanitarios que pretendan expurgar documentación clínica deberán solicitar permiso a dicha comisión, presidida por Marian Baile.

Y es que según el Decreto 38/2012 que regula la historia clínica y los derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, la historia clínica deberá conservarse de modo que se garanticen la autenticidad, integridad, confidencialidad, preservación y correcto mantenimiento de la información registrada y que asegure una completa posibilidad de reproducción en el futuro.

Según la normativa vigente, la conservación de la documentación clínica corresponderá a los profesionales sanitarios cuando la actividad sanitaria se lleve a cabo de modo individual y a las instituciones sanitarias, públicas y privadas, cuando la asistencia sanitaria se preste en el marco de organizaciones sanitarias (centros de salud, ambulatorios, clínicas u hospitales). Dicho archivo deberá realizarse de modo que se asegure la completa reproducción en el futuro. Así, la regulación prevé que para conservar los documentos electrónicos se realicen periódicamente copias de seguridad, así como las conversiones necesarias para que los documentos se puedan conservar permanentemente.

Según el Decreto 38/2012, el período mínimo durante el que deberá conservarse la documentación clínica es de cinco años (desde la fecha de alta de cada episodio asistencial). Se podrá retirar documentación clínica trascurrido dicho período aunque no podrán destruirse determinados informes como los de alta; consultas externas; urgencias; atención primaria; resultados de pruebas de laboratorio (modelo B); pruebas de imagen; cuidados de enfermería; consentimiento informado; hojas de alta voluntaria; informes quirúrgicos; de parto; de anestesia; de exploraciones complementarias; y de anatomía patológica. Eso sí, a los diez años de fallecer el paciente se podrá destruir toda su documentación clínica, al igual que la historia clínica sin ningún movimiento durante quince años. ■

> OSASUNGOA EUSKALDUNTZEKO ERAKUNDEA

OEEren Osasun Biltzarra: Haurtzarotik Gaztarora...

OEE, Osasungoa Euskalduntzeko Erakundeak maiatzaren 10 eta 11n, Iruñean, 23. Osasun Biltzarra egingo du, Haurtzarotik Gaztarora izenburupean.

Biltzarrak haurtzarotik gaztarorako aztergaiak landuko ditu Iruñeko NUPEko Osasun Ikasketen Unibertsitate Eskolan hiru mahai-ingururen bidez: Etorkizuneko osasuna sustatzen; Zer du nire seme-alabak; eta Konponbide bila. ■

> LIBRO

El otro deporte

El deporte puede ser una herramienta poderosa para la formación integral de la persona, en especial de los niños y jóvenes. Así lo afirma José Manuel González Aramendi editor de *El otro deporte / Bestelako kirol hori* de la colección *Cuerpo y espíritu / Gorputza eta arima* recientemente publicado por la Fundación Oreki. González Aramendi es especialista en Medicina de la Educación Física del Deporte y profesor asociado del departamento de Fisiología de la UPV-EHU.

El libro, sin pretender hacer una crítica de los medios de comunicación, recoge el deporte que no sale en los periódicos. Así el libro versa sobre ética y deportividad; formación humanista; cooperación a través del deporte y los mensajes de distintos deportistas COMO Richard Oribe, Maialen Chourraut o Naroa Agirre, entre otros. ■



PACO ETXEBERRIA, ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL Y FORENSE



Paco Etxeberria, junto a parte de su equipo, procede a analizar algunos de los restos extraídos.

© Postigo

«LA UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA ES UNO DE LOS MAYORES ÉXITOS EN LOS QUE ME HE VISTO IMPLICADO»

Francisco Etxeberria Gabilondo (Beasain, 1957) es especialista en Medicina Legal y Forense, profesor titular de esta materia en la Universidad del País Vasco y presidente de la Sociedad de Ciencias Aranzadi. Desde el año 2000, participa activamente en la exhumación de fosas de personas asesinadas y desaparecidas durante la Guerra Civil española y el franquismo. El diario El País lo ha reconocido como uno de los cien personajes del 2012 por el vuelco que dio a la investigación judicial en el caso de los niños Ruth y José Bretón.

LUPE CALVO ELIZAZU

Enhorabuena. Ha sido reconocido como uno de los cien personajes del año por El País.

No es ningún record, pero es ya el segundo año.

Las dos veces destacando su faceta de antropólogo forense.

Sí.

¿Cuál es el trabajo de un antropólogo forense?

Tradicionalmente esta disciplina ha estado en manos de los biólogos y ha sido más infrecuente que los médicos se hayan acercado a ella, pero desde la medicina podemos y debemos establecer las causas de la muerte. Y en este ámbito, me he dedicado al estudio de las lesiones, la patología que normalmente se encuentra en el hueso, en tejidos completamente degradados, desvitalizados, etc.

¿Cómo surge su interés por la medicina y la antropología forense? Porque creo que en su familia no había médicos.

Yo tenía unos primos algo mayores que yo que estudiaban medicina y recuerdo muy bien cómo en nuestra familia –de clase trabajadora– se veía como algo importante que mis primos fueran a la universidad. Notaba que en mi familia, sin suficientes medios económicos, se valoraba como una cosa exitosa que se pudiera llegar a la universidad.

¿Y el salto a la medicina legal?

Finalizando la carrera vi que algunas especialidades médicas no me gustaban y que las disciplinas médico-sociales, como la salud pública, la medicina preventiva y la medicina forense, me gustaban más. Me inquietó más lo forense por ser un espacio más desconocido. De hecho, me considero bastante atípico, de joven, por ejemplo, yo iba al monte, pero no a subir a la cumbre sino a meterme en las cuevas.

La primera consulta se la hice al doctor Iñaki Barriola, presidente del Colegio de Médicos y uno de los promotores de los estudios universitarios en Gipuzkoa, con quien una comisión de alumnos de Valladolid, de la que yo formaba parte, hizo gestiones para montar aquí una

unidad docente de medicina vinculada a la universidad.

Al acabar la carrera le fui a consultar por el tema de la medicina forense. Me dijo que estaba mal organizada, con poca formalidad, ninguna credibilidad... y casi me desanimó. Pero, creo que vio que yo tenía interés y, por esa influencia y por la de alguna persona más me llamaron de la Audiencia Provincial al poco tiempo.

¿Qué relación tenía con los jueces?

Ninguna, pero de un día para otro me hicieron una entrevista que parecía un interrogatorio. Me sometieron a una serie de preguntas: qué pensaba de la vida, por qué me atraía lo forense, etc., y me dijeron: “¿Quiere empezar a trabajar este viernes?”. Y ese viernes estaba de guardia como médico forense. Era un tiempo en el que no había mucha gente que quisiera ser forense y en Gipuzkoa estábamos tres o cuatro.



La medicina forense se caracteriza porque debe ser demostrativa de aquello que se sostiene

Tampoco ahora, a la vista de los datos....

La preparación de un médico consiste en saber establecer un diagnóstico para poner un tratamiento. Y la medicina forense no está en ese espacio; no establece el diagnóstico con objetivos terapéuticos, sino que establece diagnósticos para hacer inferencias de interés médico-legal en asuntos que administrativamente o judicialmente se están discutiendo. En la Facultad intentamos detectar a quienes tienen verdadero interés, porque hay que tener en cuenta que si optas por el espacio forense no tienes retorno. Alguien podría hacer psiquiatría o traumatología y cambiar hacia lo forense. Pero al revés es imposible. Y el alumno lo sabe.

Su informe sobre la desaparición de los niños de Córdoba dio un vuelco total a la investigación. ¿Cómo pudo ser que nadie hubiera detectado el error? ¿Qué pasó?

