

MEDIKUEN AHOTSA GIPUZKOA MÉDICA



El secreto médico
Entrevista: Dr. Fuentes Biggi

CONCURRIDA ASAMBLEA GENERAL

Sumario

Tribuna abierta: La confraternidad entre los médic@s (José María Urkia)	2
Asesoría jurídica: Objeción de conciencia en atención primaria según las últimas sentencias	4
El secreto médico (Inés Gil Lasa)	6
Un centenar de colegiados asiste a la Asamblea General	8
El consejero de salud anuncia las líneas de actuación de su departamento	10
Juan José Rodríguez Sendín, reelegido presidente del CGCOM	11
Aula Médica Senior: Recuerdos de viaje	12
Aula Médica Senior: Un médico en el gran banco de Terranova	13
Altas y bajas	14
In memoriam	15
Homenaje en Azuelo a los doctores Acha Briones, precursores de la colegiación médica universal	17
Joaquín Fuentes Biggi: "Gipuzkoa es un referente mundial en el autismo"	18
Noticias	22
Andoni Orube: "Nuestro reto es evaluar los resultados clínicos para poder mejorar"	23
Aula Médica Senior: Anestesia, factor fundamental en el progreso de la cirugía	26
Medikuntzako lexikoa: giza genoma	28
Kolaborazioa: Osasun arreta euskaraz	31
Por la Salud: Julián Bereciartua	32

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 / Erredakzio-batzordea

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

Coordinación y textos / Koordinazioa eta testuak

Lupe Calvo Elizazu (prensa@gisep.org)

Diseño y maquetación / Diseño y maquetación

Jaione Ugalde

Portada

Asamblea General. (Juantxo Egaña)

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 editoriallean adierazten du.



Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa
Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala

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

Editoriala

Joan zen 2013ko maiatzaren 4an egin zen Elkargoko Urteko Batzar Orokor Arrunta, eta bertara 116 elkargokide hurbildu ziren, benetan aipatzeko moduko kopurua, aurreko deialdiekin alderatuz gero, Gipuzkoako elkargokide guztien % 3ra ere iristen ez den arren.

Bildutakoen gehikuntza horren arrazoi gisa hurrengoak aipa daitezke: batzarra larunbatean egitea, edo Elkargoaren zuzendaritza hartu zuenetik emandako 9 hilabeteetan Batzorde berriaren aurreko batzarra izatea, Lehendakariatzatik elkargokideei etortzeko egindako deia edota baita martxan jarritako azken neurriak ere.

Batzarrak gai-zerrendan jorratutako ia puntu guztiak onartu zituen, aurrez aztertu eta eztabaidatu ondoren: aurreko bileraren akta, 2012ko aurrekontuaren likidazioa, Elkargoko Ogasun Batzorde berriaren osaera eta Euskal Herriko Kontseilu Medikoaren Estatutuak ez onartzea, azkenik, gaur egungo Gobernu Batzordearen proposamenari jarraituz.

Lehendakariak, Idazkaritzak, Fundazioak eta Aholkularitza juridikoak beren txostenak irakurri zituzten.

2013. urterako aurkeztutako aurrekontua, ordea, ez zen onartu. Ez dauka diferentzia handirik aurreko urtekoarekin alderatuta, eta horrek 2012koa modu automatikoan luzatzea ekarriko luke.

Cuatrecasas bulegotik Elkargora inkorporatu berria den letratu, aholkulari gisa, batzarrean egoteak, eztabaida sortu zuen, era honetako deialdietan usadio hori arauzkoa eta arrunta den arren. Bileraren aurretik aurkeztu eta elkargokide guztien eskura jarritako dokumentazioa eskas eta partzialtzat jo zen. Zuzendaritza Batzordeak Elkargora iritsi bezain laster enkargatutako hiru Auditoretzen egokitasuna ere zalantzan jarri zen, Lehendakariak bere txostenean Auditoretza horien emaitzak xehetasun osoz azaldu zituen arren. Aurreko Zuzendaritzak "lapurtutako haurren" kasuan izandako jokatzeko moduak gaitzespen ugari jaso zituen batzarrean. Amaitzeko, Elkargokideen kuota beherantz berrikustea eta langabezia-egoeran dauden medikuentzako kuota hori egokitzea ere planteatu ziren.

Elkargokide batzuk oso kritiko azaldu ziren Lehendakariari, aurrekoarekin alderatuz, esleitutako diru-kopuruak izan duen gehikuntzagatik, Elkargoari eskaintzen dizkion orduen truke urtean jasotzen zituen 20.000 euroak 23.000 euro izatera pasatu baitira. Beste elkargokide batzuek, aldiz, bere adostasuna erakutsi zuten puntu honetan, Elkargoaren zerbitzura dauden beste langile batzuek jasotzen dituzten ordainsari altuekin konparatuz. Egon zen datu hau ezkutatu egin zela azaldu zuenik ere, Batzarrean aurkeztutako aurrekontuetan —Gobernu Batzordeak alde aurretik 2012-XII-20ko bere osoko bilkuran aho batez onartutakoetan, hain zuzen ere— argi eta garbi agertzen ziren arren.

