

EDITORIAL	EDITORIALA	2
ACTIVIDAD COLEGIAL	ELKARGOAREN JARDUNA	
NOTICIAS	BERRIAK	3
ASESORÍA JURÍDICA	AHOLKULARITZA JURIDIKOA	
¿PUEDE HACIENDA ACCEDER A LAS HISTORIAS CLÍNICAS PARA REALIZAR UNA INSPECCIÓN TRIBUTARIA?	SAR AL DAITEKE OGASUNA GAIXOEN HISTORIA KLINIKOETAN ZERGA-IKUSKAPEN BAT EGITEKO ASMOZ?	10
ENTREVISTA	ELKARRIZKETA	
IGNACIO ARTECHE ELEJALDE: "LA MEDICINA HA PASADO DEL CERO AL INFINITO"	IGNACIO ARTECHE ELEJALDE: "MEDIKUNTZA ZEROTIK INFINITORA PASATU DA"	12
ACTUALIDAD	GAURKO GAIA	
PARA SOLUCIONAR EL DÉFICIT DE PROFESIONALES HAY QUE REORGANIZAR LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA	PROFESIOALEN ESKASIA KONPONTZEKO EZINBESTEKO DA ARRETA PEDIATRIKOA BERRANTOLATZEA	14
EUSKARA	EUSKARA	
MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LXII)	MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LXII)	18
REPORTAJE	ERREPORTAJEA	
SAHARA OCCIDENTAL	MENDEBALDEKO SAHARA	22
HEMEROTECA	HEMEROTEKA	28
OCIO	AISIA	
GASTRONOMÍA Y SALUD	GASTRONOMIA ETA OSASUNA	30
VARIOS	BESTELAKOAK	
ALTAS Y BAJAS	ALTAK ETA BAJAK	32

Presidente:
Lehendakaria:
Enrique Telleria

Consejo de redacción:
Erredakzio-batzordea:
Jabier Agirre, Josu Beitia, Fidel Egaña,
Joseba Landa, Coro Eceiza, Agustín Nogués,
José M^a Urkia, Gabriel Zubillaga.

Han colaborado en este número:
Ale honetan parte hartu dute:
Jon Pellejero, Pedro Gorrotxategi, José Luis Paulín Seijas,
Julían Bereciartua.

Recogida de artículos e información:
Artikuluuen bilketa eta argibideak:
Area de Comunicación:
prensa@gisep.org / Tel.: 943 27 63 00

Depósito Legal:
Lege Gordailua:
SS. 1025/94



Guipúzcoa Médica-Medikuen Ahotsa es una publicación trimestral del Colegio Oficial de Médicos para ser distribuida gratuitamente entre sus colegiados.

El Colegio Oficial de Médicos no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores.

Su opinión queda reflejada en el Editorial.

La reproducción parcial o total de los artículos incluidos, sólo podrán hacerse previo consentimiento de el/los autor/es del mismo.

La Publicación está abierta para la participación de todos los Colegiados.

Guipúzcoa Médica-Medikuen Ahotsa, Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialak bere kideentzat hiru hilabeteen behin argitaratzen duen aldizkaria da.

Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialak ez du bere gain hartzen editorialetik kanpo idatzitakorik.

Artikulu bat edo honen zati bat erreproduzitu nahi bada, bere egile/en baimenarekin egin beharko da.

Argitalpena elkargokide guztiek parte hartzeko irekita dago.

Si bien es verdad que en un principio la aprobación de la Ley Ómnibus pudo ser recibida con cierto recelo por parte de los Colegios Oficiales, en nuestro caso, hemos de reconocer que nos ha servido de estímulo para adaptarnos a los tiempos y acometer algunos cambios necesarios.

Dado que dicha Ley obliga a los Colegios a contar con los medios precisos para tramitar la colegiación por vía telemática, así como a ofrecer un servicio de atención a usuarios y colegiados, este año 2010, hemos puesto en marcha nuestra oficina virtual. Esto significa que a partir de ahora, muchas de las gestiones se pueden realizar a través de Internet, sin tener que desplazarse al Colegio.

Hemos aprovechado la ocasión para renovar completamente nuestra página web. Y es que además de cambiar su diseño, la hemos dotado de nuevos contenidos que esperamos sean reflejo de nuestro quehacer diario.

Asimismo, hemos dado inicio a una nueva etapa en la que tratamos de impulsar el uso de las tecnologías de la información. Así, el pasado mes de noviembre, por ejemplo, desde el Salón de Actos del Colegio se pudo seguir, a través de videoconferencia, una conferencia organizada por la Organización Médica Colegial de España.

Estamos, también, renovando el carné colegial, al tiempo que trabajando para renovar esta revista. Para lo que esperamos vuestra implicación y colaboración, pues el Colegio lo hacemos –lo hacéis– los/las colegiados/as.

Nuestro principal objetivo, lo que nos mueve, es reconocer la labor de los médicos ante la sociedad, así como defender la profesión médica y a sus profesionales. Esta es una labor de todos, por lo que estamos abiertos a vuestras sugerencias.

Aprovecho la ocasión para desearos un muy feliz año 2011 en nombre de toda la Junta de Gobierno y en el mío propio.

D. ENRIQUE TELLERIA ARRATIBEL
Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa

Omñibus legearen onarpenak Elkargo ofizialen aldetik halako errezelo moduko bat jaso zuela egia den arren, gure kasuan, hala ere, garai berrietara egokitzeko bultzada ederra izan dela aitortu beharra dago, ezinbestekoak ziren aldaketei ekiteko arrazoia izateaz gain.

Eta lege horrek kolegiazioa bide telematikoz izapidetzeko beharrezkoak diren baliabideak elkargokideen eskura jartzera, eta baita erabiltzaileei eta elkargokideei arreta-zerbitzua eskaintzera ere behartzen dituenek Elkargoak, aurtengo 2010. urte honetan, gure bulego birtuala jarri dugu martxan. Horrek esan nahi du hemendik aurrera izapideetako asko Internet bidez egin ahal izango direla, Elkargora etorri behar izan gabe alegia.

Aukera hori gure webgunea erabat berritzeko baliatu dugu. Izan ere, webgunearen diseinua aldatzeaz gain, eduki berriak sartu ditugu bertan, gure eguneroko lanaren eta jardunaren berri ematea espero dugun edukiak hain zuzen ere.

Era berean, etapa berri bat abiatu dugu, eta bertan informazioaren teknologien erabilera bultzatzea izango litzateke gure asmoa. Horrela, joan zen azaroan, adibidez, Elkargoko ekitaldi-aretoetik Espainiako Elkargo Medikoen Erakundeak antolatutako hitzaldi bat bideokonferentziaz jarraitzeko modua izan zen aurreneko aldiz.

Elkargokide-txartela ere berritzen ari gara, aurrez aipatutako guztiarekin batera, eta aldizkari hau eraberritzeko bidean ere saiatu nahi genuke. Eta horretarako zuen lankidetzaz espero dugu, Elkargoa zuek, elkargokideek alegia, egiten baituzue.

Gure xede nagusia, aurrera mugitzen gaituena, medikuen lana gizartearen aurrean aitortzea da, lanbidea eta bere profesional guztiak babestu eta defenditzeaz gain. Eta hori guztion lana denez, zuen iradokizunak gustu handiz jasotzeko prest gaude.

Bide batez, Gobernu Batzordearen zein nire izenean urte berri on zorionsua opa dizuet.

ENRIQUE TELLERIA ARRATIBEL Jn.
Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko Lehendakaria

Día del Médico en honor a San Lucas

Con la presencia de un centenar de personas –a las que se sumaron algunos representantes de otros Colegios de Gipuzkoa como la presidenta del Colegio de Enfermería, Maria Jesús Zapirain; el presidente del Colegio de Odontólogos, José Miguel Errazkin; y el presidente del Colegio de Farmacéuticos, Ángel Garay– el 22 de octubre, el salón de actos del Colegio acogió la celebración del Día del Médico.

La jornada dio comienzo con una misa en memoria de los compañeros y compañeras fallecidos a lo largo del último año: los doctores Mariano Arrazola; Carlos Briones; Arturo Gascón; Juan Maria Uriarte; Miguel Ordeñana; Ricardo Azcarate; José Javier Elorza; Fernando Álvarez; José Antonio Carrera; Francisco Javier Ostolaza; Ana del Rey; José María Hernández; Juan López Lanchares y María Victoria Gil. Como ya es tradición, el padre Carlos Goena, médico y profesor en la EUTG, celebró la misa in memoriam.

Acto seguido se rindió homenaje a los médicos que a lo largo de 2010 han cumplido 70 años de edad, motivo por el que el Colegio les concede el título de Colegiado Honorífico. Además de ser felicitados por su trayectoria profesional, se les hizo entrega del diploma que demuestra que son Colegiados Honoríficos. Asimismo, se les hizo entrega de un ejemplar del libro "El mundo vasco en Gregorio Marañón" escrito por el doctor José María Urkia, director de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País, e ilustrado por el pintor hondarribiarra Javier Sagarzazu.

Estuvieron presentes los doctores Luis Arzamendi; Manuela Bereciartua; Ramón Curto; Izaskun Echechipia; Jaime Escribano; Germán Gómez; Eduardo Moreano; Ángeles Ruiz y Francisco Ugalde. Tras lo cual se agasajó al doctor Ignacio Arteche Elejalde Colegiado de Honor de este año.

Natural de Azpeitia, Arteche Elejalde ha trabajado en su localidad natal hasta el pasado mes de marzo en que cumplió 90 años.



PRÓXIMAMENTE SE PONDRÁ EN MARCHA LA FIRMA ELECTRÓNICA

Ya está en marcha la oficina virtual del Colegio

Como consecuencia de la entrada en vigor –el 27 de diciembre de 2009– de la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio (Ley Ómnibus) ha echado a andar la oficina virtual del Colegio. De este modo, sin tener que desplazarse hasta el Colegio, tanto las personas colegiadas como la ciudadanía pueden realizar distintas gestiones como solicitar información o realizar trámites.

La Ley Omnibus trata de agilizar los trámites del sector servicios, por lo que requiere que los Colegios profesionales pongan en funcionamiento una oficina virtual, o ventanilla única a través de Internet. Para ello, tal y como se viene insistiendo desde la Secretaría General del Colegio, es imprescindible que las personas colegiadas proporcionen al Colegio su dirección de correo electrónico. Esto es totalmente imprescindible para, por ejemplo, poder acceder al Área privada de la página Web.

Es verdad que muchos colegiados ya han comunicado su correo electrónico, pero todavía hay un número elevado que no lo ha hecho, por lo que en esta revista se ha incluido

un formulario para hacer más fácil, si cabe, la actualización de los datos. Quienes todavía no hayan facilitado su e-mail al Colegio pueden rellenar dicha hoja y enviarla al Colegio (disponible en la página 32).

En este momento, a través de nuestra página Web (<http://www.gisep.org>) las personas colegiadas pueden solicitar distintos certificados, así como el cambio de Colegio. Asimismo, próximamente se podrá utilizar la firma electrónica, para lo que es necesario contar con el DNI digital. Los usuarios, por su parte, además de tener a su disposición el registro de colegiados, pueden presentar sugerencias y reclamaciones a través de la oficina virtual.

PACTO DE ESTADO POR LA SANIDAD

Reunión de la OMC y del CGE con el presidente del PNV

El vicepresidente del Colegio de Médicos de Gipuzkoa, Manolo García Bengoechea, (segundo por la izquierda) participó en la reunión celebrada en Bilbao el pasado 25 de noviembre por los presidentes de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Enfermería, Juan José Rodríguez Sendín y Máximo González Jurado, respectivamente, con el presidente del PNV, Iñigo Urkullu.



El objetivo de la reunión era trasladar el compromiso asumido por ambas profesiones con el Pacto de Estado para la Sanidad.

Un compromiso que se centra en garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud y la seguridad del paciente. Lo cual implica la puesta en marcha de los mecanismos necesarios para garantizar la competencia de los profesionales y para velar por las buenas prácticas profesionales.

EL DIA 27 DE ENERO

Conferencia sobre la asueroterapia, el método médico que en 1929 acaparó el interés mundial

La vocalía de médicos jubilados del Colegio ha programado para el año 2011 seis nuevas conferencias dentro del ciclo *Aula Médica Senior*. Como viene siendo habitual, las conferencias se van a celebrar una vez al mes, a las 18 horas, en el salón de actos del Colegio.