Es difícil comprender qué ocurrió, teniendo en cuenta la seriedad con la que se estaba llevando la investigación y el esfuerzo tanto de personas como de medios disponibles. Lo que vino a ocurrir es que una persona se equivocó completamente por falta de conocimientos. En cualquier otra especialidad médica se habría considerado un problema de negligencia profesional con riesgo de inhabilitación. Seguramente esa persona se equivocó porque aunque es médico, en el terreno forense no tiene la especialización que ha de requerirse para un asunto de tal envergadura. Antes que ella intervino un forense de Córdoba que dijo que no sabía si los restos eran humanos o no y la policía propuso llevar a esta experta del laboratorio de Madrid que se equivocó y cerró la puerta del caso.

En cambio para usted ha sido el informe más fácil de los que ha realizado en su vida....

Exactamente. Para mí ha sido muy fácil poder asegurar en menos de un minuto, fuera de toda duda razonable, que esos restos son humanos. Luego había que ponerlo por escrito en un informe pericial, porque la medicina forense se caracteriza porque debe ser demostrativa de aquello que se sostiene y para ello se necesitan argumentos técnicos y científicos.

¿Cómo lo vivió?

Fue una dosis de emoción, si tenemos en cuenta que mi hija estudia medicina y le enseñé alguna de las fotografías. Empecé a intervenir porque una persona allegada al caso me consultó algunos aspectos. Me contó que había una hoguera rectangular donde el padre de los niños decía haber quemado ropa de mujer. Recuerdo que le dije que si era así tenían que aparecer enganches metálicos y botones porque en la ropa de las mujeres, más que en la de los hombres, hay enganches metálicos. Se quedó blanco y me dijo: “No hay nada de eso”. Entonces, ¿por qué ha dicho que ha quemado ropa? Cuanto más hablaba, más me parecía que merecía revi-

sarse el asunto entero. Además, viendo una fotocopia de una fotografía me pareció que había una vértebra humana.

El juez ordenó a la policía que me enviaran las fotos originales. A la cuarta foto ya no tenía ninguna duda. Se lo dije y posibilitó que yo fuera a la sede de la policía en Madrid. Me llevé dos esqueletos de niños para hacer la comparación y poder demostrarles lo que indicaba. Nuestra intervención no puede ser subjetiva, y no lo es si tenemos los conocimientos apropiados.

Fuera de aquí también es conocido por las exhumaciones de fallecidos

durante la guerra y el franquismo que llevan a cabo desde el año 2000. ¿Cómo surgieron estas primeras exhumaciones?

Un nieto de un desaparecido dijo en su pueblo que, o ponían la lista de todos los muertos, o quitaban la lista de los de un lado. Le dijeron que su abuelo estaba enterrado en las afueras del municipio. A nosotros nos avisó una doctora en antropología de la Universidad de León porque calculó que si eran víctimas de la Guerra Civil tendrían lesiones traumáticas por arma de fuego. Se inauguró así la primera exhumación con un equipo científico al frente de la tarea, porque hay que recordar que cuando murió

Franco ya se hicieron exhumaciones, pero aquello se cortó en el año 1981.

¿Por qué?

Por el golpe de Estado de Tejero. En los años 1978, 1979, 1980 se hicieron exhumaciones en Oiartzun, Antzuola, Bergara y más sitios, pero sin metodología. De aquello no quedan informes. No hay un registro. No hay un documento pericial.

Entiendo que esas personas, entonces, no están identificadas.

No. Aquello tenía un valor simbólico; algo que todavía se produce hoy. Tal y como dijo un familiar, "Aunque solo sea por no dejarlo en el lugar donde fue abandonado por sus asesinos, lo voy a sacar". Esa frase ha adquirido mucha fuerza, ha llevado a un debate en el parlamento, a la incompreensión de algunas personas...

¿Por qué ha levantado tantas ampollas cuando es algo tan lógico?

Por miedos.

¿Miedo a qué?

Miedo a que se vaya más allá de la simple reivindicación de la injusticia. La dictadura no duró doce años, duró mucho más. Y cuando parece que estamos saliendo de la dictadura algunas cosas empiezan a modificarse, pero esta era una de esas cuestiones que bajo ningún concepto se podía tocar porque evidenciaba la gran injusticia que se produjo con personas que no murieron en ninguna guerra, sino que fueron asesinadas en actos de venganza. Con la legislación actual serían crímenes contra la humanidad.

Del 2000 al 2013 Aranzadi ha abierto bastantes fosas, pero todavía siguen en ello. Mañana mismo [la entrevista se realizó el 1 de febrero] van a Asturias. ¿Tienen el lugar localizado? ¿Cómo...?

Salimos esta misma tarde. Es una zona de montaña donde quedaron enterrados muchos soldados vascos. Murieron prácticamente el batallón entero y fueron enterrados en un prado que llaman "el prado de los vascos". El sitio lo conocemos, pero todavía no hemos encontrado las fosas y no sabemos si los ochenta soldados están en el mismo sitio o dispersos.

Las últimas exhumaciones las hemos hecho en Bera de Bidasoa donde sola-



Paco Etxeberria al recibir el premio 'Gipuzkoa Giza Eskubideak 2006' de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

© JM Pemán

mente hemos encontrado a siete de las 130 personas que allí mataron. Eran guipuzcoanos presos en la cárcel de Ondarreta de donde los sacaron para ser fusilados en Bera. Aquello ha cambiado tanto que solamente hemos encontrado dos fosas. ¿Para qué ha servido? Para reconocer que esa historia era verdad; para que el ayuntamiento haga algún acto de reconocimiento, y para que no se pierda y quede acreditado con los informes técnicos que estamos haciendo en el laboratorio. Se trata de oficializar la verdad.

¿Es solo Aranzadi y la UPV/EHU quien está llevando a cabo esta labor?

No. Nosotros hemos sido casi pioneros porque estábamos preparados para poderlo hacer. Hay mucha gente que nos pregunta: ¿Por qué empezaron con esto? Es muy sencillo, porque teníamos la diversidad de técnicos necesaria para hacerlo seriamente y además la conciencia de que había que hacerlo. A partir del año 2000, han ido creciendo los equipos, la mayoría bajo nuestra dirección y coordinación. Pero ha habido sitios en los que gente preparada no se atrevía a hacerlo por temor a algún tipo de reproche.

¿Ustedes han recibido reproches?

No. Nosotros hemos superado las reticencias mediante el diálogo. Lo hemos demostrado en un sinfín de localidades donde, en el primer momento, podían decir: “¡A saber estos qué querrán!”. Y cuando han visto de qué se trataba, incluso quienes estaban en contra, han dicho: “Eran vecinos de nuestro pueblo, es lo mínimo que se podía hacer”.

¿Se puede hacer más de lo que se está haciendo?

Claro. Cualquier víctima, en el pasado, en el presente y en el futuro, tiene tres derechos universales: a la verdad, a la justicia y a la reparación. Como técnicos (seamos traumatólogos, radiólogos, estomatólogos, genetistas, historiadores, documentalistas o topógrafos) debemos trabajar para generar información que permita conocer la verdad. Luego vendrán la justicia y la reparación. Es una actitud de civismo.

En alguna ocasión ha dicho que no recuperan esqueletos, sino personas.

Vemos que son personas que tuvieron



Los alumnos, cuando finalizamos la tarea, nos dicen que ha sido una experiencia muy valiosa para entender las tragedias por su contenido humano

sentimientos, ideales, que los mataron por algo, y que tenían familias que también se han convertido en víctimas. Los alumnos, cuando finalizamos la tarea, nos dicen que ha sido una experiencia muy valiosa para entender las tragedias por su contenido humano.

También ha sido miembro –no sé si lo sigue siendo y si ya han finalizado el proceso– de una comisión dedicada a investigar los casos de víctimas durante la dictadura de Pinochet. Allí parece que lo tienen más asumido...

El proceso continúa y en abril vuelvo a Chile, en este caso para investigar la muerte de Pablo Neruda. Allí entienden mejor este asunto porque quienes sufrieron la represalia fueron los actuales líderes de la sociedad chilena, no sus padres.