Aholkularitza juridikoen bikoiztasun gisa ulertzen zena denon aurrean argitzeko, bikoiztasun horrek kostuaren aldetik ekarriko lukeen gehikuntzarekin, C. Pellejero abokatuak erretiroa laster hartzeko intentzioa duela aipatu zen, eta egoera horrek utziko lukeen zuloa betetzeko eta trantsizioa modurik egokienean prestatzeko hasi dela lanean Cuatrecasas bulegoa, 2013ko azaroaren amaiera arteko kontratua egin baitzaio, gerora berrikusi daitekeena.

Indarrean dauden gure Estatutuak ere gogoetarako gai izan ziren, eta estatutu horiek berehala indarrean jarriko den Zerbitzu Profesionalen Legea egokitu beharra aipatu zen (bateraezintasunak, elkargo autonomikoak...), eta alderdi honetan elkargokide guztien proposamenak entzun eta jasoko dira.

Batzarra bizi-bizi joan zen, beraz, luzetxo agian, gure artean eduki beharreko errespetua, neurria eta lasaitasuna galtzeraino uneren batean edo bestean. Ongi etorria izan bedi desadostasuna, baina leialtasunez eta guztien mesederako baldin bada betiere. ■

El pasado 4 de mayo de 2013 se celebró la Asamblea General Ordinaria del Colegio con la asistencia de 116 colegiad@s, cifra muy notable si se compara con convocatorias precedentes, si bien no llega ni al 3 % de la colegiación de Gipuzkoa.

Posibles razones de ese incremento, entre otras, el cambio de día a un sábado, la invitación desde la Presidencia a acudir, al tratarse de la primera Asamblea de la nueva Junta, que lleva 9 meses dirigiendo el Colegio, las nuevas medidas puestas en marcha.

La Asamblea, no sin debate, aprobó la mayoría de los puntos del Orden Día: Acta de la reunión anterior, Liquidación del presupuesto de 2012, Composición de la nueva Comisión de Hacienda y la no aprobación de los Estatutos del Consejo Médico del País Vasco, a propuesta de la Junta de Gobierno actual.

Se dio lectura de los informes de Presidencia, Secretaría, Fundación y Asesoría Jurídica.

No se aprobó el presupuesto presentado del año 2013, que en poco se diferencia del anterior, lo que conllevaría a una prórroga automática del anterior de 2012.

Se suscitó un debate en torno a la presencia del letrado del Colegio, del recién incorporado Despacho Cuatrecasas, para asesorar a la Asamblea, práctica normativa y común en este tipo de convocatorias; escasa y parcial la documentación presentada previa a la reunión y a disposición de toda la colegiación; la pertinencia de las tres auditorías encargadas por la nueva Junta nada más llegar al Colegio, y cuyos resultados fueron explicados con detalle por el Presidente en su informe, largo y extenso; reproche a la anterior Junta en su actuación en el llamado caso de los "niños robados"; la revisión de la cuota colegial a la baja y su adecuación a los médicos en situación de desempleo.

Hubo, asimismo, voces muy críticas con el incremento de la asignación económica del Presidente con respecto al anterior, pasando de 20.000 euros año a 23.000 euros año, en atención a su dedicación al Colegio. Otras manifestaron en este punto su conformidad, comparativamente con las altas retribuciones de algún personal al servicio del Colegio. Hay quien vio incluso ocultación de este dato, reflejado claramente en los presupuestos presentados a la Asamblea y aprobados por la Junta de Gobierno, por unanimidad, en su reunión plenaria de 20.XII.12.

Lo que se entendía como una duplicidad y aumento de coste de las asesorías jurídicas, quedó explicado por la necesaria y ordenada transición entre la próxima jubilación del letrado C. Pellejero y la incorporación del Despacho Cuatrecasas, que tiene un contrato firmado hasta final de noviembre de 2013, luego revisable.

Los vigentes Estatutos fueron motivo de alguna reflexión y se plantea su adecuación a la inminente Ley de Servicios Profesionales (incompatibilidades, colegios autónomos...), y se dará, además, audiencia a todos los colegiado/as para recoger sus propuestas.

Asamblea viva, larga, quizás perdiendo, en algún momento, la mesura y el buen tono que nos obliga. Bienvenida la discrepancia pero en un afán constructivo y leal. ■

JOSÉ MARÍA URKIA ETXABE, PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GIPUZKOA

LA CONFRATERNIDAD ENTRE LOS MÉDIC@S



© Juantxo Egaña

El Código de Deontología Médica (CDM) mantiene que es un deber primordial la confraternidad entre los profesionales de la medicina, sólo superado por los derechos de los pacientes. El capítulo VIII del citado Código, artículos 37 a 42, estudia y aporta una doctrina del mayor interés para establecer las relaciones entre médic@s, en sus distintas vertientes y situaciones.