La primera de las conferencias de 2011 -el 27 de enero- correrá a cargo del doctor José Carlos Vea que hablará sobre las curaciones del doctor donostiarra Fernando Asuero, que fueron calificadas como milagrosas por unos y tomadura de pelo, por otros.

La conferencia correspondiente al mes de febrero tendrá lugar el día 24. Ese día el doctor Luciano San Sebastián hablará sobre la sociedad en el África rural. El 24 de marzo será el turno del doctor José Antonio Usandizaga que explicará la evolución histórica de la cesárea.

El 28 de abril, por su parte, el doctor Carlos Benito hablará sobre la historia de la zarzuela. Las otras dos conferencias que van a completar este ciclo son las que ofrecerán los doctores Miguel Ángel Villameriel, sobre el románico palentino, y José María Urkia, sobre la medicina en Gipuzkoa en la primera mitad del siglo XX.

Precisamente a esa época, a la década de los 30, se va a remontar el doctor José Carlos Vea para tratar de las curaciones del doctor Asuero. Tema sobre el que investigó para su tesis doctoral [La Asueroterapia fisiológica del doctor Fernando Asuero. Revisión crítica de su teoría reflexoterápica. Pamplona, 1990] y que a finales de la década de los 20 acaparó el interés mundial.

El doctor Fernando Asuero y Saenz de Cencano nació en San Sebastián en 1887. Estudió Medicina en Madrid, París y Cambridge y se especializó en otorrinolaringología. Establecido en San Sebastián, en la primavera de 1929 su nombre saltó a las portadas de los periódicos debido a las curaciones que lograba a través de un método propio basado en los trabajos del doctor Pierre Bonnier de París. El método proponía la curación de distintas enfermedades a través de ligeras cauterizaciones en la mucosa nasal (trigémico) y estaba basado en la reflexoterapia.

De Asuero se hablaba en los teatros, en la calle, en los cafés,... A diario cientos de personas pedían ser atendidas por el doctor, del que se decía que curaba a parálisis, epilépticos... Los principales diarios enviaron corresponsales a San Sebastián para entrevistarle y desde diversas

instancias médicas y periodísticas le pidieron que explicara sus bases científicas, pero él o no quería o no podía dar explicación del funcionamiento de su método. Viajó por Francia, Italia y América. En Argentina fue recibido por su presidente, Hipólito Irigoyen. Sus curaciones estaban en boca de todos. El bertsolari Juan Sarasola, Lexo, se hizo eco de ellas. Pedro Muñoz Seca escribió "El cuatrigémico", obra de teatro cómico. El arquitecto bilbaíno Nemesio Manuel Sobrevila, rodó en San Sebastián un documental sobre lo que en la época fue considerado como fenómeno social, aunque la película, *Las maravillosas curas del doctor Asuero*, [finalmente estrenada en el Festival de Cine de San Sebastián en 1994] fue prohibida por la Dirección General de Seguridad y no pudo exhibirse.

Al otro lado del océano le dedicaron tangos como el del cubano Miguel Matamoros, "El parálisis", porque según sus palabras, "en 1930 en Cuba no se hablaba de otra cosa que de un médico español llamado Fernando Asuero que curaba la parálisis". O el compuesto por Manuel Colominas, "Opérate el trigémico".

Los hechos protagonizados por el doctor Asuero sorprendían a la clase científica que, poco a poco, dejó de interesarse por el doctor y su método. Fue entonces cuando Asuero publicó "¡Ahora hablo yo!" Asueroterapia fisiológica" (Editorial Guipuzcoana. Tolosa, 1930) en el que se defendía de las acusaciones de fraude vertidas contra él.

Fernando Asuero falleció en Donostia en 1942, pero todavía hoy hay quien se hace eco de su trabajo. Valga, a modo de muestra, el artículo *Doctor enigma: la historia de Fernando Asuero y sus increíbles curaciones* publicado en "Más allá de la ciencia" (http://www.masalladelaciencia.es/hemeroteca/doctor-enigma-la-historia-de-fernando-asuero-y-sus-increibles-curaciones_id31761/ahora-hablo-yo_id1334894.html).

También hay localidades que lo siguen recordando como Huelva, por ejemplo, que le dedica el nombre de una de sus calles o Cihuri, en la Rioja, donde la plaza mayor, desde septiembre de 1929, también se denomina Plaza doctor Asuero.

LA SOLICITUD DEBE PRESENTARSE POR ESCRITO A LA SECRETARÍA GENERAL

Registro de objeción de conciencia respecto al aborto

Con la puesta en práctica de la Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que reconoce que los profesionales sanitarios implicados en esta práctica tienen el derecho de ejercer la objeción de conciencia –y siguiendo las recomendaciones del Consejo General de Colegios Médicos– el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa ha creado un Registro de Objeción de Conciencia en el que voluntariamente se inscriban los profesionales médicos objetores de conciencia respecto al aborto que estén directamente implicados en interrupciones voluntarias del embarazo. No podrán hacerlo los médicos que no estén directamente implicados en dichas prácticas.

Para inscribirse en este Registro -de carácter individual y voluntario- hay que ponerse en contacto con la Secretaría General del Colegio que tratará los datos con las máximas medidas de confidencialidad y privacidad.

Aunque en España la objeción de conciencia en el ejercicio de la profesión médica no está regulada, la Ley del Aborto, en su artículo 19, sí reconoce que "los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la

objeción de conciencia, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia".

Asimismo, la citada Ley indica que "el rechazo o la negativa a realizar la intervención de la interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito".

POR SU TESIS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA INESTABILIDAD ANTERIOR DEL HOMBRO MEDIANTE REFUERZO CAPSULAR CON DACRON Y ARTROSCOPIA

El doctor Cuéllar obtiene el premio extraordinario de doctorado

La tesis doctoral de investigación clínica "Aportaciones al diagnóstico y tratamiento de la inestabilidad Escápulo-humeral. Tratamiento de la inestabilidad anterior del hombro mediante refuerzo capsular con dacron y técnica artroscópica" –presentada por el doctor Ricardo Cuéllar y dirigida por los profesores del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Donostia Jaime Usabiaga y Enrique Moreno– ha merecido uno de los Premios Extraordinarios de Doctorado en Ciencias de la Salud concedidos por la Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea correspondientes al curso 2007-2008.



Ésta ha sido la primera vez que la UPV-EHU ha otorgado el Premio Extraordinario a un miembro del Departamento de Cirugía, Radiología y Medicina Física.

Cualquier tesis doctoral para poder optar al Premio Extraordinario de Doctorado debe haber obtenido la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad y que su

publicación haya sido aceptada en una revista de prestigio internacional o haya presentado una patente.

El doctor Ricardo Cuéllar es miembro del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Donostia, y vocal de la Junta de Gobierno de este Colegio de Médicos.

SE ENMARCA EN UN ESTUDIO CON EL OBJETIVO DE VISIBILIZAR A LAS MUJERES PROFESIONALES

EMAKUNDE realiza un directorio de mujeres expertas de Euskadi

El Instituto Vasco de la Mujer, EMAKUNDE, está realizando un estudio sobre la trayectoria profesional de las mujeres en Euskadi. A través de dicho estudio "se pretende identificar al colectivo de mujeres profesionales con perfil senior, entendiendo por tales mujeres con más de cinco años de experiencia laboral en profesiones liberales, en puestos de responsabilidad de trayectoria consolidada y/o que tengan un puesto directivo, con el fin de que sean visibilizadas y de poder contar con su experiencia profesional cuando así se requiera". Asimismo, quiere formalizar un directorio de mujeres expertas de Euskadi.

Para poder llevar a cabo este estudio -cuyo objetivo es hacer visibles a las mujeres profesionales de la Comunidad Autónoma de Euskadi- el Instituto Vasco de la Mujer, EMAKUNDE, ha solicitado al Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa un listado de médicos -y sus respectivas direcciones de correo electrónico- que respondan a este perfil: mujeres que tengan una experiencia profesional de más de cinco años en tareas liberales; que ocupen puestos de responsabilidad de trayectoria consolidada y/o que asuman en la actualidad algún puesto directivo.

Como resultado final del estudio, EMAKUNDE pretende realizar un listado de mujeres expertas con las que poder contar cuando sea necesario. Según la ley de protección de datos, el Colegio no puede facilitar este tipo de información, sea cual sea el objetivo final de la misma. Por tanto, aquellas mujeres que estén interesadas en colaborar y participar en la elaboración de este estudio pueden ponerse en contacto con el Instituto Vasco de la Mujer a través del teléfono 945 016 702 o del correo electrónico emakunde@ej-gv.es.

BEGIRISTAIN SARIAREN XXV EDIZIOA DEITU DA

Aurtengo ekitaldian inportatutako dengeari buruzko lana saritu da

Doctor Don Jose Begiristain lehiaketako XXI edizioko lehenengo saria eman gabe uztea erabaki du Joseba Landak, Larraitx Arriolak eta Jose Mari Urkiak osatutako epaimahaiak. Bigarren saria, berriz, "Inportatutako dengea: gaur egungo arazoa" lanari eman zaio. Elena Zubillagak, Harkaitz Azkunek, Jose Antonio Iribarrenek, Milagros Montesek eta Francisco Rodriguezek osatutako taldeak aurkeztu du lana.

Dagoeneko Doctor Don Jose Begiristain Sariaren XXI edizioa deitu da Medikuntzako ikerketa-arloan euskarazko lanentzat. Bi sari izango ditu aurtengoan ere, 2.200€-koa lehenengoa eta 1.100€-koa bigarrena.

Dena den, epaimahaiaren esku geratzen da sariak lan desberdinen artean banatzeko aukera.

Lanak euskaraz idatziak izan behar dute, jatorrizkoak eta argitaratu gabeak. Testuak gutxienez 15 folioko luzera eta gehienez 25 foliokoa eduki beharko du (bina tarteko espazioarekin eta alde bakarretik mekanografiatuak, eta grafikoak, taulak, irudiak, bibliografia, etab. albo batera utzita). 2011. urteko apirilaren 30 baino lehenago helaraziko dira lanak Doctor Don Jose Begiristain Sariaren

Patronatura, Gipuzkoako Sendagileen Elkargora, Frantzia Hiribidea 12, 20012 Donostia, idatzizko hiru ale eta diskete bat entregatuz.

Lan bakoitzaren bukaeran izenorde edo ikurritz bat jarriko da, eta itxita aurkeztuko den aparteko gutun-azal baten kanpoaldean izenorde edo ikurritz hori bera jarriko da, barruan egilearen izen-deiturak, bizilekua, telefonoa eta sinadurarekin batera. Epaimahaiaren erabakia 2011. urteko Sendagile Egunaren ospakizunean emango da ezagutzera.

Saritutako lanak Eusko Ikaskuntzaren Osasunaz. Cuadernos de Ciencias Médicas izeneko Osasun Zientziak Sailaren koadernoan argitaratuko dira eta Patronatuaren jabetzan geratuko dira.

Cambios en el Colegio a partir del 1 de enero de 2011

A partir del próximo 1 de enero los médicos que realicen certificados médicos de arraigo a ciudadanos extranjeros que desean obtener la residencia ya no deberán llamar al Colegio para informar de que han realizado dicho trámite. También a partir del próximo mes de enero, contaremos con nuevo horario de atención al público.

El Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa se ha dirigido a la Subdelegación del Gobierno en Gipuzkoa para solicitar que, al igual que ocurre en otros territorios como Bizkaia o Álava, el Colegio no esté obligado a certificar la firma de los médicos que realizan certificados médicos a inmigrantes. De este modo, el Colegio pretende agilizar los trámites de los inmigrantes que hasta ahora se veían obligados a acudir al Colegio para que éste autentificara la firma del médico que había cumplimentado el certificado.

Así pues, a partir del 1 de enero, en el caso de los certificados médicos de arraigo, el Colegio no va a certificar la firma del médico. Tras la reunión mantenida por el presidente del Colegio, Enrique Telleria, y el asesor jurídico del Colegio, Carlos Pellejero, con representantes de la subdelegación del Gobierno en Gipuzkoa, se llegó al acuerdo de que la subdelegación del Gobierno tendrá en cuenta los datos de los profesionales médicos que constan en la página web del Colegio (www.gisep.org).