¿Cuál es su trabajo en esta comisión?

El equipo del Servicio de Medicina Legal chileno se refuerza con nuestra presencia como peritos internacionales en la causa. Como médico, soy uno de los que genera los informes concretos de causa de muerte. He hecho el informe de la causa de muerte de Salvador Allende, Víctor Jara y cientos de asesinados más.

También se han metido de lleno con la gente que fue ajusticiada con condena firme, pero cuyos restos no se entregaron a las familias. Hay centenares de casos donde el ejército se ocupó de hacer el entierro y la familia no tuvo la oportunidad de recibir el cuerpo.

Otro tema que también nos toca de cerca es el de las adopciones irregulares, popularmente conocido como los bebés robados. En

Gipuzkoa se han realizado hasta el momento siete exhumaciones. ¿Qué resultados tenemos? ¿Cómo está el tema?

Al principio, cuando surgió la cuestión, entendí a quienes hacían la reclamación y pensé que había un fondo de verdad con alguna importancia relevante. Cuando empezamos a ponerle detalle, vi que las cosas eran distintas, que en los medios de comunicación se estaban dando unas explicaciones que no coincidían con la realidad de la investigación que está muy bien hecha por la Ertzaintza, por el Instituto Vasco de Medicina Legal y por los fiscales. Llegó un día en que empecé a pensar que las cosas no coincidían. Cuando escuché que aquí en los años 70 se moría uno de cada tres niños nacidos, no pude más. Pero, no por corporativismo, sino porque eso demuestra no tener ni idea de qué se está hablando.

Tras la primera exhumación realizada en Polloe, la noticia fue que no había nada en el féretro. Yo me lo creí. Fueron pasando los días y fui sabiendo que no era exactamente así. En la segunda exhumación realizada en Itsasondo también se dijo que el féretro estaba vacío cuando el asunto era distinto. Yo me pregunté que cómo podía ser aquello. A partir de ahí empecé a poner una distancia crítica que me ha llevado a que me hayan insultado gravemente.

No tengo ni idea si se han producido irregularidades respecto a niños que pudieron ser entregados en adopción, pero lo que es increíble es decir que en un hospital de esta importancia [se refiere al Hospital Universitario Donostia] se robaban niños. Es no saber, ni siquiera, cómo funciona el hospital.

He de decir que me ha sorprendido la falta de respuesta de las instituciones sanitarias y los poderes organizados en el campo médico. Se ha intervenido tarde y mal y, en mi opinión, ha sido claramente injusto para los profesionales que han ido al Juzgado desamparados.

¿Qué se tenía que haber hecho?

Tenían que haber pedido una reflexión a las sociedades científicas que reúnen a los neonatólogos y pediatras, por ejemplo. Debían haber tenido una presencia pública sin desvelar información confidencial de las historias clínicas y explicar cómo se organizaban esos

servicios. Lo que la opinión pública ha pensado es: "si los médicos no han dicho nada es porque saben que todo es verdad".

¿Por qué se ha hecho tan grande la bola?

Porque ha ido creciendo sin que nadie la contuviera. La primera vez que se empieza a poner en su sitio es cuando voy a la comisión del Parlamento Vasco donde dije lo que pensaba y se organizó un lío enorme.

También la Diputación de Gipuzkoa se ha puesto a investigar y lo va a hacer a través de Aranzadi, ¿no?

La Diputación, ante las adopciones gestionadas en Fraisoro –miles durante todo el tiempo que duró– se plantea cómo se tendrían que haber hecho las cosas teniendo en cuenta la legislación anterior, por lo que ha pedido un informe a la Sociedad de Ciencias Aranzadi. Dicho informe será realizado por Laura Pego, abogada, miembro del Instituto Vasco de Criminología y autora del único libro sobre la cárcel de mujeres de Saturrarán, y Eva García, historiadora y autora de un libro sobre Fraisoro. Con toda intención he querido que fueran dos mujeres.

Aparte de todos estos casos tan mediáticos, ¿cuál es el día a día al que se enfrenta un médico forense?

Afortunadamente, se ha creado el Instituto Vasco de Medicina Legal que ha posibilitado la incorporación de profesionales formados que trabajan en equipo y con arreglo a protocolos. Además, la medicina forense tiende a especializarse en tres ámbitos: la psiquiatría forense, la patología forense y la traumatología forense. Esto significa que quienes optan por la psiquiatría forense se dedican a la valoración de la problemática psiquiátrica, consumo de drogas, alcoholemias, etc.; y quienes hacen patología forense dedican todo su tiempo en las autopsias y estudios complementarios. No es como antiguamente que un día hacías una autopsia, otro un reconocimiento psiquiátrico, al siguiente una agresión sexual...

Ahora la vida de un médico forense, dependiendo de en cuál de estas ramas esté ubicado, puede ser algo distinta. En todo caso, hay unos ritmos que son las guardias (siempre hay varios médi-

cos forenses de guardia para cualquier incidencia que se plantee en Gipuzkoa). Y está la rutina de todos los días en que algunos ven a sujetos vivos, con lesiones por agresión, accidentes... y las autopsias que en Gipuzkoa se hace una al día de media.

Antes de acabar, ¿Qué supone tener esta Unidad Docente en la que estamos y que ha mencionado al principio de esta entrevista?

¡A veces creo que es uno de los mayores éxitos en los que me he visto implicado! Hace unos días un periodista me preguntó por lo más relevante en los últimos 30 años de la historia del País Vasco y para mí un hito fundamental es la creación de una universidad pública. Es casi inconcebible pensar que en otro tiempo no había universidad pública. ¿Podríamos seguir siendo serios, en el siglo XXI, careciendo de una universidad?! Me parece de una importancia terrible para el progreso del conocimiento y en beneficio de toda la sociedad. No todo el mundo podría ir a estudiar a una universidad lejana.

Para el ámbito médico también ha significado muchísimo. Cuando llegamos a montar la unidad docente de medicina en Gipuzkoa prácticamente no había más que dos o tres médicos con la tesis doctoral hecha. Desde que existe la UPV/EHU son muchos más los profesionales que también se han preocupado por la parte académica.

Además, la universidad pública del País Vasco optó por no crear hospitales clínicos universitarios y aprovechar los hospitales que ya existían, donde están los mejores profesionales, que son quienes tienen que ser llamados a impartir la docencia. Me impresiona que pueda venir a dar clase un profesor que esa mañana, en el hospital, ha salvado dos vidas. ¡Ese profesor es un lujo! (enfatisa). Asimismo, esta unidad acaba de firmar un convenio para que los alumnos, además de en Osakidetza, hagan prácticas en Onkologikoa, Fundación Matía, y el Centro asistencial Pakea.

Los alumnos que yo veo en sexto de medicina son brillantes y para nosotros es un lujo darles clases. Una de las cosas más importantes que he aprendido en la universidad es algo que nos dijo el profesor Miguel Echenique cuando

Francisco Etxeberria Gabilondo (Beasainen, 1957. urtean jaioa), bigarren urtez, urteko pertsona ospetsua izendatu du El País egunkariak. Espainiako gerra zibilaren ondorioz desagertuta dauden gorpuak bilatzen egindako lanagatik izendatu zuten iaz. Aurten, berriz, Kordoban desagertuta zeuden Ruth eta José Bretón anai-arrebak aurkitzeko polizia zeraman ikerketa hankaz gora jartzeagatik.

Elkarrizketa honetan aitortu duenez, Bretón-en etxearen inguruan kiskalita aurkitutako hezurrak gizakiarenak zirela minutu batean antzeman zuen. "Gero idatziz jarri behar nuen, auzitegiko medikuntzaren ezaugarria hori baita, esaten duzun hori frogatzea, eta horretarako argudio tekniko eta zientifikoak behar dira", dio.