Muchos conflictos entre nosotros se evitarían con un conocimiento cabal y reflexivo de dicho CDM.

Desde el Juramento Hipocrático, pasando por textos de ética y deontología de Maimónides, hasta las recopilaciones más actuales, se insiste en la importancia de una correcta relación entre los médic@s, pasando desde el respeto reverencial a los maestros has-

ta las relaciones jerarquizadas en los sistemas sanitarios, basadas, en teoría, en el respeto y la lealtad. Gregorio Marañón escribió páginas inolvidables acerca del respeto y la consideración entre médicos.

Abordaré, en primer lugar, los conflictos de relación entre los profesionales de la medicina en el ámbito asistencial.

La organización sanitaria jerarquizada suele ser foco de conflictos, si bien nunca se debería perder una labor de respeto, mutua confianza y buena relación entre superiores e inferiores, en el ámbito jerárquico.

La desconsideración, el trato impositivo y el menosprecio, incluso público, son conductas reprobables.

De mayor gravedad sería la apropiación indebida de una contribución científica por un superior o la obstrucción deliberada del legítimo derecho al desarrollo o promoción profesional. El líder, o jefe, lo debe ser por su autoridad moral y por su capacidad para armonizar al conjunto de subordinados con el fin de obtener lo mejor de cada uno, apoyarles, en bien de la profesión médica y del enfermo.

El CDM sentencia en su 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".

El artículo 40.3 refuerza esta idea: "La jerarquía del equipo médico deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostente la dirección de un equipo cuidará que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opiniones profesionales".

Otro aspecto de enorme interés incide en evitar los desequilibrios asistenciales y organizativos, favoreciendo a algunos en detrimento de otros, para hacerse con un curriculum más ventajoso a expensas del esfuerzo y sacrificio de sus compañeros. La promoción personal es loable y legítima, siempre que se haga por cauces éticos y justos, no son admisibles conductas de favoritismo, ni tolerar la desidia, que carcome el afán de superación de compañer@s injustamente tratados.

El artículo 42.1 del CDM es taxativo: "Los médicos que ostentan cargos directivos están obligados a promover el interés común de la profesión médica. Su conducta nunca supondrá favoritismo o abuso de poder".

Todos los apartados del artículo 38 abordan los conflictos entre profesio-

nales en diversas situaciones.

A la hora de compartir enfermos se deben proporcionar toda la información que posean, de manera clara, sin ocultar datos o enmascararlos con siglas o letra ilegible.

Las discrepancias nunca se producirán ante el enfermo, menos desprestigiando al colega, o injuriándolo, menos aún en polémica pública, los ámbitos de resolución de las discrepancias, a veces lógicas, se harán en el seno de la comunidad médica, en el ámbito profesional o colegial. La vulneración de este precepto es la causa de un gran número de demandas judiciales, además de causar un daño irreparable al médico y a la medicina.

Un claro deber de confraternidad obliga, por otra parte, a persuadir al compañer@ que por enfermedad, edad, u otras causas objetivas, a alejarse o dejar la profesión, de manera temporal o permanente, por su bien y el de los enfermos a su cargo. Con discreción, pero sin mirar para otro lado, se debe orientar al médico compañero hacia el Colegio Médico, que resolverá lo mejor para él y para sus pacientes.

En el momento actual la investigación médica, la fiebre de publicaciones, el ansia de llenar un buen cu-

riculum para obtener una ventajosa carrera profesional, puede llevarnos a no cumplir con ciertas normas deontológicas, que luego acarrearán problemas.

Es un deber compartir conocimientos médicos en beneficio de los pacientes, pero hemos de observar normas claras a la hora de la publicación, de tal manera que nunca se incluirán en ella a personas que no han participado sustancialmente en la elaboración y redacción del trabajo, y en ningún caso a quien nada ha hecho. Es falta seria no incluir a personas que han aportado su contribución, a veces decisiva. La firma del trabajo respetará el orden y los méritos de cada investigador, en función de su participación en él, por muy renombrado que sea, nunca puede aparecer en un trabajo ajeno a su elaboración.

Finalmente, los profesionales de la medicina mantendrán la mayor corrección y respeto con otros profesionales de la salud que trabajan con ellos: enfermería, farmacia, documentalistas, psicólogos, veterinaria, fisioterapeutas, asistentes sociales, respetando sus competencias, con una comunicación fluida y responsable, en beneficio del enferm@. ■



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

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

JON PELLEJERO ARAMENDIA

Letrado Asesor del Colegio de Médicos de Gipuzkoa



OBJECION DE CONCIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN LAS ÚLTIMAS SENTENCIAS

Ya nos referimos a la objeción de conciencia hace poco más de dos años cuando se promulgó la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

El artículo 19.2 de dicha Ley reconoce el derecho a ejercer la objeción de conciencia a “los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo”. Algunos médicos de Atención Primaria, considerando que no deben informar ni derivar a las pacientes sobre la interrupción voluntaria del embarazo, han querido ejercer el derecho de objeción de conciencia. No obstante, hay pronunciamientos judiciales que consideran que los médicos de Atención Primaria no están directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo por lo que no se les permite ejercer el derecho a la objeción de conciencia.