No obstante, en el caso de los certificados médicos realizados con motivo de adopción, las cosas siguen como hasta ahora y el/la médico sí tiene que informar al Colegio cuando realiza dicho certificado.

Asimismo, y también a partir del próximo mes de enero, el Colegio va a contar con nuevo horario de atención al público. Así, a partir del lunes 3 de enero la sede colegial abrirá sus puertas a partir de las 9 de la mañana, siendo el nuevo horario de 9 a 13 horas y de 16 a 19 horas.

Los meses de julio y agosto, por su parte, el horario de mañana será el mismo (de 9 a 13 horas). A partir de este verano, también se atenderá al público dos tardes a la semana. Con excepción de Semana Grande que el Colegio cerrará por las tardes.

Por tanto, el nuevo horario de verano del Colegio será de lunes a viernes de 9 a 13 horas y los martes y jueves, también por las tardes, de 16 a 19 horas. Todo ello con la intención de ofrecer una mejor atención y servicio a nuestros colegiados.





C4



CITROËN

Ibaeta Motor, S.A.
Concesionario CITROËN

IBAETA - DONOSTIA/SAN SEBASTIAN
☎ 943 31 60 20 - Fax: 943 21 84 57
www.ibaetamotor.citroen.es



¿Puede Hacienda acceder a las historias clínicas para realizar una inspección tributaria?

Para tratar este asunto tomamos como base el informe emitido por la Agencia Española de Protección de Datos aunque ésta no tenga en cuenta la Normativa Tributaria guipuzcoana. De todos modos, la conclusión final debe ser la misma ya que las Leyes aplicables son fundamentalmente las mismas: la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el Reglamento que la Desarrolla (RD1720/2007) y la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. En nuestro caso también es de aplicación la Norma Foral 2/2005 de 8 de marzo, General Tributaria de Gipuzkoa (artículos 90 y 91).

La regulación de la historia clínica se recoge en una ley específica –Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente– que señala que la historia clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de médicos y demás profesionales que han intervenido, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

Sobre el uso de las historias, por su parte, la ley señala que son un instrumento para, fundamentalmente, garantizar al paciente una asistencia adecuada y que los profesionales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento tengan acceso a ella como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. Asimismo, indica que cada centro establecerá los métodos que posibiliten, en todo momento, el acceso de los profesionales a la historia clínica de cada paciente.

La ley indica que el acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso. Así, el personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

También tiene acceso a las historias clínicas, en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el personal sanitario –debidamente acreditado– que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación.

La Ley de Protección de Datos mencionada –en su artículo 7.3– establece que los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente.

Como veremos más adelante, el acceso a la historia clínica con otros fines, tales como judiciales, epidemiológicos, de salud pública, investigación o docencia, obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico-asistencial, de modo que, como regla general, el anonimato quede asegurado. Dichos datos no se separarán salvo que el propio paciente dé su consentimiento para ello.

El acceso con estos fines se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso, que exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible unificar los datos identificativos y los clínico-asistenciales. En estos casos, serán los jueces y tribunales quienes dispongan.

La Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente –en su artículo 16, apartados 3 y 5– establece tres

"Las excepciones al acceso a la Historia Clínica excluye el acceso y comunicación de los datos de la Historia Clínica con fines distintos a la asistencia sanitaria necesaria para la salud de los pacientes"

"Según la LOPD, no cabe el acceso a los datos para una finalidad distinta a la sanitaria y asistencial del paciente"

excepciones respecto al acceso a la historia clínica y cesión de datos de la misma a terceros ajenos a la asistencia sanitaria. Excepciones que deben interpretarse de forma restrictiva y aplicando el principio de proporcionalidad.

Los supuestos en los que sí es posible el uso y acceso a la historia clínica con fines distintos a los médico-sanitarios son, los fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia.

En estos casos, para que quede asegurado el anonimato, hay que realizar una previa disociación de los datos de identificación del paciente y los de carácter clínico-asistencial, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los fines de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos y clínico-asistenciales.

En estos casos quienes disponen son los jueces y tribunales. La tercera excepción es para el acceso por órganos sanitarios de inspección, evaluación, acreditación y planificación. En este supuesto la Ley establece expresamente que el objetivo es la comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente y usuarios o la propia Administración sanitaria.

La aplicación de los artículos 16 de la Ley 41/2002 y 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, da lugar a que las excepciones al acceso a la historia clínica recogidas en la Ley 41/2002 deban interpretarse de forma restrictiva, lo que excluye el acceso y comunicación de los datos de la Historia Clínica con fines distintos a la prevención, diagnóstico y asistencia sanitaria necesarios para la salud de los pacientes. Como vemos, por tanto, ninguna de las excepciones hace referencia al acceso con fines tributarios.

A esto hay que añadir que, según lo establecido en el artículo 4.1 de la LOPD, debe aplicarse el principio de proporcionalidad. Es decir, los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento, así como

someterlos a dicho tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido.

Asimismo, según este artículo, el acceso se debe limitar a los datos que efectivamente resulten necesarios para el cumplimiento de la finalidad para los que se obtuvieron, sin que se pueda extender a otros supuestos. Es decir, no cabe el acceso a los datos para una finalidad distinta a la sanitaria y asistencial del paciente.

Es decir, de conformidad a lo establecido en la Ley 41/2002, el acceso a la Historia Clínica o a datos que constan en la misma por Hacienda de forma directa no se encuentra incluido en ninguno de los supuestos recogidos y permitidos en la Ley.

Como dice el Informe de la Agencia Española de Protección de Datos, según lo establecido en la Ley 41/2002, la solicitud por parte de Hacienda a los profesionales médicos de documentación referida a sus intervenciones profesionales, ya sea el Consentimiento Informado de cualquier intervención quirúrgica, la historia clínica completa de sus pacientes, pruebas clínicas, etc., con fines de inspección, no encaja en ninguno de los supuestos de acceso permitidos, por lo que solo podría accederse con el consentimiento expreso de los pacientes afectados.

Es más, como ya se ha mencionado, la propia LOPD da respuesta a esta cuestión en su propia normativa, puesto que el artículo 4.1 establece que *"los datos de carácter personal solo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido"*. Siendo evidente que estos datos no se obtienen con el fin de realizar un control fiscal, sino con una finalidad médico-asistencial. Este mismo artículo de la LOPD establece que Hacienda no tiene acceso a dichos datos salvo consentimiento expreso del paciente.

Por tanto, Hacienda no puede acceder a las historias clínicas y datos médicos de los pacientes para comprobación e inspección tributaria salvo que cuente con el consentimiento expreso de los pacientes.

"Solamente podría accederse con el consentimiento expreso de los pacientes afectados"

Ignacio Arteche Elejalde

Colegiado de Honor

"La medicina ha pasado del cero al infinito"

Nacido en Azpeitia en 1920, Ignacio Arteche Elejalde estudió Medicina en las universidades de Zaragoza y Valladolid, licenciándose en esta última en 1944. Desde entonces y hasta marzo de 2010, en que ha cumplido 90 años, ha ejercido como médico durante más de 65 años, la mayor parte de ellos en su localidad natal. Padre de cuatro hijos -tres hijas y un hijo- ha inculcado en todos ellos su pasión por la sanidad. Muestra de ello es que su hijo y una de sus hijas son médicos. Las otras dos farmacéuticas.

Nacido en Azpeitia en 1920, Ignacio Arteche Elejalde estudió Medicina en las universidades de Zaragoza y Valladolid, licenciándose en esta última en 1944. Desde entonces y hasta marzo de 2010, en que ha cumplido 90 años, ha ejercido como médico durante más de 65 años, la mayor parte de ellos en su localidad natal. Padre de cuatro hijos -tres hijas y un hijo- ha inculcado en todos ellos su pasión por la sanidad. Muestra de ello es que su hijo y una de sus hijas son médicos. Las otras dos farmacéuticas.

¿Qué supone ser nombrado Colegiado de Honor?

Debe de ser que gozamos de muy buena salud, de que nos hemos cuidado y tenido una vida ordenada, o de que el resto no tanto.

¿Sigue trabajando o ya está jubilado?

He estado trabajando hasta que cumplí los 90 el marzo pasado. No veía a demasiada gente, lo hacía casi como si vinieran a un confesor. Yo me encontraba mucho más entretenido. Pero los hijos me dijeron: "Has cumplido 90 años, fin".

¿Qué le llevó a estudiar medicina?

Seguramente fue debido a la guerra, en la que estuve de ayudante de un médico atendiendo a los que caían heridos. No llevaba ningún arma, sólo lo necesario para una primera cura.

¿Dónde estudió?

La primera parte de Medicina la hice en Zaragoza. Luego cambié a Valladolid porque allí había un profesor, el doctor Bañuelos, que era un fenómeno. Me fui a Valladolid por estar con él.

Recuerdo que fue el año que, en Zaragoza, saqué dos Matriculas de Honor y dos Sobresalientes. Cuando acabé, parte de la especialidad -entonces no existía el MIR- la hice

en Pamplona, en el dispensario antituberculoso. Allí aprendí a hacer neumotórax artificiales y algún otro tratamiento contra la tuberculosis. También estuve en la Cruz Roja y entonces empecé a enredar un poco con la cardiología.

¿Cuántos años ha ejercido como médico?

He ejercido desde que acabé, en 1944. Recién terminada la carrera estuve en Elgeta un mes y otros tres en Bidania. De allí fui a Pamplona y de Pamplona a Azpeitia, donde he estado 61 años.

Durante 41 años he sido médico de los Jesuitas. Hasta hace dos años, diariamente hacía, ida y vuelta, los 4 km entre Azpeitia y Loyola.

¿Cómo era su trabajo, cuántos pacientes veía al día?

Yo empecé a trabajar libremente, no era el médico titular de Azpeitia. Si me venía gente le atendía y veía a bastantes pacientes, entre 10 y 15 cada día. Luego, poco a poco, vinieron los seguros pequeños: Lagun Aro, Previa... Cuando me metí en la Seguridad Social respiré, entonces ya estaba tranquilo.

¿Cómo se desplazaba al principio?

Al principio en bicicleta. Luego pasé a la moto, una Montesa, y de ahí al coche, en el año 1954. Cuando compré el coche aprendí las rutas que los mismos caseros llamaban



"astopistas". Los caseros siempre que tenían un caso de gravedad llamaban al médico por la noche. Antes el médico estaba a disposición de los pacientes las 24 horas del día y te llamaban a las 12 de la noche, o a las 3 de la madrugada.

Había noches de tres y cuatro llamadas, con lo que, para no perder tiempo, me vestía encima del pijama. Cuando comenzó el servicio de urgencias del ambulatorio me liberé. ¡Hoy ser médico en Azpeitia es muy fácil! Entra a las 8 y sale a las 3. Hoy se envían a Zumarraga, San Sebastián... y se quitan responsabilidades. Nosotros teníamos que visitar a los pacientes hasta tres y cuatro veces al día.

¿Qué cambios ha visto en estos 61 años de ejercicio profesional?

¡Ha evolucionado tanto la medicina! ¡Es increíble! Antes no sabíamos nada. Yo lo puedo hablar en propia persona. Tengo 4 bypass, desde hace 15 años y esto me ha prolongado la vida. Hoy en día la medicina está muy completa: hacen todo tipo de transplantes.

El primer trasplante de corazón se hizo hace más de cuarenta años, ¿Cómo se vivió aquello?

Fue como la llegada a la luna, como cuando los astronautas pisaron la luna. La medicina, con respecto a aquellos años, ha pasado del cero al infinito. De hecho, ya no existe el médico general que entendía un poco de todo. Hoy son súper-especialistas en una cosa, súper-especialistas en otra, y lo dominan mejor. Ése, sin duda, ha sido un cambio para mejor.

Después de 60 años trabajando, ¿Cómo llena ahora el día?

La mañana se me pasa volando, pero la tarde... ¡Se me hace interminable! Antes lo tenía muy bien organizado, pues trabajaba en consulta de 10 a 12 y de 18 a 19:30.

Para no aburrirme he hecho hasta dos cursillos de Internet y leo mucho, de esas novelas que están de moda.

¿Cuáles? ¿Novela negra?