Donostian ikasketak amaitu zituenetik auzitegiko medikuntzan dihardu Etxeberriak eta Euskal Herriko Unibertsitatean medikuntza legaleko irakaslea da.

Gipuzkoan unibertsitate publikoa izatea azken urteotako aurrerapausorik garrantzitsuenak da beretzat: "Pentsaezina da beste garai batean unibertsitate publikorik ez genuenik!" eta harro dago Donostian medikuntzako irakaskuntza unitatea martxan jartzan lagundu zuelako.

yo era estudiante y que yo repito a mis alumnos: "La misión de cualquier médico es la asistencia, la docencia y la investigación. Sean ustedes médicos en un ambulatorio, o estén trabajando en un hospital, da igual qué especialidad médica, da igual en qué momento de su vida estén, tienen que cumplir estos tres espacios. No puede haber médicos que no aspiren a la asistencia, a la docencia y a la investigación, por modestas que algunas de estas tres cuestiones sean". El equilibrio psicológico y mental de un buen profesional de la medicina es conseguir que estas tres cuestiones estén en funcionamiento. ■

MARIBEL MENDIBURU: «CUANDO UN CLÍNICO TE PIDE ALGO, ES FUNDAMENTAL ENTENDER LA PREGUNTA QUE TE HACE»

El Hospital Universitario Donostia cuenta con un servicio de Admisión, Archivo y Documentación clínica, esta última encargada de gestionar y organizar la información sobre la patología que presentan los pacientes ingresados en dicho centro, así como las intervenciones (y otro tipo de procedimientos) a los que son sometidos. Desde su inicio, la Dra. Maribel Mendiburu ejerce su actividad en este área que, en su opinión, merece ser mejor conocida y utilizada.

LUPE CALVO ELIZAZU

¿La documentación médica es una especialidad como tal?

Formalmente la especialidad no está establecida, al igual que ocurre en otras especialidades no oficiales: Urgencias, Medicina forense... Pero, desde finales de los años 80, se crean plazas con perfiles definidos para realizar tareas específicas y diferenciadas dada la carencia de información que existía en los hospitales sobre qué tipo de pacientes atienden, qué actividad realizan sobre ellos, cuáles son los resultados, si son mejorables y cuál es su coste. Por todo ello, se crean plazas de médicos cuya tarea será enfrentar este reto.

Su misión consiste en proporcionar información clínica a sus 'clientes', que esta sea veraz, completa y que responda a necesidades específicas. En el hospital son fundamentalmente los mé-



La doctora Mendiburu en su puesto de trabajo en el servicio de Admisión, Archivo y Documentación clínica del Hospital Universitario Donostia.

cos los que precisan información para tratar a los pacientes, analizar cómo han evolucionado, realizar sus estudios clínicos y, también, poder incorporar medidas de gestión en sus servicios.

¿Qué es la información clínica?

Es la información que se refiere a aquellas enfermedades, procedimientos, intervenciones, etc. que ocurren a los

pacientes durante su ingreso hospitalario o ya presentaban. Es de especial importancia que la información se registre de forma normalizada, de modo que a cada enfermedad le corresponda un código, por lo que cuando un enfermo recibe el alta todo su proceso se convierte en x número de códigos. De la suma de estas 'fotos' individuales se construye la base de datos de la que

luego se podrá extraer la información pertinente.

¿Qué uso se le da a esta información y quién la utiliza?

Sirve para un sinfín de cosas y tiene muchos usuarios, por eso es muy importante tener en cuenta que utilizamos una clasificación de enfermedades de uso mundial como es la CIE-9-MC, traducción oficial de ICD-9-CM (International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification) publicación de la OMS para la codificación de morbilidad en los hospitales. El objetivo es que cualquier enfermedad, por ejemplo una neumonía, se codifique igual aquí que en cualquier otro país. De cara a estudios clínicos básicos, podemos proporcionar al servicio que lo necesita, por ejemplo, toda la patología atendida relativa a hemorragias digestivas con datos correspondientes a todos los servicios, no sólo el suyo. Por otra parte, la información se envía tanto a Osakidetza como al departamento de Sanidad del Gobierno Vasco para que la incluyan en una gran base de datos de toda la Comunidad Autónoma del País Vasco que, a su vez, la envía al Ministerio de Sanidad donde se compara con otras bases de datos europeas, americanas....

Al nivel estatal puede interesar, por ejemplo, si la incidencia de determinadas enfermedades es la misma en las diferentes comunidades, o si en el infarto agudo de miocardio se hace la misma cirugía en los distintos hospitales. Gracias a los datos facilitados por los hospitales y a través de la web del Ministerio de Sanidad se puede acceder a datos básicos de mortalidad perinatal, mortalidad puerperal, mortalidad general, complicaciones...

El Departamento de Sanidad utiliza la información, básicamente, para asignar recursos y determinar las políticas que pueden interesar en un momento u otro. También se comparan los hospitales de la comunidad para ver si hay diferencias entre unos y otros en cuanto a la forma de actuar sobre diferentes patologías y sus resultados.

Dentro de los hospitales, el uso básico es clínico, para tesis doctorales, asistencias a congresos... Además, un determinado servicio puede querer saber



Cuando comenzamos con la codificación, en 1993, fue cuando empezó a haber información en el hospital

cuántos de los enfermos ingresados han tenido un tipo de complicación, o cómo han evolucionado los pacientes después de instaurar técnicas quirúrgicas nuevas (intervenciones laparoscópicas, robótica, etc.).

Otro aspecto de la información clínica es su utilización para la gestión del hospital a través del programa GRD (Grupos de Pacientes relacionados por Diagnóstico) que trata de calcular el coste de la atención hospitalaria en función de los procesos atendidos, en base a datos administrativos como la edad, el sexo, los días de ingreso, la enfermedad que determinó su ingreso y la patología acompañante que puede convertir una patología banal en un proceso largo y complejo.

Cuando un clínico te pide algo es fundamental entender la pregunta que te hace, que sepas en qué está trabajando, de ahí la necesidad de que este trabajo lo realice un médico. Conociendo el lenguaje, lo que buscan y la manera en que los diagnósticos se plasman a través de códigos hay que contestar de una manera eficiente, pues al médico no se le pueden dar 3.000 casos para que los revise. Si esto ocurriera hay que hablar con el médico para que el resultado sea el más apropiado.

¿Cuánto tiempo necesitaron para poner en marcha la unidad?

Fue un trabajo muy progresivo. Primero se puso en marcha el archivo centralizado, luego unificamos la historia, después implantamos la historia nueva con documentos y formato específicos. Más tarde el informe de alta y ya en 1993 comenzamos con la codificación que fue cuando empezó a haber información en el hospital (y también en el país!), pues en la práctica hasta entonces ni

el hospital ni los gestores sanitarios sabían, por ejemplo, cuántas neumonías, gastroenteritis o dolores precordiales ingresaban.

Actualmente, mi trabajo se realiza sobre los pacientes que se han atendido desde el año 1993 (ingresados) y las peticiones que recibo son variadas: patología rara, malformaciones intervenidas, complicaciones de tratamientos habituales, mortalidad en diversos procesos, reingresos en pacientes según su patología, patología emergente.... Comprender lo que realmente necesita el solicitante y conocer cómo se ha trasladado esto a códigos, replantear en base a ello la petición es ahora mi tarea y en la que mi condición de médico, así como los conocimientos que he tenido que adquirir en tratamiento de bases de datos y estadística, forman mi 'mochila' profesional de médico documentalista.

¿Cómo una médico intensivista acaba en el departamento de documentación?