Así, se iniciaron diferentes procesos judiciales en orden a reconocer el derecho a la objeción de conciencia por motivos deontológicos y su negativa a implicarse directamente en cualquier acto relacionado con la interrupción voluntaria del embarazo, tanto en fase consultiva como en la preparatoria y en la ejecutiva. Los médicos consideraban que la negativa de la administración a ejercer ese derecho constituía una vulneración del artículo 16.1 de la Constitución que recoge el derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa.

Aunque la gran mayoría de sentencias dictadas en primera instancia no reconocieron dicho derecho, hubo alguna

El médico que legítimamente opte por la objeción de conciencia no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia

que reconoció el derecho a la objeción de conciencia, siendo recurrida en apelación ante el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. El pasado mes de abril se notificó una Sentencia dictada por dicho Tribunal que manifestaba que los médicos de Atención Primaria no pueden hacer uso del derecho a la objeción de conciencia para no informar a las embarazadas y no derivarlas porque éstos no se encuentran directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo.

En la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía se considera que aplicando la jurisprudencia del Tribunal Supremo y del Tribunal Constitucional, en el caso de que una mujer decida interrumpir voluntariamente su embarazo, no se exime al médico del deber de informarle sobre las prestaciones sociales a las que tendría derecho caso de proseguir el embarazo y sobre los riesgos somáticos y psíquicos que se puedan derivar de su decisión. Asimismo, se manifiesta que no es posible predeterminar el alcance subjetivo que

para cada médico supondrá, en relación a sus creencias religiosas o ideológicas, el hecho de tener que informar a una mujer que ha decidido interrumpir su embarazo de los riesgos psíquicos y somáticos que se pueden derivar de su decisión; todo ello partiendo del hecho de que en ningún caso se puede ofender a quien está en contra del aborto y debe informar sobre las prestaciones sociales a las que la mujer tendría derecho.

Por todo ello, el médico que legítimamente opte por la objeción de conciencia no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia.

Según la resolución dictada, en la demanda se considera la objeción de conciencia como un derecho absoluto frente a cualquier otro derecho, incluso sobre el derecho a la vida, ya que según la Sentencia de otra forma no se puede entender que se cuestione la posibilidad de solventar un riesgo vital derivado de la práctica de una interrupción del embarazo. El problema deriva que la determinación del contenido del derecho es individual y es él quien debe afrontar su posición frente a la norma, y desde esa posición confrontar su libertad con la obligación legal que le impone. Por lo tanto, a priori no se puede sostener que las obligaciones del personal sanitario respecto de la interrupción voluntaria del embarazo vulneren el artículo 16 de la Constitución, porque parte de una prioridad absoluta de la objeción de conciencia que equivale a considerarla un derecho primario y absoluto que deben respetar el resto de los derechos

reconocidos; pero según el Tribunal no es así, la objeción de conciencia no es un derecho primario y absoluto.

De conformidad a la interpretación realizada por el Tribunal, el médico se encuentra frente a una decisión personal e individual que afecta a su esfera personal en el ejercicio de un derecho fundamental reconocido por el artículo 16.1 de la Constitución y que se protege por la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. En esta situación, solamente al médico de Atención Primaria se le exige informar sobre unos derechos que junto a otros configuran dicha decisión personal.

Asimismo, el artículo 19 de la Ley Orgánica 2/2010 establece que los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán derecho a ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la asistencia sanitaria pueda resultar menoscabada por el ejercicio del derecho de objeción de conciencia. El derecho a la objeción de conciencia para negarse a participar en la intervención de interrupción del embarazo debe ejercitarse anticipadamente y por escrito, sin embargo los profesionales sanitarios deben dispen-

sar el tratamiento y atención médica adecuada a las mujeres que lo precisen, tanto antes como después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo; por lo que el médico de Atención Primaria deberá prestarle la asistencia sanitaria médica que consiste en informar y derivar al servicio correspondiente.

Por todo ello, el Tribunal Superior de Justicia establece que el derecho a la objeción de conciencia en relación a la interrupción del embarazo no es un derecho fundamental que se pueda incardinar en el artículo 16.1 de la Constitución, estando regulada la objeción de conciencia por una regulación legal ordinaria, y el interesado en ejercitar el derecho a la objeción de conciencia se debe atener en cada caso a esta regulación; estando excluida del derecho a la objeción de conciencia la atención médica anterior y posterior a la intervención de la interrupción del embarazo.

Este pronunciamiento del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía viene a ratificar el "Comunicado sobre objeción de Conciencia en relación a la Ley del Aborto" de 24 de julio de 2010 emitido por la Comisión Central de Deontología, en el que se manifestaba que "la práctica del aborto no puede ser una excepción,

pero la objeción de conciencia sólo se puede admitir en aquellas acciones directas necesarias para su realización. No debe trasladarse a actuaciones previas indirectas, ya que sería una obstrucción a un derecho contemplado en la legislación vigente".