No. He leído "El tiempo entre costuras" [de María Dueñas] que habla de muchos personajes que, aunque no tuve trato con ellos, conocí durante la guerra. Otra de las novelas que he leído recientemente es "La enfermera de Brunete" [de Manuel Maristany]. La novela "El tiempo entre costuras" ha obtenido una puntuación muy alta; le han dado un 8,8.

Veo que está informado, que los cursos de Internet le han servido...

Sí me han servido y creo que Internet es muy interesante. En Internet me metí, por ejemplo, por donde anduve en la guerra que me pilló en Azpeitia con 16 años. A los 18 años movilizaron a mi quinta y tras 20 días de instrucción, en el Batallón de montaña Arapiles de Estella, nos mandaron a la Batalla del Ebro a cubrir bajas.

Entonces les dije a los de mi casa: "No sé si me volveréis a ver porque esto está muy feo". Hubo allí 75.000 muertos del lado republicano y 30.000 del lado nacional.

Ha compaginado su labor médica con la escritura...

Sí, he escrito dos libros. El primero, hace diez años, "Historias de Azpeitia" recoge historias pequeñas, anécdotas que la gente ignora. Tengo apuntes como para sacar otro libro, pero los ayuntamientos están ahora muy apretados y no quieren gastar. Estoy esperando que se acabe este libro, "Historias de Azpeitia", porque entonces va a valer más, porque no va a haber una segunda edición. ¡No es como los libros de Pagola, con no sé cuántas ediciones! (ríe).

También escribí, con otras dos personas, otro sobre el Ferrocarril del Urola ["El ferrocarril del Urola 1926-1986", año 2002]. ¡He sido hasta profesor de puericultura en Azpeitia! Daba unos cursos para quienes se examinaban de auxiliares de puericultura. Todas esas chicas jóvenes, a las que yo daba clases, se han colocado y, afortunadamente, hoy tienen trabajo. He hecho un poco de todo.

CONCLUSIONES DE LA XXVII JORNADA DE PEDIATRÍA DE GIPUZKOA:

Para solucionar el déficit de profesionales hay que reorganizar la atención pediátrica

PEDRO GORROTXATEGI

Gipuzkoako lehen mailako arretako pediatrek, Pediatriaren iragana, presentea eta etorkizuna lehen mailako atentzioan (Barrura begiratzuz gero, etorkizunera begiratzuko dugu) izenburupean egindako etengabeko prestakuntzako hogeita zazpigarren edizioak pediatren egoera profesionala jorratu zuen, beste hainbat gairen artean, eta Asistentzia Sanitarioko zuzendaria eta zuzendariordea diren Eduardo Gárate eta Carlos Sola, hurrenez hurren, bertan izan ziren.

La vigésima séptima edición de la jornada de formación continuada de los pediatras de atención primaria de Gipuzkoa, celebrada bajo el título *Pasado, presente y futuro de la Pediatría en Atención Primaria (Mirando hacia adentro, miramos al futuro)*, abordó la situación profesional y contó con la presencia del director y subdirector de Asistencia Sanitaria, Eduardo Gárate y Carlos Sola, respectivamente.

Según un estudio presentado por Cesar García Vera, de Zaragoza, cuando la atención es prestada por pediatras se siguen mejor los consejos de las guías de práctica clínica pediátricas, hay menos pruebas complementarias y derivaciones a especialistas y se promocionan mejor las actividades preventivas.

García Vera llegó a dichas conclusiones tras revisar 937 artículos, de los que mediante la herramienta OSTEBA se

seleccionaron 59. Por ello se propone que el especialista de atención primaria encargado de la salud infantil siga siendo el pediatra.

Asimismo, se presentó el informe elaborado por la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria que además de contar con un estudio sobre el actual déficit de pediatras presenta una propuesta de solución. La Tabla I muestra el déficit actual y su aumento con respecto al

Tabla I. Situación actual y comparativo con el análisis efectuado en 2007

COMARCA	PLAZAS 2007	VACANTES 2007	PLAZAS 2010	VACANTES 2010
ARABA	33	11	39	6
GIPUZKOA ESTE	52	4	55	4
GIPUZKOA OESTE	36	2	40	13
BILBAO	34	2	43	3
ENKARTERRI	39	1	41	0
INTERIOR	38	2	42	2
URIBE KOSTA	28	2	30	5
TOTAL	255	24 (9,4%)	290	33 (11,3%)

déficit detectado en 2007. Las previsiones de déficit para este año y los próximos 10 años, teniendo en cuenta los cupos sobredimensionados que exigirían aumentar el

número de pediatras, y las necesidades futuras por jubilaciones se encuentran en las Tablas 2 y 3, respectivamente.

Tabla 2: Cupos sobredimensionados y déficit de pediatras

COMARCA	PLAZAS >1.400 TIS	DEFICIT	PLAZAS >1.200 TIS	DEFICIT	TOTAL DEFICIT
ARABA	0		1	1	0
GIPUZKOA ESTE	2	2:2=1	19	19:3=6	7
GIPUZKOA OESTE	6	6:2=3	9	9:3=3	6
BILBAO	2	2:2=1	4	4:3=1	2
ENKARTERRI	0		6	6:3=2	2
INTERIOR	1		4	5:3=2	1
URIBE KOSTA	1		1	2:3=1	1
TOTAL	12		44	56	19

Tabla 3. Próximas jubilaciones: necesidades futuras de pediatras

EDAD	>65	60-65	55-60
Nº de PEDIATRAS	10	28	58
NECESIDADES AL FINAL DE 2010	33+10 +19=62 (21%)		
NECESIDADES AL FINAL DE 2015		62 +28= 90 (31.%)	
NECESIDADES AL FINAL DE 2020			90 + 58= 148 (59%)

Se ha considerado que por cada 2 cupos de 1.400 niños haría falta una plaza más y que por cada 3 cupos de más de 1.200 niños haría falta también una plaza más.

Entre las propuestas presentadas para solucionar el problema cabe destacar el aumento de formación de pediatras, la atracción de pediatras, la reorganización de la oferta pediátrica y la enfermería pediátrica.

Y es que la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria considera que para solucionar el problema desde su origen hay que aumentar el número de plazas de Medicina en la Universidad y que haya mayor oferta de especialistas en Pediatría en las convocatorias para Médicos Internos y Residentes (MIR).

Como medida temporal, por su parte, la asociación cree que para paliar el déficit actual habría que plantear la posibilidad de traer pediatras de otras comunidades o del extranjero.

En el caso de los pediatras de países extracomunitarios creen que antes habría que estimar las necesidades más inmediatas y facilitar la homologación del título de médico y de especialista mediante pruebas que acrediten su capacitación.

Pero, ¿qué hacer mientras tanto? Para ofrecer la mejor atención posible con los medios actuales la opción más sensata es reorganizar la atención pediátrica. Lo cual, entre otras cuestiones, implicaría renovar los horarios [primando la atención de 8 a 15 horas, con atención de 15 a 17 horas para urgencias y en puntos centralizados. La atención urgente a partir de las 17 horas se realizaría en los PAC]; reorganizar el lugar de atención [concentrar los pediatras en los centros mayores mejora la posibilidad de auto sustitución y favorece la formación, docencia e investigación]; facilitar que los mayores de 65 años continúen trabajando [con cupos reducidos a la mitad y un salario adecuado]; ofrecer prolongaciones de jornada voluntarias y adecuadamente remuneradas, igual que en los hospitales [para atender el exceso de demanda, las listas de espera y la atención urgente de 15 a 17 horas]; campañas divulgativas para fomentar los autocuidados y responsabilidad del usuario.

Asimismo, la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria considera que la participación de la enfermera en los cuidados en coordinación con el pediatra es esencial. Por ello, consideran que se precisa enfermería específica de pediatría, en una relación de uno a uno, para cada cupo de pediatría.

Las funciones de enfermería pediátrica, con formación y reconocimiento específico, serían entre otras: ofrecer apoyo al programa de salud infantil de forma coordinada con el pediatra; colaborar en las enfermedades crónicas (asma, obesidad, prematuridad, discapacidad); realizar espirometrías, control pondero-estatural, consejos de alimentación y cuidados en base a protocolos consensuados con pediatría.

En caso de que no hubiera suficientes enfermeras, creen que se podría replantear la figura de la auxiliar de clínica que libere al pediatra de labores burocráticas, explicaciones rutinarias, recogida de muestras, tiras de orina, etc.

La Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria considera que para solucionar el problema se tiene que contar con los profesionales representados por las sociedades pediátricas (Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria, Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Asociación Española de Pediatría).

Dichas propuestas son muy similares a las realizadas por la Asociación de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) en el documento "Adecuar los recursos a las necesidades:

disminuir la dispersión". Así, la presidenta de la AEPap, Begoña Domínguez, presente en la jornada, se preguntó si habría que cambiar el actual modelo de atención primaria, es decir, si el pediatra debe seguir siendo quien cuide de los niños en atención primaria.

Su respuesta fue rotunda, sí. Y planteó como propuesta organizativa que la unidad básica de Pediatría esté compuesta por un pediatra y una enfermera con formación específica pediátrica.

Recalcó también que en la actual situación de recesión económica se corre el riesgo de que cualquier intervención sea conservadora para reducir servicios y prestaciones y éste no es momento para cambios. La presidenta de la AEPap concluyó diciendo que la crisis no deben "pagarla" los más vulnerables, es decir, la población infantil.

Como colofón Jesús Arranz expuso los resultados de una Wiki del Plan de Salud Infantil de la AEPap pilotado en Euskadi, y la pediatra de atención primaria de Barcelona, Ana Maria Barbero Sans, por su parte, desde un punto de vista humanístico, expuso la actividad pediátrica en los centros de salud. Su exposición permitió acabar el día con una visión algo más optimista.

I L U M I N A C I Ó N



Zorionak eta Urte Berri on!



EXPOSICION:
Zubieta, 42-bajo
20007 Donostia-San Sebastián
tel 943 43 19 35
fax 943 42 33 17
e-mail: luz@luzilumina.com

ESTUDIO:
Pº Federico Gª Lorca nº 10-2º - 2ª
20014 Donostia-San Sebastián
tel / fax 943 46 20 35
e-mail: luzestudio@luzilumina.com

www.luzilumina.com

GEROKOA GARANTIZADO 10

ASPIRE A
UN FUTURO

10

10%

DE RENTABILIDAD GARANTIZADA, PARA UN PLAZO DE 4 AÑOS Y 7 MESES*.
(2,10% TAE)

AHORRO EN IMPUESTOS HASTA UN 45%
Y LLÉVESE UN REGALO MUY ESPECIAL, SEGÚN APORTACIÓN.



CAFETERA NESPRESSO
ESSENZA DELONGHI
A PARTIR DE 8.000 €
(+ 0,22% TAE)



MANTELERÍA 8 SERVICIOS
EUSKAL LIGNE
A PARTIR DE 5.000€
(+ 0,19% TAE)



SET . FUENTES HORNO
MARTÍN BERASATEGUI
A PARTIR DE 3.000€
(+ 0,17% TAE)



JUEGO CONSOMÉ
6 SERVICIOS
A PARTIR DE 1.500€
(+ 0,36% TAE)

*SE GARANTIZA A LOS PARTICIPES QUE EN LA FECHA DE SU VENCIMIENTO, EL DÍA 28 DE JULIO DE 2015, EL VALOR LIQUIDATIVO DE SU PARTICIPACIÓN SERÁ, COMO MÍNIMO, IGUAL AL 110% DEL VALOR LIQUIDATIVO DE LA PARTICIPACIÓN DEL DÍA 31 DE DICIEMBRE DE 2010, FECHA DE INICIO DEL PERIODO GARANTIZADO.

Medikuntzako lexikoa (LXII)

PAZIENTE POLITRAUMATIZATUA

Bihotz-bihotzez eskertzen diot **POLIKALTE** taldeari Medikuen Ahotsa aldizkariaren ale honetan eskaintzen dugun lexikoa osatzeko Paziente politraumatizatuaren hasierako arreta izeneko txostena erabiltzeko emandako aukera. Gaixo horien arreta baldintzarik hoberenetan eman ahal izateko irizpideak, protokolak eta gomendioak biltzen dira txostenean.