Hablamos de hace muchos años, no se pueden comparar las condiciones en las que trabajábamos entonces, precarias en camas, instalaciones, personal médico y de enfermería, las técnicas de diagnóstico por imagen eran muy primitivas, las horas de trabajo semanales en ocasiones eran superiores a 90, guardias en las que estabas solo. En fin, jera una época dura! Se convocó una plaza a concurso a nivel nacional, y yo, que estaba en el comité de Historias Clínicas, era consciente de las necesidades que existían en el campo de la documentación clínica. Así que eché los papeles, me examiné, saqué la plaza y así empezó mi nueva vida profesional.

¿Se ha arrepentido alguna vez del cambio?

En decisiones importantes siempre hay cosas que pierdes y echas en falta, en mi caso el trato con el enfermo. Pero he tenido ocasión de ver la medicina y el hospital desde otro lado. He aprendido cosas que nunca hubiera pensado que fuera a aprender, mis compañeros son ahora, además, mis 'clientes' y tengo la esperanza de haber enseñado algo a las personas con las que he trabajado. Además, dejar una especialidad tan absorbente permite dedicarte a otras actividades de la vida con mayor serenidad. ■

HIZKUNTZA ESKUBIDEAK BERMATU, OSABIDE EUSKARAZ

Osakidetza Euskal Autonomia Erkidegoan osasun publikoa kudeatzen duen erakundea da, guztionak. Osakidetzan, beste edozein osasun sistematik bezala, lehen mailako arreta guztiz garrantzitsua da; kontsultategi eta anbulatorioetan egiten da hau, eta administrari, erizain eta familia medikuek burutzen dute. Lehen mailako arretan dihardugun administrari, erizain eta medikuok Osabide programa informatikoa erabiltzen dugu egunerok, pazienteen historia klinikoa delakoa sortuz eta garatuz: diagnostikoak, tratamenduak eta preskripzioak, ezgaitasun iragankorreko parteak, bilakaera orriak, ekintza prebentiboak... hauek guztiak Osabiden erregistratzen ditugu. Azken batean, pazienteen osasun arretaren adierazgarria eta agiria, eguneroko harremanak bideratzen dituzten dokumentuak. Programa informatikoa hau erderaz dago; hortara, lan hizkuntza erdaraz da, eta zoritxarrez euskarak ez dauka tokirik.

Osakidetza Kontseiluak 2005eko maiatzaren 27an Euskara Plana onartu zuen, gure erakundean eta azken batean osasun publikoan euskararen erabilera normalizatzeko asmoz. Plan hau «*herriar guztien hizkuntza eskubideak babesteko, gure gizarteak adierazitako nahiari eta berariaz eskatutakoari egoki erantzunez*» asmoarekin sortu zen. Euskara planaren lehenengo helburuetako bat euskara lan hizkuntza bezala bultzatzea da, eta bere lehenengo atalean (Osakidetza euskara planaren helburu orokorrak) horrela dio: «*Zerbitzu-erakundeek hizkuntza ofiziala ahoz eta idatziz erabiltzeko jarraibideak ezarriko dituzte, euskara lan hizkuntza izateko behar diren baldintzak betetzen dituzten unitate sanitarioetarako edo administrazio unitate edo orokorretarako.*» (1.3 atala, Euskara lan hizkuntza). Planari jarraituz, 4. atalean (Euskararen

Osabide programa informatikoa erdaraz dago; hortara, lan hizkuntza erdara da, eta zoritxarrez euskarak ez dauka tokirik

erabilerako irizpideak), eta hain zuzen hirugarren puntuan (4.3. aplikazio informatikoak eta beste hainbat baliabide) programa informatikoa ere kontuan hartzen dira, eta horrela adierazten du: «*Bestalde, baliabide teknikoak eskuratzeko modua egonez gero, Osakidetza jardueraren sanitario eta administratiboari eusten dioten tresna informatiko espezifikoek bi hizkuntza ofizialetan jarduteko aukera eman beharko diete erabiltzaileei.*»

Plan honek sei urteko iraupena eta bi ebaluazio zehaztu zituen, lehenengoa 2009an burutu zelarik. Osakidetza Euskara Zerbitzuko Giza Baliabideetako Zuzendaritzak, 2009ko irailaren 19an 2005-2011ko Euskara Planaren Ebaluazio Partziala argitaratu zuen, eta bertan lehen mailako arretaren garrantzia azpimarratzen du: «*...horregatik eman behar die lehentasuna Planak lehen mailako atentzioko zerbitzuei, hain zuzen ere herriarrendandik hurbilago daudelako eta herriarrendaren eguneroko bizitzarekin lotura handia duelako.*» Eta argi eta garbi adierazten du Osabideren garrantzia, «*Osabide, laneko ohiko baliabidea izanik, euskararen erabilera normalizatzeko eta herriarrendaren eskubideak bermatzeko funtsezko tresna*» gisa aurkezten baitu. Baina ez da behar bezala kudeatu: «*Guztiarekin ere, ez da aurrera egin Osabiden hizkuntza-lehentasunaren erregistroa egokitu eta abiarazteko*» edo aurrerago tresna informatikoei eta laguntza logistikoei dagokienez, erakundeak, oraindik, Osakidetza euskara planak proposatutako hel-

buruetatik oso urruti daude. Lan tresna honen hobekuntza lehentasuna delazioen Euskara Planaren Ebaluazio Partzialaren txostenak duela hiru urte.

Onartu behar dugu euskararen erabilpenaren normalizazioan aurrerapenak lortu direla, baina ez da nahikoa. Gaur egun, Osakidetza ez dira pazienteen zein langileon hizkuntza eskubideak bermatzen. Alde batetik, euskaraz lan egiteko eskubidea daukagu Osakidetza euskaraz langileok; bestalde, pazienteek euren historia klinikoa euskaraz edukitzeko eskubidea daukate. Hau guztia kontuan hartuta, Osabide programa informatikoa euskaraz eskaintzea Osakidetza egin beharra da, orain arte bete izan ez dena. Beraz, hau sinatzen dugunok Osakidetza euskaraz bete dezan eskatzen diogu, eta hiritarrei helarazten diegu gure eskakizuna.

Testuarekin bat egin dute, besteak beste:

Leire Agirrezabala, Maite Alvarado, Alicia Alvarez, Zorione Amesti, Garbiñe Apraiz, Eva Arregi, Imanol Arruabarrena, Karmele Azkarraga, Koldo Baez, Marta Barandiaran, Oihane Bidaguren, Juan Cristobal Ibarra, Jose Manuel Diaz, Jose-lu Elempuru, Olatz Gandarias, Andres Euzgenio Garcia, Juan Antonio Garcia, Jon Gezuraga, Jon Koldobika Gil, Sandra Henales, Ignacia Idarreta, Donetz Iradi, Alberto Izaguirre, Ziortza Jaka, Erlantz Larraskitu, Mikel Lekuona, Irune Lizardi, Jose Mari Lizaso, Maitane Lertxundi, Leire Martija, Cesar Mikelez de Mendiluze, Aitor Montes, M^aJesus Milagros Múgica, Joaquina Nogales, Xabier Onaindia, Arantza Orthous, Amaya Oyarbide, Xabier Perez, Ane Sagardia, Blanca Saitua, Leire Sanz, Patxi Xabier Txakartegi, Go-tzon Villaño, Coro Zabaleta, Mikel Zarate, Aitziber Zubeldia, Isabel Zubeltzu, eta Karlos Zubiria. ■

Lehen sorospenak (II)