Hay que recordar que la propia Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial recomienda a los médicos hacer constar expresamente en la documentación del expediente que la derivación se realiza a petición de la propia embarazada, con lo que de esta forma se evita responsabilizar al médico de la solicitud de derivación.

De conformidad a todo lo manifestado, los tribunales establecen que los médicos y el resto de personal sanitario de Atención Primaria no pueden ejercer el derecho a la objeción de conciencia para no informar a la paciente sobre la interrupción voluntaria del embarazo y no derivar a la misma al servicio correspondiente para la intervención, puesto que se considera que dichos actos anteriores no se encuentran directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, siendo esta interpretación acorde con lo manifestado por la Comisión Central de Deontología. ■

ANSULANTZIA
AISTNAJURMA

MAIZ
AMBULANCIAS

"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 8809

INÉS GIL LASA, SECRETARIA DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA

EL SECRETO MÉDICO

Nuestro Código de Deontología Médica (CDM) dice del secreto médico, en su artículo 27.1, que es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, mientras que el Manual de Ética y Deontología Médica (MEDM) publicado el pasado año por la Organización Médica Colegial (OMC) lo describe como una cualidad inherente a la profesión médica, una señal de identidad del ejercicio de la medicina.

Pero esta preocupación por salvaguardar la intimidad del enfermo se remonta siglos en el tiempo. De todos es sabido que la obligación del secreto médico ya se contempla en el Juramento Hipocrático: “todo lo que viere u oyere en mi profesión o fuera de ella, lo guardaré con sumo sigilo”. Posteriormente, en el s. VI d.C., también se hace referencia al mismo en el Código Hebreo de Asaf.

Por su parte, la Constitución española de 1978 en su artículo 18.1 establece “el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen” como un derecho fundamental. Asimismo, el Código Penal, en su artículo 199, dice: “El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses”.

No debe ser pues por desconocimiento de esta obligación sostenida por la ética, la tradición y la legalidad, que se vulnere el secreto médico, por todos reconocido y ampliamente divulgado. En el caso de su vulneración deben concurrir otras causas que la favorezcan.

Los avances médicos de las últimas décadas han dado como resultado una asistencia realizada por distintos profesionales del ámbito sanitario y no sanitario, que se intercambian continuamente información sobre los pacientes. En este proceso el secreto médico, antaño centrado en la relación entre dos personas, se difumina en el grupo. Todos sus componentes tienen acceso a datos confidenciales y todos se deben al secreto profesional. Surge así el concepto de “secreto médico compartido”.

Al hecho anterior se suma la cantidad creciente de pacientes que se atiende diariamente en nuestros centros.

Asimismo las instalaciones resultan muchas veces, bien por obsoletas, bien por haber sido diseñadas sin tener en cuenta el principio de intimidad y confidencialidad, inadecuadas para garantizar esos derechos fundamentales.

A todos nos vienen a la cabeza numerosas situaciones que de forma cotidiana se dan en nuestros hospitales, derivadas de los problemas mencionados. A saber, informar a los familiares en los pasillos delante de otros acompañantes; dar por hecho que un visitante puntual pueda ser depositario de información sobre el enfermo; dar información telefónica sobre la salud de los pacientes; mencionar el nombre completo de los pacientes por altavoces, para su acceso a ciertas consultas; abandonar encendidos los ordenadores con vía libre a información confidencial.

Sekretu medikoa

Gure Deontologia Medikoko Kodeak dioen moduan, sekretu medikoa da medikuaren eta pazientearen arteko harremanaren zutabe nagusietako bat. Bide beretik, Mediku Elkargoen Elkartearen Etika eta Deontologia Medikoko eskuliburuak profesio medikoak bere-berea duen ezaugarria bezala definitzen du, medikuen lanbidearen bereizgarri behinena.

Espainiako Konstituzioak, bere aldetik, oinarritzko eskubidetzat jotzen du “ohorerako, intimitate pertsonal nahiz familiarreko eta norberaren irudirako eskubidea” eta Kode Penalak dio ezen “besteren sekretuak zabalduko lituzkeenak, horien ezagutza bere lanbidea edo lan-harremanak direla medio izan ondoren, batetik hiru urterako espetxe-zigorrekin eta seitik hamabi hilabeterako isunarekin zigortua izango dela”.

Sekretu medikoa, beraz, ezin urra daiteke, etikak, tradizioak eta legezketasunak bermatzen duten obligazio hori ez ezagutzeagatik; eta urratuko litzatekeen kasuan, urratze hori erraztu eta bideratuko luketen beste arrazoi batzuk ere egon beharko dira.