ABCD:	ABCD:	Bloqueo vagal efectivo	Bloqueo bagal
A: Vía aérea.....	A: Arnasbidea		eraginkorra
B: Ventilación	B: Bentilazioa	Bolo de infusión.....	Infusio(ko) bolo
C: Circulación	C: Zirkulazioa	Bolsa-reservorio (ambú)	Gordailu-poltsa (anbu)
D: Valoración neurológica básica	D: Oinarritzko	Bomba de perfusión	Perfusio(ko) ponpa
	balorazio neurologikoa	Bradiarritmias	Bradiarritmiak
Abrir la vía aérea	Arnasbidea ireki	Bradipnea extrema.....	Muturreko bradipnea
Acceso venoso central.....	Sarbide benoso zentral	Broncoaspiración.....	Bronkoaspirazio
Acceso venoso periférico	Sarbide benoso periferiko	Cabeza y cuello en posición neutra.....	Burua eta lepoa jarrera neutroan
Accidente individual.....	Istripu indibidual		
Acidosis láctica hipoxémica	Azidosi laktiko	Cadena de supervivencia.....	Biziraupen(eko) kate
	hipoxemiko	Camilla tijera; tablero espinal	Artazi moduko ohatila
Acidosis severa	Azidosi larri	Cánulas nasofaríngeas	Kanula nasofaringeoak
Actividad eléctrica sin pulso (AESP).....	Pultsurik gabeko jarduera	Cánulas orofaríngeas	Kanula orofaringeoak
	elektro (PGJE)	Capnógrafo	Kapnografo
Afectación vascular	Odol-hodien erasan;	Catástrofe	Katastrofe; hondamendi
	erasan baskular	Cateterismo de una vena.....	Zain baten kateterismo
Agotamiento respiratorio	Arnas akidura	Centro coordinador (CC)	Zentro
Ahogamiento; sumersión	Itotze; urperatze		koordinatzaile (ZK)
Aleteo nasal	Sudur-hegada	Circulación espontánea	Zirkulazio espontaneo
Alinear fracturas	Hauturak lerrokatze	Circulación periférica	Zirkulazio periferiko
Ambulancia	Anbulantzia; eriauto	Coagulopatía.....	Koagulopatia
Ambulancia medicalizable.....	Anbulantzia	Colapso pulmonar	Biriketako kolapso
	medikalizagarri	Collarín cervical.....	Lepoko zerbikal; iduneko zerbikal
Ambulancia medicalizada.....	Anbulantzia medikalizatu	Combitube.....	Combitube
Ambulancia no asistencial	Asistentzia gabeko	Compresión directa del punto	
	anbulantzia	de sangrado	Odoletan dagoen gunea
Amenaza vital	Bizi-mehatxu		zuzenean konprimatze
Amputación traumática	Anputazio traumatiko	Compresión torácica.....	Bularraldeko konpresio
Antibioterapia intravenosa.....	Antibioterapia zain	Control del sangrado	Odol-galeraren kontrol
	barnetik; bena barneko	Contusión miocárdica.....	Miokardioko kontusio;
	antibioterapia		kontusio miokardiko
Apertura ocular espontánea	Begien irekidura	Contusión pulmonar	Biriketako kontusio
	espontaneo	Crepitación por aire subcutáneo	Krepitazioa, azalpeko aireak eragindakoa
Apnea	Apnea	Déficit medular completo	Orno-muineko
Apósito estéril	Apositu esteril		eskasia oso
Asegurar una vía aérea adecuada	Arnasbide egokia	Déficit medular incompleto.....	Orno-muineko
	ziurtatze		eskasia ez-oso
Asistencia hospitalaria.....	Ospitaleko asistentzia	Desfibrilación automática.....	Desfibrilazio automatiko
Asistencia prehospitalaria.....	Ospitale aurreko	Desfibrilador.....	Desfibriladore
	asistentzia	Desincarceración.....	Desinkartzetazio
Aspirador	Aspiragailu	Desorientación	Desorientazio
Atelectasia.....	Atelektasia	Desviación ocular.....	Begien desbiderapen;
Atención diferida.....	Arreta geroratu		begiak desbideratze
Atención inicial	Hasierako arreta	Deterioro neurológico progresivo	Narriadura neurologiko
Atención inmediata.....	Berehalako arreta		progresibo
Atención no urgente	Arreta ez-urgente	Diaforesis	Diaforesis
Atención sanitaria	Osasun-arreta; arreta	Diagnóstico lesional completo.....	Lesioen diagnostiko oso;
	sanitario		lesioen erabateko
Auscultación pulmonar	Biriketako auskultazio		diagnostiko
Barotrauma	Barotrauma		
Barrido digital.....	Eskuzko ekorketa		

Dificultad respiratoria	Arnas zailtasun; arnasa hartzeko zailtasun
Disminución del nivel de conciencia.....	Kontzientzia-mailaren gutxitze
Drenaje pleural	Pleura(ko) drainadura
Drenaje torácico urgente.....	Bularraldeko presakako drainadura
Ecografía con Doppler	Ekografia Doppler-arekin
Edema.....	Edema
Eje cabeza-cuello-columna.....	Burua/lepoa/ bizkarrezurra ardatz
Electrocardiograma de 12 derivaciones ...	12 deribaziotako elektrokardiograma
Embolismo graso.....	Enbolia graso
Embolismo pulmonar	Biriketako enbolia; birika-enbolismo
Empaquetamiento	Paketatze
Enfermedad incurable.....	Gaixotasun sendaezin
Epistaxis severa.....	Epistaxi larri
Equipo de urgencias; equipo de emergencias (EE)	Urgentziako talde; larrialdi(eta)ko talde
Escala de coma de Glasgow (GCS).....	Glasgow-eko komaren eskala (GCS)
Estabilización de las lesiones	Lesioen estabilizazio; lesioak egonkortze
Estado hemodinámico del paciente	Pazientearen egoera hemodinamiko
Estado vegetativo	Egoera begetatibo
Estridor	Estridore
Evacuación de pacientes.....	Pazientearen ebakuazio
Evaluación sistemática del paciente	Pazientearen ebaluazio sistematiko
Evaluar el ritmo cardiaco	Bihotz(eko) erritmoa ebaluatu
Evisceración.....	Errai-ateratze; tripak ateratzea
Expansión torácica bilateral.....	Bularraldearen alde bietako hedatze
Exploración pupilar	Pupilen azterketa
Extracción (de un paciente de un coche).....	Ateratzea (paziente bat automobil batetik)
Extracción de cuerpos extraños	Gorputz arrotzak ateratze
Extrasistolia ventricular	Bentrikuluko estrasistolia
Factor tiempo	Denbora faktore
Férula de tracción	Trakzioko ferula
Férula de vacío.....	Hutseko ferula
Férula rígida.....	Ferula zurrun
Fibrilación ventricular (FV) refractaria.....	Fibrilazioa bentrikular errefraktario
Flapping.....	Flapping
Foco de fractura	Haustura(ko) foku; hausturaren gun
Foco de sangrado.....	Odol-galeraren foku
Fracaso multiorgánico.....	Organo anitzeko porrot
Fractura abierta (de pelvis).....	(Pelbiseko) haustura ireki
Fractura costal doble.....	Saihetsezurren haustura bikoitz
Fractura de pelvis.....	Pelbiseko haustura
Fractura vertebral	Ornoen haustura
Fracturas abiertas.....	Haustura irekiak
Fracturas diafisarias de huesos largos	Hezur luzeen haustura diafisarioak; hezur luzeen diafisi-hausturak
Fracturas inestables de pelvis.....	Pelbiseko haustura ez-egonkorak

Frecuencia respiratoria	Arnas frekuentzia; arnas maiztasun
Funciones vitales.....	Bizi-funtzioak
Gran quemado.....	Erre handi
Hemitórax afecto.....	Erasandako hemitorax
Hemoneumotórax.....	Hemopneumotorax
Hemorragia grave.....	Odoljario larri
Hemorragia incontrolable	Odoljario kontrolaezin
Herida	Zauri
Herida penetrante en tórax	Bularraldeko zauri penetratzaile
Heridas torácicas respirantes.....	Bularraldeko zauri arnas hartzaileak
Hiperextender el cuello.....	Lepoa hiperluzatu
Hipertensión intracraneal (HTIC)	Garezur barneko hipertentsio
Hiperventilar	Hiperbentilatu
Hipoventilación.....	Hipobentilazio
Incapacidad grave.....	Ezintasun larri
Incidente con múltiples víctimas.....	Biktima anitzeko gertakari
Incidente con una sola víctima.....	Biktima bakarreko gertakari
Incoordinación toraco-abdominal.....	Bularraldearen eta sabelaren arteko inkoordinazio; bularraldearen eta sabelaren arteko koordinaziorik eza
Incubadora	Inkubagailu
Infusión continua	Etengabeko infusio
Ingurgitación yugular	Jugularren ingurgitazio; jugularren handitasun
Inmovilización con férulas.....	Inmobilizazioa ferulekin
Inmovilización del paciente.....	Pazientearen inmovilizazio
Inmovilizador de columna.....	Bizkarrezur-inmovilizatzaile; bizkarrezur-ibilgetzaile
Insertar (una aguja).....	Ezarri (orratza)
Insuficiencia respiratoria.....	Arnas gutxiegitasun
Intubación nasotraqueal.....	Intubazio nasotrakeal
Intubación orotraqueal	Intubazio orotrakeal
Intubar.....	Intubatu
Laparotomía.....	Laparotomia
Lesión cerebral ocupante de espacio.....	Espazioa betetzen duen garuneko lesio
Lesión de la columna cervical	Bizkarrezurreko lesio
Lesión intracraneal.....	Garezur barneko lesio
Lesión medular aguda, LAME.....	Orno-muineko lesio akut
Lesión múltiple de aparato locomotor	Lokomozio-aparatuko lesio anizkoitz
Lesiones compresivas del sistema nervioso central	Nerbio-sistema zentral
Lesiones irreversibles.....	Lesio atzeraezinak
Lesiones multisistémicas.....	Sistema anitzeko lesioak; lesio sistemantzak
Lesiones musculoesqueléticas.....	Lesio muskuloeskeletikoak
Lesiones oculares	Begietako lesioak
Lesiones ocupantes de espacio (LOE)	Espazioa betetzen duten lesioak
Lesiones periféricas	Lesio periferikoak