J

–Jeringa estéril

Xiringa esteril

–Jeringas desechables

Erabili eta botatzeko xiringak

L

–Lagrimo

Malko-jario

–Lateralizar la cabeza

Burua albo baterantz jiratu

–Latidos por minuto; lat/min

Taupadak minutuko; t/min

–Latigazo cervical

Lepoko zartada

–Lavado de ojo a presión

Presiozko begi-garbiketa

–Lavado por arrastre

Arrastatze bidezko garbiketa

–Lavar la herida

Zauria garbitu

–Lesión cervical

Lepoko lesio

–Lesión lumbar

Gerriko lesio

–Lesión superficial

Azaleko lesio; lesio azaleko

–Lesiones asociadas

Lesio elkartuak

–Lesiones de origen traumático

Jatorri traumatikoa duten lesioak

–Lesiones en la columna vertebral

Lesioak bizkarrezurrean

–Lesiones internas

Barne-lesioak

–Lesiones medulares

Orno-muineko lesioak

–Lesiones no visibles

Ikusgai ez dauden lesioak

–Lesiones por calor

Beroak eragindako lesioak

–Lesiones por cuerpos extraños

Gorputz arrotzek eragindako lesioak

–Lesiones por frío

Hotzak eragindako lesioak

–Lesiones producidas por electricidad

Elektrizitateak eragindako lesioak; argindarrak eragindako lesioak

–Letal

Hilgarri; heriotza ekar dezakeena

–Limpiar la zona con un antiséptico

Inguruko zona antiseptiko batekin garbitu

–Línea media del abdomen

Sabelaren erdiko lerro

–Lipotimia

Lipotimia

–Lividez

Ubeltasun

–Llamada a emergencias (112)

Larrialdi-zerbitzura deitu (112)

–Llenar los pulmones de aire

Birikak airez bete

–Localización de la quemadura

Erreduraren lokalizazio

–Localizar el pulso

Pultsua lokalizatu

–Luxación

Lokadura

M

–Maniobra de elevación mandibular

Matrailer jasotzeko maniobra

–Maniobra de Heimlich

Heimlich-en maniobra

–Maniobra de hiperextensión cervical

Lepo-hiperestentsioko maniobra

–Maniobra de reanimación

Bizkortzeko maniobra; bizkortze-maniobra

–Maniobra de tracción mandibular

Matrailetik tiratzeko maniobra

–Maniobra frente-mentón

Kopeta/kokotsa maniobra

–Maniobras de extensión

Estentsioko maniobrak

–Maniobras de flexión

Flexioko maniobrak

–Maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP)

Bihotz-biriketako bizkortzeko (BBBko) maniobrak; berpizte kardiopulmonarreko maniobrak

–Maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas; técnicas de reanimación cardiopulmonar básicas

Bihotz-biriketako bizkortzearen oinarritzko maniobrak; bihotz-biriketako bizkortzearen oinarritzko teknikak

–Manta isotérmica

Manta isotermiko

–Mantener alineada la cabeza con la columna vertebral (posición neutra)

Mantendu burua bizkarrezurrarekin lerrokutua (posizio neutroan)

–Marca eléctrica de entrada

Sarrerako marka elektriko

–Marca eléctrica de salida

Irteerako marka elektriko

–Mareo

Zorabio

–Material de curas

Sendaketak egiteko material

–Maxilar inferior

Behoko masalezur

–Mecanismo de defensa

Defentsa-mekanismo

–Mecanismo de producción de una fractura

Haustura sortzeko mekanismo

–Medidas agresivas

Neurri agresiboak; neurri oldarkorrak

–Medidas preventivas

Prebentzio-neurriak

–Médula espinal

Orno-muin

–Minimizar las lesiones

Lesioak gutxitu

–Molestias abdominales

Sabeleko molestiak

–Mordedura de garrapatas

Akainen hozkada; kaparren hozkada

–Mordedura humana

Giza hozkada

–Mordeduras de animales

Animalien hozkadak

–Mordeduras de serpientes

Sugeen hozkadak

–Movilidad

Mugikortasun

–Movilización en bloque

Mobilizazioa blokean

–Movilizar

Mobilizatu

–Movimiento abdominal

Sabeleko mugimendu

–Movimiento respiratorio ineficaz

Arnas mugimendu ez-eraginkor

–Movimiento torácico

Bularraldeko mugimendu

–Movimientos oculares

Begi-mugimenduak

–Movimientos respiratorios

Arnas mugimenduak

–Mucosa nasal

Sudurreko mukosa

–Muerte por parada cardiorrespiratoria

Bihotz- eta arnas geldialdiagatik heriotza; bihotz- eta arnas geldialdiak eragindako heriotza

–Muerte súbita

Bat-bateko heriotza

–Muestra de vómito

Gorakoen lagin

–Muñón

Motzondo; muinoi

Lehen sorospenak (II)

N

- Náuseas**
Goragaleak
- Necrosis en los tejidos internos**
Barruko ehunen nekrosi
- Neumonía**
Pneumonia

O

- Objeto lesionante**
Lesioa eragiten duen objektu
- Objeto romo, sin aristas**
Objektu kamuts, ertzik gabekoa
- Objetos con aristas**
Ertzak dauzkaten objektuak
- Obnubilación**
Obnubilazio; buru-nahasmendu
- Obstaculizar la entrada de aire**
Airearen sarrera buxatu
- Obstrucción completa; obstrucción total**
Buxadura oso; buxadura total;
erabateko buxadura
- Obstrucción de las vías respiratorias**
Arnasbideen buxadura
- Obstrucción incompleta; obstrucción parcial**
Buxadura ez-oso; buxadura partzial
- Obstruir la vía aérea**
Arnasbidea oztopatu
- Ombiligo**
Zilbor
- Orden expresa de no resucitación**
Espresuki ez berpiztua izateko agindu
- Órganos internos**
Barruko organoak
- Órganos vitales (cerebro, corazón y pulmones)**
Organo bitalak (garuna, bihotza nahiz birrikak)
- Órganos vulnerables**
Organo zaurgarriak
- Orificio nasal**
Sudurzulo
- Origen de la intoxicación**
Intoxikazioaren jatorri
- Oxigenación de los órganos vitales**
Organo bitalen oxigenazio

P

- Paciente que está en parada**
Geldialdian dagoen paziente
- Pacientes hipotensos**
Paziente hipotentsoak
- Padecer una crisis**
Krisia jasan
- Palidez**
Zurbiltasun

- Palpitaciones**
Palpitazioak
- Parada cardiocirculatoria**
Bihotz- eta zirkulazio-geldialdi; gelditze kardiozirkulatorio
- Parada cardiorrespiratoria**
Bihotz- eta arnas geldialdi; bihotz- eta arnas gelditze
- Parada no presenciada**
Begiz ikusi gabeko geldialdi
- Parada respiratoria**
Arnas gelditze; arnas geldialdi
- Parálisis**
Paralisi
- Parálisis de las cuatro extremidades**
Lau gorputz-adarren paralisi
- Pauta completa de vacunación**
Txertaketa-pauta oso
- Peligro manifiesto y grave**
Arrisku larri eta nabarmen
- Peligro personal**
Norberaren arrisku
- Pellizco**
Atximur
- Perder el conocimiento**
Kordea galdu; konortea galdu
- Perder la consciencia**
Kontzientzia galdu
- Pérdida de conocimiento**
Konorte-galera; kordea galtze
- Pérdida de consciencia; estado de inconsciencia**
Inkontzientzia-egoera
- Pérdida de continuidad de un hueso**
Hezur baten jarraitutasuna eten
- Pérdida de visión**
Ikusmen-galera
- Perforar un pulmón**
Birika bat zulatu
- Perfusión tisular**
Ehunetako perfusio
- Periodo de relajación**
Erlaxazioko periodo; erlaxazio-fase
- Persona accidentada**
Istripua izan duen pertsona
- Persona afectada**
Erasandako pertsona
- Persona confusa y obnubilada**
Pertsona nahasi eta obnubilatu
- Persona consciente**
Pertsona kontziente
- Persona electrocutada**
Elektrokutatutako pertsona
- Persona herida**
Zauritutako pertsona
- Persona inconsciente**
Pertsona inkontziente
- Persona que no responde a estímulos**
Estimuluei erantzuten ez dien pertsona