Otras veces, son la relajación o la ligereza a la hora de cumplir con el deber del secreto, las que hacen que el mismo pueda ser vulnerado. Valga el ejemplo de comentar casos de pacientes en espacios comunes como ascensores, cafetería, delante de otros pacientes... O, de forma excepcional en nuestros días, sucumbir a la curiosidad de compañeros, familiares o conocidos desvelando información que hemos obtenido en el curso de nuestro trabajo, o que, incluso, podemos recabar por tener acceso a datos de pacientes que no hemos tratado.

La vulneración del CDM que suponen las situaciones previas, se ve ampliamente reflejada en el capítulo V del mismo. En su artículo 27.2 dice: "El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente incluyendo el contenido de la historia clínica". El artículo 27.3 recuerda que "el hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional" y el 27.7 advierte que "el médico preservará en su ámbito social, laboral y familiar, la confidencialidad de los pacientes". No menos trascendente es el artículo 28.5 que aclara que "la muerte del paciente no exime al médico del deber del secreto profesional".

Como ya hemos mencionado, el secreto profesional no solo implica al médico sino a todo el equipo que participa en la asistencia del enfermo. Este aspecto se desarrolla en los artículos 29.1 y 29.3 del mismo capítulo V donde leemos: "el médico debe exigir a sus colaboradores, sanitarios y no sanitarios, absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional" y "el médico debe tener una justificación razonable para co-

El secreto profesional es la columna que vertebra la relación de confianza del paciente con su médico y es necesario y preceptivo salvaguardarlo en todas las situaciones

municar a otro médico información confidencial de sus pacientes".

Otro aspecto importante del secreto profesional atañe a la difusión pública de cuestiones de salud, bien por afán de compartir conocimientos, bien por cuestiones de índole administrativo. En estos casos la identidad del paciente ha de ser siempre salvaguardada. A este respecto el CDM en su artículo 28.2 recalca que "el médico procurará que en la presentación pública de documentación médica en cualquier formato, no figure ningún dato que facilite la identificación del paciente" y en el artículo 28.3 añade que "está permitida la presentación de casos médicos que hayan sido fotografiados o filmados para fines docentes o de divulgación científica habiendo obtenido la autorización explícita para ello o conservando el anonimato".

No podemos dejar de mencionar la importancia de mantener la confidencialidad de toda la documentación generada en el acto médico tanto en papel como en soporte informático. Este amplio apartado merece, por su magnitud y trascendencia, ser tratado en profundidad en otra ocasión.

Si bien el secreto profesional ha de ser la norma por la que se rijan la actuación de cualquier médico, existen ciertas circunstancias en las que pu-

diera romperse. El CDM así lo expone aunque insistiendo en que, incluso cuando el paciente lo autorice o el juez lo requiera, el médico intentará desvelar los datos estrictamente necesarios para la situación requerida. A este asunto se dedica el artículo 30 del CDM, que enumera los casos en que el médico podrá revelar el secreto profesional, que son los siguientes: en las enfermedades de declaración obligatoria, en las certificaciones de nacimiento o defunción, cuando se vea perjudicado por mantener el secreto, en casos de agresión, cuando sea llamado a testificar por el Colegio y, por último, por imperativo legal.

En resumidas cuentas, el secreto profesional es la columna que vertebra la relación de confianza del paciente con su médico y es necesario y preceptivo salvaguardarlo en todas las situaciones, teniendo siempre presente que la complejidad de la medicina actual, el paulatino aumento de la presión asistencial, la falta de previsión a la hora de crear espacios que favorezcan la confidencialidad y la relajación a la que conduce la rutina de la práctica médica diaria son elementos que pueden favorecer el incumplimiento de este mandato ético y legal.

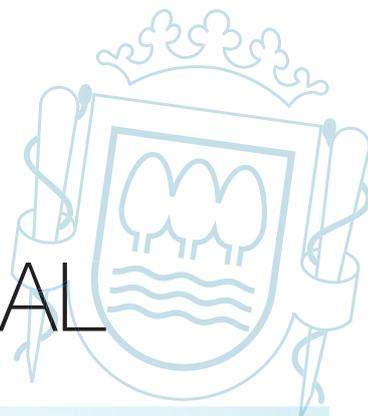
BIBLIOGRAFIA:

Código de Deontología Médica. OMC. Julio 2011.
Manual de Ética y Deontología Médica. OMC. Coordinador Dr. Joan Monés. 2012. ■

Fe de erratas: El texto correcto del último párrafo de la página 6 del número anterior es: "En todo caso, como cita el artículo 38.1: Los médicos compartirán sus conocimientos científicos en beneficio de sus pacientes".

CARLOS BENITO, SECRETARIO GENERAL

UN CENTENAR DE COLEGIADOS ASISTE A LA ASAMBLEA GENERAL



El Presidente del Colegio, José María Urkia, en un momento de la Asamblea General.

© Juntxo Egaña

A continuación se resume brevemente lo acontecido en la Asamblea del Colegio de Médicos celebrada el 4 de mayo de 2013. Quienes estén interesados en recabar más información, pueden acceder al acta de la Asamblea, así como a la grabación que se efectuó de la misma.