Lesiones por explosivos, "Blast injury"	Leherkariek eragindako lesioak, "Blast injury"	Oxigenación.....	Oxigenazio
Lesiones traumáticas graves	Lesio traumatiko larriak	Paciente hipovolémico	Paziente hipobolemiko
Lesiones viscerales.....	Erraien lesioak	Paciente inconsciente.....	Paziente inkontziente
Lesiones viscerales abdominales.....	Sabeleko erraien lesioak	Paciente intubado.....	Paziente intubatu
Lidocaína en infusión continua.....	Lidokaina, etengabeko infusioan	Paciente politraumatizado.....	Paziente politraumatizatu
Luxaciones	Lokadurak	Paciente quemado.....	Paziente erre; erretako paziente
Manejo alternativo de la vía aérea	Arnasbidearen maneiu alternatibo	Paciente sedado.....	Paziente sedatu
Manejo de los pacientes	Pazienteen maneiu	Palpación costal y esternal.....	Saihets-hezurren eta bularrezurraren palpazio
Maniobra (de) subluxación mandibular.....	Baraila-lokaduraren maniobra	Parada cardiorespiratoria, PCR	Bihotz eta biriketako gelditze, BBG; bihotz eta arnas gelditze
Maniobra de Heimlich.....	Heimlich-en maniobra	Paramédico	Paramediku
Maniobra frente mentón	Kopeta/okotsa maniobra	Pares craneales	Bikote kranialak
Maniobras de reanimación.....	Erreanimazio(ko) maniobrak	PCR presenciada	Ikusitako BBG
Maniquí robotizado "SinMan"	"SinMan" maniki robotizatu	Pérdida de sangre.....	Odol-galera
Marcapasos	Taupada-markagailu	Perfusión de órganos vitales.....	Organo bitalen perfusio
Masaje torácico cerrado.....	Bularraldeko masaje itxi	Permeabilización de la vía aérea	Arnasbidearen permeabilizazio; arnasbidea iragankor egite; arnasbidea libratze
Mascarilla de oxígeno.....	Oxigeno-maskara	Presión arterial media, PAM.....	Batez besteko presio arterial, BBPA
Mascarilla laríngea	Laringe(ko) maskara	Presión intracraneal, PIC.....	Garezur barneko presio, GBP
Medición de gases arteriales	Gas arterialak neurtze; arterietako gasak neurtze	Profilaxis antitetánica.....	Profilaxi antitetaniko
Medidas básicas de soporte vital.....	Bizi-euskarriko oinarritzko neurriak	Pruebas complementarias	Proba osagarriak
Medidas terapéuticas iniciales	Hasierako neurri terapeutikoak	Pruebas cruzadas.....	Proba gurutzatuak
Medio prehospitalario.....	Ospitale aurreko ingurune	Puesto de mando avanzado, PMA.....	Aginte-postu aurreratu
Monitor-desfibrilador-marcapasos externo	Monitorea/desfibriladorea/kanpo-taupada markagailua	Puesto sanitario avanzado, PSA	Postu sanitario aurreratu
Monitorización cardíaca	Bihotz(eko) monitorizazio	Pulsiometría.....	Pulsiometria
Morbilidad.....	Morbilitate; erikortasun	Pulsioxímetro	Pulsiioximetro
Morbimortalidad del paciente politraumatizado.....	Paziente politraumatizatuaren morbmortalitate	Pulso carotídeo.....	Karotida(ko) pultsu
Mortalidad.....	Hilkortasun	Pulso femoral.....	Izterrezur(reko) pultsu; pulsu femoral
Movilización del paciente	Pazientearen mobilizazio; pazientea mugitze	Pulso radial.....	Pulstu erradial
Muerte "in situ"	"In situ" heriotza	Pulsos	Pulstuak
Musculatura (respiratoria) accesoria.....	(Arnas) muskulatura akzesorio; (arnas) muskulatura lagungarri	Punción cricotiroides	Puntzio krikotiroides; krikotiroidesko ziztada
Nervios periféricos.....	Nerbio periferikoak	Punción lavado peritoneal, PLP.....	Peritoneoko ziztada/garbigeta
Neumotórax a tensión	Tentsioko pneumotorax	Punto de sangrado	Odol-galeraren puntu
Neumotórax abierto.....	Pneumotorax ireki	Radiología simple.....	Erradiologia sinple
Neumotórax simple	Pneumotorax sinple	RCP, reanimación cardiopulmonar.....	BBB, bihotz-biriketako bizkortze
Nivel de conciencia.....	Kontzientzia-maila	RCP avanzada	BBB aurreratu
Objetos penetrantes en tórax o abdomen.....	Objektu penetratzaileak bularraldean edo sabelean; bularralde edo sabeleko objektu sarkorrak	RCP avanzada precoz.....	BBB aurreratu goiztiar
Obstrucción de la vía aérea.....	Arnasbidearen buxadura	RCP básica	Oinarritzko BBB
Oclusión traumática de la coronaria descendente anterior.....	Beheranzko aurreko koronarioaren oklusio traumatiko	Reactividad pupilar.....	Pupilen erreaktibotasun
Orden de prioridades	Lehentasun-ordena	Reanimación cardiopulmonar, RCP	Bihotz-biriketako bizkortze, BBB; bizkortze kardiopulmonar
		Reanimación cardiopulmonar in situ.....	In situ-ko bihotz-biriketako bizkortze
		Reanimación quirúrgica	Bizkortze kirurgiko; erreanimazio kirurgiko
		Rescatar a las víctimas	Biktimak erreskatatu
		Respirador	Arnasgailu
		Respirar espontáneamente.....	Espontaneoki arnastu
		Resucitación.....	Beripitze
		Retención de CO2.....	CO2 atxikitze
		Rigidez.....	Zurruntasun
		Rotura aórtica.....	Aorta(aren) haustura
		Rotura de bazo	Bare(aren) haustura
		Rotura diafragmática	Diafragmaren haustura

Sangre libre en abdomen.....	Odol librea sabelaldean
Scalp.....	Scalp
Sedación.....	Sedazio
Segundo espacio intercostal.....	Bigarren saihets arteko espazio
Sepsis.....	Sepsi
Shock.....	Shock
Shock cardiogénico traumático.....	Shock kardiogeniko traumatiko
Shock hipovolémico.....	Shock hipobolemiko
Shock neurogénico.....	Shock neurogeniko
Shock séptico.....	Shock septiko
Signos de muerte biológica.....	Heriotza biologikoaren zeinuak
Síndrome compartimental abdominal.....	Sabeleko sindrome konpartimental
Síndrome compartimental de un miembro.....	Gorputz-adar bateko sindrome konpartimental
Síndrome por aplastamiento; "crush syndrome".....	Zapaltze(agatiko) sindrome; "crush syndrome"
Sobredosis por drogas.....	Drogen gaindosi
Somnolencia progresiva.....	Somnolentzia progresibo
Sonda naso/orogástrica.....	Zunda naso/orogastriko
Sonda urinaria.....	Gernu-zunda
Sondaje urinario.....	Gernu-zundaketa
Soporte vital avanzado (SVA).....	Bizi-euskarri aurreratu
Suero glucosado.....	Serum glukosatu
Sueros expansores del plasma.....	Serum plasma hedatzaileak
Supervivencia.....	Bizi-iraupen
Taponamiento cardíaco.....	Bihotz(eko) taponamendu
Taquicardización.....	Takikardizazio
Tensión arterial sistólica (TAS).....	Tentsio arterial sistoliko
Tiempo óptimo de llegada del paciente al hospital.....	Pazienteak ospitalera iristeko behar duen denbora optimoa
Tiraje costal.....	Tiradura kostal
Toma de tensión arterial.....	Tentsio arteriala hartze
Tomografía axial computarizada, TAC.....	Ordenagailu bidezko tomografia axial, OTA
Tórax flácido.....	Bularralde flazido
Torniquete.....	Tornikete

Traccionar anteriormente de la mandíbula.....	Barailetik aurrerantz tiraka egin
Traccionar del cuello.....	Lepotik tiraka egin; lepotik tira egin; lepotik tiratu
Transfusión masiva.....	Transfusio masibo
Traqueostomía.....	Trakeostomia
Traslado.....	Traslado; lekualdatze
Tratamiento inmediato.....	Berehalako tratamendu
Tratamiento quirúrgico precoz de las heridas.....	Zaurien tratamendu kirurgiko goiztiar
Traumatismo abdominal.....	Sabel(ald)eko traumatismo
Traumatismo abdominal cerrado.....	Sabelaldeko traumatismo
Traumatismo abdominal penetrante.....	Sabelaldeko traumatismo penetratzaile
Traumatismo craneoencefálico, TCE.....	Garezur eta entzefaloko traumatismo; traumatismo kranioentzefaliko
Traumatismo torácico.....	Bularraldeko traumatismo
Traumatismo torácico estable.....	Bularraldeko traumatismo egonkor
Traumatismo torácico inestable.....	Bularraldeko traumatismo ez-egonkor
Traumatismo urogenital.....	Traumatismo urogenital
Triaje.....	Triaje
Triar.....	Triajea egin; triatu
Tubo de Guedel.....	Guedel-en hodi
Tubo endotraqueal.....	Hodi endotrakeal
Valoración inicial.....	Hasierako balorazio
Vasoconstricción.....	Basokonstrikzio
Vendaje compresivo.....	Presiozko bendaje; bendaje konpresibo
Ventilación mecánica.....	Bentilazio mekaniko
Vía aérea.....	Arnasbidea
Vía aérea permeable.....	Arnasbide iragankor, arnasbidea libre
Vía aérea quirúrgica.....	Arnasbide kirurgiko
Vía aérea superior.....	Goiko arnasbide
Vía venosa.....	Bide benoso
Vías periféricas cortas.....	Bide periferiko laburrak
Volet costal.....	Saihetsezur-bolet

CONVENIO DE COLABORACIÓN

Gipuzkoako Sendagileen
Elkargo Ofiziala



Colegio Oficial de Médicos
de Gipuzkoa



INGLÉS Y EUSKERA

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

vas a aprender

palabra



infórmate en nuestro
centro de DONOSTIA - SAN SEBASTIAN

Zubieta, 26.

Tel. 943 43 31 02

www.mondragonlingua.com

condiciones
económicas
ESPECIALES
DE MATRICULACIÓN
para integrantes del Colegio
Oficial de Médicos de Gipuzkoa
(Personal, colegiado, familiar
en primer grado o personal
de consulta de los
colegiados)

SAHARA OCCIDENTAL:

No podemos mirar para otro lado

JOSÉ LUÍS PAULÍN SEIJAS



Minas de fosfatos, yacimientos de petróleo y uno de los bancos pesqueros más ricos del mundo hacen que Marruecos no esté dispuesto a abandonar el Sahara Occidental, que tiene ocupado desde 1975 y cuya soberanía reclama. Soberanía que no ha sido reconocida por ningún país del mundo ni goza de ningún aval legal internacional. Así pues, la explotación de los recursos naturales del subsuelo y costas saharianas y su compra por otros países –entre ellos España– se puede considerar como un expolio y saqueo a los recursos naturales que corresponden al pueblo saharauí. A pesar de lo cual todos los países –también España– miran para otro lado.

El Sahara Occidental es un territorio que todavía no ha culminado su descolonización, por lo que España, la potencia colonizadora inicial, debería ser la responsable de administrar el territorio hasta que el proceso de descolonización se complete. Y es que la ocupación de Marruecos no goza de ningún aval legal internacional.

Es más, Marruecos niega cualquier posibilidad de acuerdo que no pase por la soberanía marroquí sobre el territorio; incumpliendo así el plan de paz pactado en 1991 con el visto bueno de la ONU y la OUA (Organización para la Unidad Africana). Además de incumplir dicho plan, está llenando el territorio de colonos marroquíes –ya son mayoría en el Sáhara ocupado– que explotan los recursos naturales y tienen a la población saharauí bajo

su dominio. La ONU, aunque tiene una misión especial para el Sahara (MINURSO), no es capaz de hacer cumplir a Marruecos la legalidad internacional. Mientras, Francia y Estados Unidos, ante la complicidad de España, avalan la ilegalidad marroquí.

El Consejo de Diputados de la Diputación Foral de Gipuzkoa condenó, el pasado mes de noviembre, la violenta actuación en El Aaiun y pidió al gobierno español su intervención ante el gobierno marroquí para que se respeten los derechos humanos de los saharauis y se logre una solución rápida, justa y definitiva; el PSOE, por su parte, por segunda vez, se negó a secundar en el Senado una declaración de condena contra la actuación de Marruecos en el Sahara.

Pero, ¿Cómo se ha llegado hasta aquí? En 1884 España establece un protectorado en el Sahara Occidental y en 1936 este territorio pasa a ser provincia española. En 1965 la ONU proclama el derecho del Pueblo Saharaui a su autodeterminación. A principios de la década de los 70, con el compromiso de un referéndum de autodeterminación para 1975, se concede cierta autonomía a este territorio. En esa época, en 1973, se constituye el Frente Polisario, el único representante legal del Pueblo Saharaui hasta la actualidad.

En 1975 el rey de Marruecos –país independizado de Francia en 1956– reivindica el territorio del Sahara Occidental. También lo hace Mauritania.

El Tribunal Internacional de la Haya dicta que ni Marruecos ni Mauritania tienen derechos históricos, políticos o culturales sobre el Sahara Occidental. Aún así, Hassan II de Marruecos –aprovechando que Franco y su régimen agonizaban– anuncia, en octubre de 1975, el inicio de la Marcha Verde, compuesta

por 350.000 civiles y 25.000 militares, que avanza ante la pasividad del ejército español. El Príncipe Juan Carlos –Jefe del Estado en funciones por la enfermedad de Franco– de visita al Sahara trata de tranquilizar a la población saharauí y dice que va a proteger el territorio y a sus habitantes y que el referéndum se va a realizar.