- Personal especializado**
Pertsona espezializatu
- Personal sanitario**
Pertsona sanitario; langile sanitarioak
- Personas diabéticas**
Pertsona diabetikoak
- Personas obesas**
Pertsona obesoak
- Picaduras**
Ziztadak
- Picaduras de abejas y avispa**
Erle eta liztorren ziztadak
- Piel fría**
Azal hotz
- Piel pegajosa**
Azal likatsu
- Piernas flexionadas**
Zangoak tolestuta; zango tolestuak
- Pincelar la herida**
Zauria pintzelatu
- Pinchazos**
Ziztada-sentsazioak
- Pinzas esterilizadas**
Pintza esterilatuak
- Pliegues de extensión**
Estentsioko tolesak
- Pliegues de flexión**
Flexioko tolesak
- PLS; posición lateral de seguridad**
SAP; segurtasuneko albo-posizio
- Polifracturados**
Haustura anizkoitzak dituztenak
- Politraumatizado**
Politraumatizatu
- Ponerse de cuclillas**
Kokoriko jarri; pikotxean jarri
- Por vía digestiva**
Digestio-bidetik
- Por vía intravenosa**
Zain barnetik
- Por vía respiratoria**
Arnas bidetik
- Posición antiálgica de Fowler**
Fowler-en posizio antialgiko
- Posición anti-shock**
Shock-aren kontrako posizio
- Posición anti-Trendelenburg**
Trendelenburg-en kontrako posizio
- Posición de Trendelenburg**
Trendelenburg-en posizio
- Posición genupectoral**
Belaun/bularreko posizio
- Posición lateral de seguridad; PLS**
Segurtasuneko albo-posizio; SAP
- Posición RCP**
BBB posizio
- Postura**
Jarrera
- Precipitación al vacío**
Goitik behera amiltze

Lehen sorospenak (II)

–Presionar directamente la herida

Zauria zuzenean sakatu

–Presionar el diafragma

Diafragma sakatu; diafragma zanpatu

–Presionar sobre el cartílago

Kartilagoa sakatu

–Presiones abdominales

Sabelaren gaineko zanpaketak;

sabelaren gaineko sakaldiak

–Prestación de socorro

Sorospenak emate

–Primeros auxilios

Lehen sorospenak

–Profilaxis del tétanos

Tetanosaren profilaxi

–Profundidad de la quemadura

Erreduraren sakontasun

–Protección frente a rayos

Tximisten aurrean babestu

–Proteger

Babestu

–Protocolo C-A-B

C-A-B protokolo

–Protocolo de actuación

Jarduteko protokolo

–Provocar(se) el vómito

Gorakoa eragin

–Púas del erizo de mar

Itsas trikuaren arantzak

–Pulso

Pultsu

–Pulso muy débil

Pultsu oso ahul

–Pulso regular y rítmico

Pultsu erregular eta erritmiko

–Pulsos carotídeos

Pultsu karotideoak

–Puntos de papel

Paperezko puntuak

–Puntos de presión arterial

Presio arterialeko puntuak

–Puntos hemorrágicos

Puntu hemorragikoak

Q

–Quemadura

Erredura

–Quemadura de 1er grado

1. mailako erredura

–Quemadura de 2º grado

2. mailako erredura

–Quemadura de 3er grado

3. mailako erredura

–Quemaduras oculares

Begietako erredurak

–Quemaduras químicas

Erredura kimikoak

–Quemaduras térmicas

Erredura termikoak

R

–Rabia

Amorru

–Rascarse

Hatz egin

–Reacciones alérgicas severas

Erreakzio alergiko larriak

–Reacciones anafilácticas

Erreakzio anafilaktikoak

–Reanimación cardiopulmonar precoz

Bihotz-biriketako bizkortze goiztiar

–Reanimación exitosa

Bizkortze arrakastatsu; berpizte

arrakastatsu

–Reanimador; reanimadora

Bizkortzaile

–Reclinarse hacia delante

Aurrerantz makurtu

–Recobrar la consciencia

Kontzientzia berreskuratu

–Reconocimiento de la parada cardiorrespiratoria

Bihotz- eta arnas geldialdia ezagutu

–Reevaluar la respiración

Arnasketa berrebaluatu

–Regla de la palma de la mano

Esku-ahurraren erregela

–Rehidratar

Errehidratatu

–Reimplante

Berrinplante

–Reintroducir las vísceras

Erraiak sabel barrura sartu berriro

–Relieve del bíceps

Bizepsaren goragune

–Reposición de líquidos

Likidoen birjarpen

–Rescate de la persona accidentada

Istripua izan duen pertsona erreskatatu

–Respiración

Arnasketa

–Respiración boca a boca

Ahoz ahoko arnasketa

–Respiración eficaz

Arnasketa eraginkor

–Respiración espontánea

Berezko arnasketa

–Respiración lenta y superficial

Arnasketa motel eta azaleko

–Respiraciones/minuto

Arnasaldiak minutuko

–Respirar sin dificultad

Arnasa zailtasunik gabe hartu

–Respuesta a estímulos externos

Kanpo-estimuluekiko erantzun

–Restablecimiento de la función cardiorrespiratoria

Bihotz-biriketako funtzioa berreskuratu

–Restringir el riego sanguíneo local

Odol-garaztapen lokala murriztu

–Retirar el cuerpo extraño de la boca

Gorputz arrotza ahotik atera

–Revertir la parada

Geldialdiak atzera egin

–Riesgo de infección de la herida

Zauria infektatzeko arrisku; zauria

gaiztotzeko arrisku

–Riesgo de (producir) lesiones al feto

Fetuari lesioak eragiteko arrisku

–Riesgo de (producir) lesiones viscerales

Erraietan lesioak eragiteko arrisku

–Riesgo de necrosis

Nekrosi-arrisku

–Riesgo vital

Bizi-arrisku

–Rigidez

Zurruntasun

–Ritmos desfibrilables

Desfibrila daitezkeen erritmoak

–Rotura de piel

Larruazaleko eten; larruazal-eten

–Rotura de un hueso

Hezur bat haustea

S

–Salir aire a través de la herida

Airea zaurian barrena irten

–Salvar la vida de las personas

Pertsonen bizia salbatu

–Sangrado por rebosamiento (en sábana)

Gainezkaldiko odol-isurtze (maindire

edo izara moduan)

–Sangrar

Odola bota; odolatan egon

–Sección de médula espinal

Orno-muina etetea; orno-muina

haustea

–Secuelas irreversibles

Sekuela atzeraezinak

–Semisentado

Erdi eserita

–Sensación de adormecimiento

Lokartze-sentsazio

–Sensación de opresión en la garganta

Opresio-sentsazioa eztarrian;

zanpaketa-sentsazioa eztarrian

–Sensibilidad

Sentikortasun

–Sentir las extremidades

Gorputz-adarrak sentitu

–Servicio de Información Toxicológica

Informazio Toxikologikoko Zerbitzua

Lehen sorospenak (II)