El 4 de mayo, sábado, a las 10.30 comenzó la primera Asamblea General del Colegio presidida por el Dr. Jose M^a Urkia, Presidente del Colegio desde julio del año pasado. La misma se celebró con gran afluencia de colegiados, exactamente 116, no recordándose en la historia del Colegio una asistencia tan multitudinaria, que dejaba entrever que iba a ser una Asamblea muy participativa. Tras la bienvenida del Sr. Presidente, y antes de dar comienzo al Orden del Día, hubo un par de intervenciones en contra de la presencia del Asesor Jurídico en la sala, así como la protesta de un colegiado porque no se le habían enseñado todas las cuentas que había solicitado. Tras estas intervenciones se dio paso al Orden del Día.

En primer lugar, el Sr. Secretario dio lectura al acta del pasado año, al término de lo cual se votó, aprobándose por mayoría de los asistentes que habían estado en aquella Asamblea del 2012.

Seguidamente tomó la palabra el Sr. Presidente para hacer un exhaustivo repaso de lo realizado por la Junta de Gobierno durante los 9 meses de mandato.

Pasándose posteriormente a leer los informes tanto de Secretaría como de la Fundación y de la Asesoría Jurídica, de esta última un breve resumen ya leído en el informe de Secretaría. Asimismo, se leyó el informe de comprobación de cuentas de la Comisión de Hacienda.

Tras estos prolegómenos, en donde hubo algunas intervenciones puntuales de los asistentes, se entró en los dos puntos más conflictivos del Orden del Día.

El Sr. Tesorero expuso las cuentas del año 2012, una vez terminada su exposición, la anterior Tesorera, Dra. Coro Eceiza, intervino para comentar que las cuentas de una

y otra gestión debieran estar separadas, pero no se vio la posibilidad de poder hacerlo. Tras ello, varios asistentes intervinieron dando su opinión en pro y contra y solicitando más explicaciones de las cuentas. Tras un acalorado cambio de opiniones, se pasó a la votación, siendo aprobadas por mayoría las cuentas del 2012.

Nuevamente tomó la palabra el Sr. Tesorero para exponer los presupuestos para el año 2013. Concluidas sus explicaciones, se entró en otro cambio de opiniones por los participantes, quizás más pasional que el anterior, pero siempre correcto y con respeto. Dos puntos fueron los más debatidos: el gasto que supone la contratación de la Asesoría Jurídica Cuatrecasas, con el suplemento económico que eso supone dado que siguen en nómina los dos Abogados del Colegio, y el aumento en la asignación mensual al Sr. Presidente. Tras muchas intervenciones se pasó a la votación, siendo rechazados por mayoría los presupuestos del 2013.

El siguiente punto del Orden del Día fue la ratificación del acuerdo de Junta de Gobierno de no aprobar los estatutos del Consejo Médico Vasco. Tras la exposición del Sr. Presidente, se aprobó por mayoría el ratificar la no aprobación de dichos Estatutos.

Otro punto polémico fue la designación de los miembros de la Comisión de Hacienda, con varias intervenciones al efecto. En votación, la Comisión presentada por la Junta de Gobierno salió elegida por la mayoría de los asistentes.

Tras algunas intervenciones en ruegos y preguntas, la Asamblea finalizó a las 14.15. ■

Fotos: © Juantxo Egaña



En primer término, el asesor jurídico del Colegio que, por primera vez, estuvo presente en la Asamblea.



En la imagen, José Ignacio Kutz, Tesorero, José María Urkia, Presidente, y Carlos Benito, Secretario General.

Joan zen maiatzaren 4an, larunbata, eta elkargokide ugarirekin presentziarekin, Jose M^a Urkia buru zuela egindako lehen Batzar Orokorra ospatu zen. Inoiz ez da izan, Elkargoaren historia luzean, hainbeste jende bildu zuen batzarririk: 116 elkargokide, hain zuzen ere. Aholkulari juridikoa aretoan egoteak hainbat kritika piztu zituen, eta egon zen, era berean, eskatutako kontu guztiak erakutsi ez zitzaizkiola-eta protesta egin zuenik.

Iazko akta onartu ondoren, Lehendakariak bere agintaldiko 9 hiletan Elkargoan aurrera eramandako jardueraren errepaso luze-zabala egin zuen. Jarraian Idazkaritzaren, Fundazioaren, Aholkularitza juridikoaren eta Ogasun Batzordearen txostenak irakurri ziren.

Eztabaida bizi-bizi joan zen, eta segidan, 2012ko kontuak onartu ziren gehiengoz. 2013ko aurrekontuei begira, bi puntu izan ziren eztabaidarik gehien piztu zutenak: Cuatrecasas aholkularitza juridikoaren kontratazioak sortutako gastua, batetik, eta Lehendakariaren hileroko diru-esleipenean izandako igoera, bestetik. Interbentzio ugariaren ostean, 2013ko aurrekontuak atzera bota ziren gehiengo osoz.