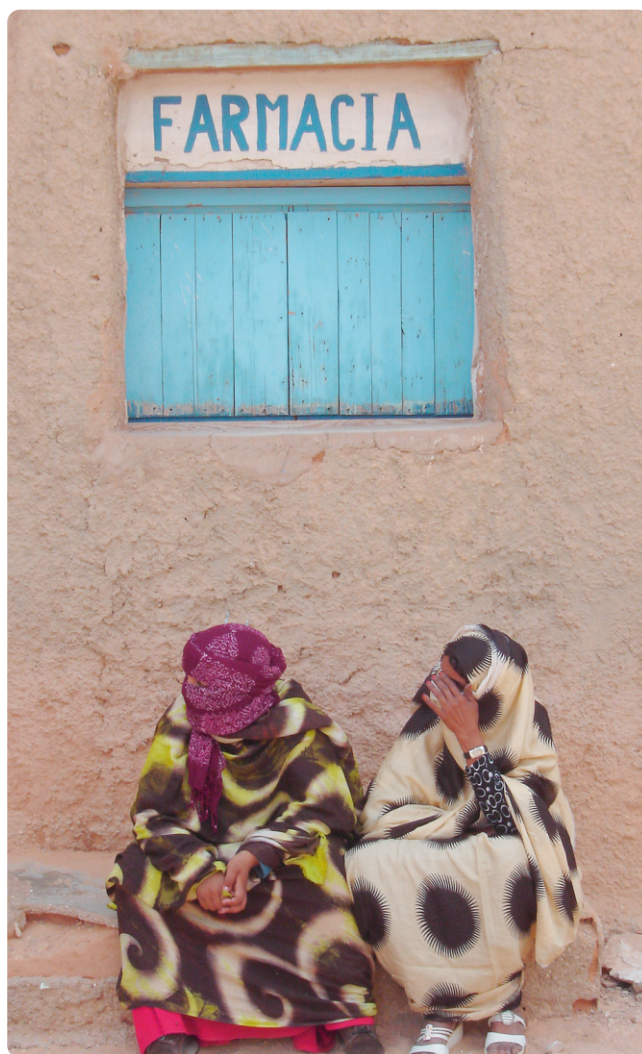
Ante la amenaza mauritana de invadir el territorio, gran parte de la población huye masivamente. 200.000 personas son bombardeadas mientras atraviesan a pie el desierto.

Doce días después de la visita del príncipe Juan Carlos, el 14 de noviembre de 1975, España, Marruecos y Mauritania acuerdan ceder la mitad del territorio a Marruecos y la otra mitad a Mauritania. Son los denominados Acuerdos de Madrid. España abandona definitivamente el Sahara el 26 de febrero de 1976. El 27 el Frente Polisario proclama la República Árabe Saharaui Democrática.

En noviembre de ese mismo año Felipe González visita los Campamentos de refugiados de Tinduf –en el suroeste de Argelia, en la parte más inhóspita del desierto sahariano– y muestra el compromiso del Partido Socialista para con el pueblo Saharaui. "Me comprometo ante la historia con que el Partido Socialista estará con el Pueblo Saharaui hasta la victoria final" declaró.

Pero la invasión marroquí no había hecho más que empezar. En 1979, una Mauritania derrotada firma la paz con el Frente Polisario y abandona el conflicto, pero Marruecos se hace con el territorio que según los acuerdos de Madrid –ilegales según el derecho internacional– correspondían a Mauritania. Un año más tarde Marruecos comienza a construir muros en las zonas que va conquistando y mina sus alrededores.

El 6 de septiembre de 1991 se acuerda un alto el fuego y celebrar el referéndum de autodeterminación para el año 1992. Pero Marruecos niega cualquier posibilidad de arreglo que no pase por la soberanía marroquí sobre el territorio,



incumpliendo el plan de paz pactado. Y en España, ninguno de los sucesivos gobiernos ha abordado el problema con la responsabilidad histórica que le corresponde por ser la antigua potencia colonial.

EXCELENTE LOCAL Y DOS PISOS EXTERIORES CÉNTRICO EN RENTERIA

SITUADO EN LA CALLE VITERI, Nº 35-1º A, CON CINCO HUECOS, EXTERIOR EN ESQUINA Y ZONA PEATONAL DE FÁCIL ACCESO
DOTADO DE INSTALACIONES
EXCELENTES CONDICIONES FINANCIERAS
FACILIDADES DE ADQUISICIÓN
PREVISTO PARA CONSULTAS MÉDICAS

638 291 773-74



C/ Viteri, Nº 39-1º izda.
RENTERIA (Gipuzkoa)



¿A quién corresponde la administración del Sahara?

El Sahara Occidental es uno de los dieciséis territorios no autónomos bajo supervisión del Comité de Descolonización de las Naciones Unidas. Este comité surgió en 1961 para acabar con el colonialismo e impulsar la descolonización de los territorios bajo administración de colonias.

La descolonización del Sahara Occidental fue interrumpida en 1976, cuando España, su

antigua potencia colonial, conforme a lo dispuesto en los Acuerdos de Madrid, abandonó el territorio en manos de Marruecos y Mauritania. Ante lo que el Frente Polisario proclamó su independencia y creó el Estado de la República Árabe Saharaui Democrática.

Desde entonces, prácticamente en su totalidad, está ocupado por Marruecos, aunque las Naciones Unidas no hayan reconocido la soberanía marroquí. La República Árabe Saharaui Democrática administra la región no controlada por Marruecos. Si bien Marruecos la administra de facto, de derecho le corresponde a España porque no terminó el proceso de descolonización.

¿Dónde viven los saharauis?

La población saharauí actualmente se encuentra totalmente dispersa en el territorio ocupado por Marruecos, en territorios liberados, en la diáspora —especialmente en España— y en Argelia en los campamentos de refugiados de Tinduf.

Marruecos ocupa las dos terceras partes del total del Sahara Occidental. Territorio que comprende toda la costa, que da acceso al banco de pesca saharauí, así como el área en el que se encuentran los yacimientos de fosfatos y los más que posibles pozos petrolíferos.

Este territorio está limitado por el este por un muro de más de 2.000 km —construido por Marruecos— repleto con más de 2.000.000 de minas. Muchas vendidas o regaladas por España. La población saharauí —una minoría respecto a los colonos marroquíes— está sometida a un férreo bloqueo informativo para ocultar muertes, torturas, agresiones, desapariciones y encarcelamientos sin juicios justos.

El área controlada por el Frente Polisario es la restante: sin salida al mar, la más deprimida y desértica de todo el Sahara Occidental. Sus habitantes continúan siendo nómadas. Quienes sobrevivieron al éxodo y sus descendientes viven en el este de Argelia, en



los campamentos de Tinduf, muy cerca de la frontera con Marruecos. Llegaron allí para unas semanas. Llevan ya 35 años. Estos campamentos se encuentran en una de las zonas más áridas del Sahara, con temperaturas gélidas en invierno y picos de más de 55 grados en verano.

En un desierto dentro del desierto. Allí todos los niños y niñas están escolarizados, hay una sanidad universal y unas necesidades mínimas cubiertas. Situación que no se da, por ejemplo, en Marruecos.

La población, unas 150.000 personas, se distribuye en cuatro grandes campamentos, Wilayas (provincias), que distan entre sí unos 25 km, excepto uno que está a 100 km. Toda la actividad administrativa se concentra en el campamento llamado Rabuni. Cada wilaya tiene entre cinco y seis municipios (dairas) y dispone de hospital y servicios

administrativos básicos. Cada daira, a su vez, dispone de escuela, consultorio de salud, corrales y ayuntamiento. Su lengua es el Hasani (dialeto del árabe) y en la escuela, como segundo idioma, estudian el castellano.

Son musulmanes sunies muy respetuosos con otras creencias y donde la mujer tiene un papel verdaderamente importante. Algo difícil de ver en otras culturas musulmanas. Siguen manteniendo vivas su cultura, creencias

y sentimiento de pertenencia a una comunidad. Debido a sus orígenes nómadas, a veces, les resulta difícil adaptarse al modo de vida asentado de los campamentos.

Una de sus principales señas de identidad es la hospitalidad, por lo que el visitante siempre es uno más de la familia.

La salud en Sahara tampoco se rinde

Como es de imaginar la infraestructura sanitaria en los campos de refugiados de Tinduf es precaria. Si bien, cada pueblo (daira) cuenta con un dispensario o consultorio y cada provincia (wilaya) con un hospital, el personal sanitario es mínimo.

El Hospital Nacional se encuentra en Rabuni donde sólo hay algunas especialidades. Los casos que precisan una atención que no se puede dar allí se derivan al Hospital Militar de Tinduf (localidad argelina más cercana). En casos excepcionales los pacientes son enviados a la capital - Argel- a unos 2.000 km de distancia. Cuando los tratamientos son muy complejos se plantea la evacuación a algún otro país. Periódicamente comisiones extranjeras de especialistas visitan los campos de refugiados para atender los casos de sus respectivas especialidades.

Existen también algunos hospitales antituberculosos, psiquiátricos, centros de rehabilitación, centros de ciegos y de rehabilitación de discapacitados psíquicos. Esta estructura oficial —que comenzó a implantarse con la llegada de la cooperación sanitaria— no ha terminado con la medicina tradicional saharauí, muy presente entre la población.

De hecho, cuando en los campamentos no existía ninguna estructura sanitaria, el peso de la salud recaía en las curanderas tradicionales. Los primeros médicos y enfermeras nativos empezaron a formarse en Cuba. Donde todavía siguen haciéndolo, además de en Venezuela y Argelia.

En los campamentos hay una escuela de enfermeras. Entre los problemas de salud más frecuentes en el Sahara Occidental se pueden citar la malnutrición infantil, las anemias ferropénicas, gastroenteritis, ulcus, asma, EPOC, infecciones respiratorias, traumatismos, diabetes, HTA, obesidad femenina, patología oftálmica derivada de la arena, sol, patología psiquiátrica derivada de la guerra...

A pesar de que podría decirse que los campos de refugiados de Argelia, en proporción al número de habitantes, reciben mucha ayuda, sus necesidades no están cubiertas. Y es que mucha de la ayuda humanitaria que llega es la chatarra que aquí no queremos. No hay continuidad en los suministros. Falta mantenimiento y, a veces, las ayudas vienen "impuestas" por los donantes.

Y no hay que olvidar que la ayuda humanitaria es nula en los territorios ocupados por Marruecos. Esta ayuda —necesaria— tranquiliza las conciencias de responsables políticos y parte de la sociedad civil, y anestesia y diluye, cuando no lapida, la reivindicación de una salida política justa para el Pueblo Saharaui, y no denuncia con la debida firmeza al verdadero culpable de ésta situación: el Reino de Marruecos, ni al verdadero responsable: el Reino de España.



El doctor Paulin en uno de sus viajes a los campos de refugiados de Tinduf

El proyecto médico Auserd necesita financiación para poder seguir atendiendo en el Sahara

Este proyecto -en el que participan médicos de familia, pediatras, ginecólogas, enfermeras y matronas- trata de ayudar a mejorar y mantener la salud física y psíquica en los campamentos de refugiados de Argelia. La falta de dinero hace que su situación sea crítica, por lo que solicitan ayuda económica.

Según explica el médico José Luís Paulín, este proyecto ofrece apoyo a la cobertura sanitaria en los consultorios y en el Hospital de la Wilaya. "Ofrecemos asistencia directa a la población enferma, formación del personal local, mantenimiento de instalaciones y acompañamiento, para hacerles sentir que no están solos" señala. La cuota de socio colaborador es de 10 euros al mes a través de domiciliación bancaria en la cuenta n°: 3035 0083 21 0830700802 de Caja Laboral, poniendo nombre y apellidos seguido de DFB'6. Así, el dinero se destina sólo al Proyecto de Salud de Auserd iniciado, en 1996, por Mundubat (www.mundubat.org). Apenas hay personal médico local y los médicos que van ofrecen asistencia directa y forman al personal de enfermería en técnicas básicas

diagnósticas y terapéuticas para cuando no hay personal médico, es decir, la mayor parte del año. Paulín recuerda que alguien dijo que la vida es un sitio muy peligroso, no por las personas que hacen el mal sino por las que se sientan a ver lo que pasa. Él dice: "No te sientes. Ez zaitez eseri".

Para recibir más información o participar de forma directa -médicos de familia, pediatras o ginecólogos-:

BEATRIZ MARTÍN de la ONG Mundubat
(bmartin@mundubat.org)
Teléfono: 944 162 325. Fax: 944 794 248

Para saber más sobre el Sahara: www.arso.org,
www.spsrasd.info, www.saharatik.com

AMBULANCIAS

GIPUZKOA S.COOP.