–Servicios de emergencias

Larrialdi-zerbitzuak

–Servicios sanitarios

Osasun-zerbitzuak

–Shock

Shock

–Shock de origen cardiogénico; shock cardiogénico

Jatorriz kardiogenikoa den shock; shock kardiogeniko

–Signo de emergencia médica

Larrialdi mediko baten zeinu

–Signos circulatorios

Zirkulazio-zeinuak

–Signos de muerte

Heriotza-zeinuak

–Signos vitales

Bizi-zeinuak

–Síntoma

Sintoma

–Sistema circulatorio

Zirkulazio-sistema

–Sistema digestivo

Sistema digestibo

–Sistema nervioso

Nerbio-sistema

–Situación estresante

Estres-egoera; egoera estresatzaile

–Sobredosis de medicamentos

Medikamentuen gaindosi

–Socorrer a las víctimas

Sorostu biktimak

–Socorrismo

Sorosletza

–Socorrista

Sorosle

–Solución antiséptica

Disoluzio antiseptiko

–Somnolencia

Somnolentzia

–Soplar

Putz egin

–Soporte vital avanzado

Bizi-euskarri aurreratu

–Soporte vital básico

Oinarrizko bizi-euskarri

–Soporte vital pediátrico

Bizi-euskarri pediatriko

–Succión en la herida

Zauria zupatz

–Sudoración

Izerditze

–Sueño profundo

Lo sakon

–Suero salino al 0,9%

Serum salino, % 0,9ra

–Superficie corporal

Gorputzaren azalera

–Suspender una reanimación

Bizkortze-saioa eten

–Sutura de la piel

Larruazaleko jostura; larruazala josi

T

–Tabique nasal

Sudur-trenkada

–Talón de la mano

Eskuaren orpo

–Tapar las fosas nasales

Sudurzuloak buxatu eta itxi

–Taponamiento nasal

Sudurreko taponamendu

–Taponar

Buxatu

–Taquicardia

Takikardia

–Taquicardia ventricular sin pulso

Pultsurik gabeko takikardia bentrikular

–Tasa de mortalidad

Heriotza-tasa

–Técnica de masaje cardiaco

Bihotzeko masajearen teknika

–Técnicas de reanimación

Bizkortzeko teknikak

–Tejido graso

Gantz-ehun

–Tendones

Tendoiak

–Termómetro

Termometro

–Tetania de los músculos respiratorios

Arnas muskuluen tetania

–Tétanos

Tetanos

–Tetrapléjico

Tetraplejiko

–Tijeras

Guraizeak

–Tipo de herida

Zauri-mota

–Tiritas

Tiritak

–Tomar el pulso

Pultsua hartu

–Tono violáceo

Kolore morea edo ubela

–Torniquete

Tornikete; garrote

–Toser

Eztul egin; eztulka egin

–Toxicidad del producto

Produktuaren toxikotasun

–Tóxicos

Toxikoak

–Toxinas

Toxinak

–Traccionar la extremidad

Gorputz-adarra trakzionatu

–Traccionar ligeramente la cabeza

Buruari zertxobait tira egin

–Tranquilizar a las víctimas

Biktimak lasaitu

–Traslado de personas heridas

Zauritutako pertsonen traslado;

zauritutako pertsonen leku-aldaketa

–Traslado en ambulancia

Gaixoa anbulantzian garraiatze

–Traslado en decúbito supino

Ahoz gorako etzaneran trasladatu

–Tratamiento antibiótico

Tratamendu antibiotiko

–Traumatismo craneal

Garezurreko traumatismo

–Traumatismo craneoencefálico; TCE

Traumatismo kraneoentzefaliko; TKE

–Traumatismo nasal

Sudurreko traumatismo

–Traumatismo severo

Traumatismo larri

–Traumatismos oculares abiertos

Begietako traumatismo irekiak

–Traumatismos oculares cerrados

Begietako traumatismo itxiak

–Tul graso

Tul koipetsu

–Tumbado boca abajo

Ahuspezko etzanera; ahaz beherako etzanera

–Tumbar a la persona de lado

Pertsona saiheska etzanarazi

V

–Vacuna antitetánica

Tetanosaren kontrako txerto

–Valoración de las lesiones

Lesioen balorazio

–Valoración vital de 1er nivel

1. mailako bizi-balorazio

–Valoración vital de 2º nivel

2. mailako bizi-balorazio

–Valorar los signos vitales

Bizi-konstanteak baloratu; bizi-zeinuak baloratu

–Vaselina

Baselina

–Vaso sanguíneo; vaso

Odol-hodi

–Vasoconstricción

Basokonstrikzio

–Vasodilatación

Basodilatazio

–Vendaje compresivo

Presiozko bendaje; bendaje herstaile

–Vendaje triangular

Bendaje triangeluar

–Vendar

Bendatu

JULIAN BERECIARTUA
Médico colegiado
nº202001217



CAMINA / IBILI ZAITEZ

La marcha o forma de caminar es dato clave en la movilidad de los seres humanos. Supone un medio básico para la supervivencia con actos como huir del peligro o buscar el alimento. Para andar son necesarias varias facultades, entre las que, tal vez, las más importantes sean el equilibrio y la locomoción.

El equilibrio nos lleva a mantenernos de pie; la locomoción, por su parte, a caminar de forma adecuada. Cuando una persona se traslada de un lugar a otro de forma normal, nada nos llama la atención, pero existen muchos trastornos de la marcha debido a múltiples razones: los miembros inferiores, la médula espinal o el cerebro. Y cada caso tiene su tratamiento específico. Aunque hay enfermedades que generan situaciones irreversibles, siempre que nuestro deseo sea ver si existe algún defecto en la marcha, por norma general, hay que caminar libremente en un espacio adecuado y sobre un suelo liso.

Aquí me voy a centrar en los fallos debidos a los defectos en nuestros pies, muchos de los cuales son congénitos y pueden afectarnos, de por vida, en la forma de andar, aunque afortunadamente cada día –y gracias a la cirugía– se corrigen más. En estos casos de deformidades, la acción de la medicina conservadora o medicina alternativa (con hierbas, emplastos, etc.) es escasa y siempre debe acudir a la consulta de traumatología infantil

para que dicho servicio se haga cargo del tratamiento y evolución del niño.

En gente joven cada día son más frecuentes los sabañones o “eritema pernio”. Se trata de núcleos inflamatorios de preferente localización en las proximidades de las junturas de los dedos y que si dificultan la marcha es por dolor. Dicen que su mejor terapia es esperar a que lleguen los calores veraniegos y esta afirmación no es un desatino, pues su origen está en el empeoramiento de la circulación con los fríos otoñales y una medicación adecuada para dilatar las arterias puede paliar o evitar su aparición.

El número de uñas de los dedos gordos de los pies que se introducen en la carne por su borde aumenta vertiginosamente. Mucho tiene que ver la forma, pero más el calzado y la manía o moda de llevar durante todo el día y todos los días “las deportivas”. Algo similar ocurre con las verrugas plantares, enfermedad de origen virásico en clara expansión por la contagiosidad. Pero, como se anda muy cómodo descalzo...

Las hiperqueratosis o callos, si no nos decidimos a su extirpación a tiempo, también nos llevan a caminar de forma defectuosa. Otras razones bien conocidas son los pies planos y excavados (exceso de arco plantar) que, aunque su intento de corrección no siempre va acompañado del éxito, ante la duda, no se debe dejar de acudir al médico. ■

ESPECIAL ANIVERSARIOS Y BODAS
COLECCIONES 2013-2014



www.joyeriairantzuz.com

C/ BERGARA, 16
SAN SEBASTIÁN
943 423 821

ALTA JOYERIA
IRANTZU

Seguro de **Automóvil**



El seguro de auto que protege su vida

En **A.M.A.** queremos ofrecerle la mejor calidad de servicio del mercado. Por eso, hemos incorporado nuevas coberturas que van más allá de lo que ofrece un seguro de coche convencional:

COBERTURAS EXCLUSIVAS A.M.A.



Vehículo de sustitución en caso de pérdida total del automóvil asegurado



Le valoramos su vehículo como nuevo los dos primeros años y el 115% del valor venal en el tercer y cuarto año en caso de pérdida total del vehículo



Duplicamos la indemnización (42.000 €) en caso de fallecer en accidente el conductor y su cónyuge, siempre que tengan hijos comunes y menores de edad



Reparación y sustitución de lunas a domicilio



Servicio de desplazamiento gratuito a nuestros talleres preferentes



Vehículo de cortesía en nuestros talleres preferentes (según disponibilidad)



Asistencia Jurídica gratuita para cualquier incidencia en su vida cotidiana

LA CONFIANZA ES MUTUAL

Infórmese sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- A.M.A. San Sebastián 943 42 43 09
- Pº de la Concha, 17 sansebastian@amaseguros.com
- Colegio de Médicos 943 27 04 11