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

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

Servicio las 24 h. del día

80 Ambulancias 15 años de experiencia

140 profesionales en plantilla a su servicio

Asistencias nacionales e internacionales

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



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

TELEFONOS 943 330 330* /
943 55 49 62*

Oficinas 943 55 60 66
FAX 943 33 15 95



MIEMBRO DE:

E.O.G.E.
Euskadiko Osasun Garraio Elkarte
Asociación de Transporte Sanitario del País Vasco

A.N.E.A.
Asociación Nacional de Empresarios de Ambulancias

IMPREZA
desde: 21.800 €



SUBARU

VERTIZ

CONCESIONARIO OFICIAL PARA GIPUZKOA

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

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

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

OUTBACK
desde: 32.700 €



FORESTER
desde: 23.500 €



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

902 10 00 22 • www.subaru.es

PVP recomendado en Península y Baleares para Subaru Impreza I.V.A., transporte e impuesto de matriculación incluidos. Outback Consumo mixto: 8,6L. Emisiones 204 g/km. Outback Diesel Consumo mixto: 5,8L. Emisiones 153 g/km. Forester Consumo mixto: 8,4L. Emisiones 198 g/km. Forester Diesel Consumo mixto: 6,3L. Emisiones 167 g/km. Tribeca Consumo mixto: 11,6L. Emisiones 275 g/km.

Naturaleza Subaru

Resúmenes de publicaciones recientes

Dr. Gabriel Zubillaga

SÍNTOMAS DISPÉPTICOS DE "REBOTE" TRAS EL ABANDONO DE PANTOPRAZOL

Casi la mita de las personas que tomaron Pantoprazol (44%) durante cuatro semanas, siendo asintomáticas, al abandonar el tratamiento tuvieron dispepsia varios días, lo que hace pensar que se produce una Hipersecreción ácida de rebote que desaparece entre dos y tres semanas después de dejar de tomarlo. Otros dos estudios han ratificado este hallazgo.

Niklasson A y cols. Am J Gastroenterol 2010; 105: 1531.

2 LA OBSERVACIÓN Y LA RADIOFRECUENCIA OPCIONES VÁLIDAS EN TUMORES RENALES PEQUEÑOS EN PERSONAS ANCIANAS

Muchos tumores renales pequeños se descubren incidentalmente en el TAC; la mayoría de éstos son malignos, pero crecen lentamente y son asintomáticos. Un estudio realizado entre 537 personas mayores de 75 años con tumores renales menores de siete centímetros, en el que el 80% fueron tratados con Cirugía/Crioablación/Ablación con sondas de radiofrecuencia; el 20% restante no recibió ningún tipo de tratamiento, tras un seguimiento de cuatro años, 148 personas habían fallecido, sólo seis de ellas por un carcinoma renal.

Aunque los no operados eran mayores y tenían más comorbilidades, la supervivencia fue similar en los tratados y en los que no lo fueron. Se vio que la Radiofrecuencia produce menos morbilidad que la cirugía.

En el segundo trabajo realizado con Radiofrecuencia en 208 pacientes de 64 años de media y seguimiento de veintisiete meses, y otros 66 seguidos más de tres años, sólo en nueve pacientes hubo recurrencia de la enfermedad (todos diagnosticados en los primeros tres años de la Radiofrecuencia) y sólo tres pacientes tuvieron enfermedad metastásica. El mensaje es que la Ablación por Radiofrecuencia es una buena alternativa en tumores pequeños, incluso en jóvenes que no desean nefrectomía total o parcial.

Lane BR y cols. Cancer 2010; 116: 3119.
Tracy CR y cols. Cancer 2010; 116: 3135.

3 LOS SUPLEMENTOS DE CALCIO SE ASOCIAN CON INCREMENTO DE INFARTOS DE MIOCARDIO

Se ha observado en un meta-análisis de cinco estudios con más de 8.000 personas -de las cuales el 77% eran mujeres- a las que se ha seguido durante cuatro años. Otros once estudios con 12.000 pacientes confirman estos hallazgos.

Los autores estiman que tratando a mil personas con suplementos de calcio durante cinco años se previenen 26 fracturas, pero habría catorce infartos de miocardio más. No hay mayor riesgo de Ictus y muertes. Los clínicos deben sopesar este riesgo en comparación con el mínimo beneficio en densidad ósea y el riesgo de fracturas en el grupo de población que recibe calcio.

Bolland MJ y cols. BMJ 2010; 341: c3691.

4 TRAS UN TRAUMATISMO CEREBRAL LEVE, LA MAYORÍA DE NIÑOS ESTARÁN LIBRES DE SÍNTOMAS AL AÑO

Un estudio realizado en Canadá con dos grupos de niños, el primero con 670 niños con traumatismo craneal leve y el segundo con 1.957 niños con traumas no craneales, y cuyos padres cumplimentaron un cuestionario a la semana, a las dos semanas y al mes hasta completar el año.

A los tres meses, el 11% de los pacientes con traumatismo craneal leve y el 0,5% de los que tenían traumatismos no craneales tenían fatiga, irritabilidad y cefaleas. Al año, sólo el 2,3% persistía en los síntomas. Los mayores de 6 años y con traumas mayores tenían peor pronóstico. Otros estudios ratifican estos hallazgos.

Barlow KM y cols. Pediatrics 2010; 126: e374.

5 EN LA UREMIA NO TIENE VENTAJA LA HEMODIALISIS TEMPRANA

En la última década se ha recomendado la diálisis precoz en pacientes renales, aunque un estudio reciente realizado en Australia y Nueva Zelanda no ve ventajas en ello. El estudio tomó como base 828 personas adultas.

El primer grupo tenía un Filtrado Glomerular entre 10 y 14 ml/min; el segundo grupo un Filtrado Glomerular de entre 5 y 7 ml/min. No se encontró diferencias en la mortalidad (37% en ambos grupos) ni en las complicaciones (eventos cardiovasculares, infecciones y otras). Conclusión: parece que se puede posponer la diálisis hasta un Filtrado Glomerular de 5 a 7 ml/min, a menos que la clínica lo indique antes.

Cooper BA y cols. N Engl J Med 2010; 363: 609-619.



"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

En colaboración con el Departamento de
Sanidad del Gobierno Vasco



Osakidetza
Servicio vasco de salud

24 horas a su disposición
Servicios privados
Seguros



REGISTRO PUBLICIDAD SANITARIA N° 86/09

UNIDAD DE VÉRTIGO

Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

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

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

DR. FERMIN MATELLANES
OTORRINOLARINGOLOGIA

Aux: N. ALKIZA
Aux: G. GARMENDIA

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

La Berenjena

En mi ejercicio profesional he observado que, a lo largo de la historia, en el medio rural de nuestra costa vasca ha sido escasa la dedicación ofrecida a la preparación y consumo de productos de huerta. Sin embargo, desde el Ebro hasta el Cantábrico se pueden obtener buenas cosechas de estos productos de los que podemos encontrar hasta casi un centenar de variedades.



Hoy nos corresponde hablar sobre la berenjena que pertenece a la misma familia que el tomate, y cuya primera plantación contemplé en Orio cerca de la desembocadura del río Oria. Aunque sus propietarios, lo denominaran como "pipar beltza" (pimiento negro), el nombre que recibe en euskera es berenjena o alberjinia. El nombre parece ser que proviene de la palabra persa badinyan, que pasó al árabe y de ahí al español. El nombre científico, por su parte, es *Solanum melongena*.

Yo, por primera vez, las saboreé en Zaragoza. Resulta que existen muchas formas de preparación: berenjenas al estilo de Eibar, rebozadas de Auski... Aunque tal vez la más adecuada sea la berenjena de la comarca de Campo de Calatrava, en Ciudad Real. Las que allí cultivan no son muy grandes, tienen forma de pera y un color morado intenso.

De hecho, la Berenjena de Almagro (localidad ubicada en la comarca de Campo de Calatrava), es una de las primeras hortalizas de España en obtener denominación de origen. Esta Denominación de Origen surgió para evitar la pérdida de la variedad autóctona así como la particular elaboración de la misma.

El origen de esta hortaliza se sitúa en el sudeste asiático. Los mayores productores mundiales de berenjena son China e India. Los comerciantes árabes la llevaron hasta el norte de África y en la Edad Media, entró a Europa por la España musulmana, desde donde se extendió a los países cálidos del Mediterráneo. Fue introducida en América por los españoles.

Sobre su composición hay que decir que contiene 90% de agua; 5% de azúcar; 0,1% de grasa (prácticamente nula); 1% de proteínas. Es rica en minerales y pobre en vitaminas (lo cual se subsana fácilmente tomando cualquier fruta cruda) y tiene un valor energético muy bajo, en torno a 15-20 calorías por cada cien gramos. Por lo que puede entrar en todos los regímenes de adelgazamiento, pues tiene las mismas calorías que los champiñones o las vainas y es de fácil digestión. En resumen, es una hortaliza muy ligera, con gran cantidad de agua y sales minerales que son de absoluta necesidad, sobre todo, para compensar nuestras pérdidas por el sudor.

La berenjena tiene formas de preparación bastante similares al calabacín: se puede freír, guisar, rellenar o asar. Su época ideal de consumo es en los meses estivales, aunque actualmente se encuentran todo el año en el mercado.

HAY ALGO MÁS EN LA VIDA QUE VOLVO. BURLAR CADA ESQUINA CON SU TRACCIÓN TOTAL. PONER A PRUEBA LAS LEYES DE LA FÍSICA CON SU SISTEMA DSTC. Y DEJAR QUE EL SISTEMA DE DETECCIÓN DE PEATONES FRENE EN CASO DE QUE TÚ NO LO HAGAS. POR ESO CONDUCES EL VOLVO MÁS TRANSGRESOR.



NUEVO VOLVO S60 DESDE 32.340€.

NACIDOTRANSGRESOR.VOLVOCARS.ES

Volvo S60 de 163 a 304 cv. Consumo ponderado (l/100 km) de 5,3 a 9,9. Emisiones CO₂ (g/km) de 139 a 231. PVP recomendado para Península y Baleares (IVA, impuesto de matriculación y transporte incluidos). IVA aplicado 18%. Plan 2000E aplicable según disponibilidad de Comunidad Autónoma. Línea Volvo 902 300 310.

Volvo. for life



Auto Suecia

Bº Jáuregui, 76
943 33 11 31. Hernani
www.autosuecia.com

ALTAS

Septiembre 2010

CASTELLANO IMAZ,
M^a Loreto Fca.
SUINAGA ERRASTI, Miren Isabel
PIWOWARSKI KRZYSZTOF, Andrés

Octubre 2010

MARTINEZ-LAGE ALVAREZ, Pablo

Noviembre 2010

MAULEON, François
CHINCEA, Ion

BAJAS

Septiembre 2010

CURIESES BECERRIL, Laura
AVALOS PINTO, Rosa M^a
ISPIZUA OJANGUREN, Maite

Octubre 2010

MARIN TAMAYO, José Manuel
PALACIOS LOPEZ, Miriam
SANTAMARIA OLABARRIETA,
Marta
ESTEVEZ KRASTEN, Irina
LOPEZ VAZQUEZ, Jesús Ramón
VILLARREAL BALZA DE VALLEJO,
Juan José
BASTIDA TORRE, Rebeca

Noviembre 2010

ALFAGEME MEDIAVILLA, M^a del
Rosario
BENITO MONTES, Guadalupe
IBARGUCHI ALVAREZ, M^a Aranzazu
MORENO JIMENEZ, Iván José

Para que la base de datos del Colegio esté en todo momento actualizada, es necesario que nos comunicéis cualquier cambio en vuestros datos personales (especialidad, centro de trabajo, domicilio, etc.). Asimismo, como venimos insistiendo a través de las circulares, es necesario que nos facilitéis vuestra dirección de correo electrónico.

Quienes todavía no lo hayáis hecho, podéis rellenar esta ficha y enviarla al Colegio, llamar por teléfono (943 27 63 00) o enviar un correo con vuestros datos a info@gisep.org.

FICHA DE DATOS PERSONALES

Colegiado N°

Nombre y apellidos

Domicilio

Población **C.P.**

Teléfono fijo **Teléfono móvil**

Especialidad(es)

Centro de trabajo

Correo electrónico