Informazio gehiago jaso nahi dutenek batzarraren akta eskura dezakete, eta baita bertan egindako grabazioa ere.



Las secretarias del Colegio toman nota del nombre y número de colegiado de los asistentes.

JON DARPÓN, CONSEJERO DE SALUD

EL CONSEJERO DE SALUD ANUNCIA ANTE LOS MÉDICOS GUIPUZCOANOS LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN DE SU DEPARTAMENTO



© Juantxo Egaña

El Consejero de Salud, Jon Darpón, inauguró los cursos de la Fundación del Colegio.

El Consejero de Salud, Jon Darpón, defendió ante los colegiados de Gipuzkoa que su gobierno, sin ninguna duda, va a apostar por el sistema público de salud y que Osakidetza no se va a privatizar.

Jon Darpón visitó el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, acompañado por el director del departamento de Sanidad, Iñaki Berraondo, y el director general de Osakidetza, Jon Etxeberria, para asistir a la inauguración de los cursos de formación continua que el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa organiza a través de su Fundación.

“Pese a que haya otros modelos, nosotros vamos a seguir apostando, inequívocamente, por un sistema sanitario público y de calidad”, indicó Jon Darpón quien en el transcurso de su intervención dio cuenta de las líneas de actuación que su departamento va a desarrollar durante los próximos cuatro años.

La primera de las líneas de actuación presentada por el Consejero –que reconoció que antes que nada es médico– fue el cambio de nombre de su departamento. Así, el departamento que dirige ha pasado a llamarse Departamento de Salud porque “vamos a intentar hacer pedagogía, transmitir que la salud no depende solo de la administración, sino

que, en primer lugar, depende de la persona”, defendió Darpón.

Asimismo, indicó que el actual Gobierno Vasco apuesta inequívocamente por los principios en los que Osakidetza se inspiró: universalidad, equidad, calidad de los servicios y participación ciudadana. “La salud es un derecho universal por lo que vamos a intentar dar salud y asistencia sanitaria a todas las personas que viven en Euskadi y vamos a defender la salud como derecho y no como consecuencia de la Seguridad Social”, señaló.

El desarrollo de cronicidad, vejez y dependencia es el segundo de los pilares de la actuación de Jon Darpón al frente del departamento de Salud. Según indicó, “En Euskadi hay más de trescientas mil personas mayores de 65 años, más de cien mil mayores de 80. Por ello, siguiendo en la misma línea definida por el anterior Consejero, vamos a intentar seguir en la atención al crónico”.

Asimismo, el Consejero señaló que su departamento va a intentar potenciar la Atención Primaria para lo cual contempla dotar a los centros de salud con más medios y que desde los hospitales se permita a los médicos de Atención Primaria pedir pruebas complementarias y reordenar la cartera de servicios.

«Aun a riesgo de equivocarnos, vamos a intentar hacer el esfuerzo de repensar las políticas de recursos humanos y sobre todo intentar escuchar»

La tercera de las líneas definidas por el Consejero hace hincapié en las personas. Así, el Consejero definió el sistema sanitario como “un sistema de personas que atienden personas”, y reconoció que desde la administración son conscientes de que hay un problema porque casi nadie está a gusto. “Aun a riesgo de equivocarnos –dijo– vamos a intentar hacer el esfuerzo de repensar las políticas de recursos humanos y sobre todo intentar escuchar, porque estamos convencidos de que la clave de un buen servicio son las personas”.

La sostenibilidad es otro de los pilares sobre el que va a intentar sustentarse la política sanitaria vasca durante estos próximos años. Y es que el departamento va a contar con entre 150 y 180 millones de euros menos que el año pasado. Así, el Consejero anunció que se va a concentrar algún servicio para que sea más eficiente; se van a integrar atención primaria y especializada; se van a agrupar áreas administrativas y se va a seguir haciendo un uso racional de la farmacia.

El Consejero, asimismo, anunció que se va a seguir apostando por la innovación y la investigación para lo cual propuso la reducción de estructuras administrativas y la investigación en red. ■

JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN, REELEGIDO PRESIDENTE DEL CGCOM

«EL ÁNIMO DE LUCRO Y LAS LEYES DEL MERCADO NO SON COMPATIBLES CON LOS VALORES DE LA PROFESIÓN MÉDICA»

En su toma de posesión, Rodríguez Sendín se mostró crítico con las medidas de recorte y privatización de la sanidad y, en presencia de la ministra de Sanidad, Ana Mato, indicó que hay una respuesta mayoritaria de las profesiones sanitarias en general y de la profesión médica en particular “contra los intentos de externalizar/privatizar la gestión de lo público”.

Tras agradecer la confianza de los presidentes de los Colegios Médicos que –con 43 votos a favor y 6 en blanco– han permitido su reelección, Rodríguez Sendín recordó que el Sistema Nacional de Salud, basado en la universalidad, equidad, calidad y solidaridad, ha funcionado hasta ahora eficientemente, convirtiéndose, por su calidad, cartera de servicios y costes, en referente mundial, y añadió que “es un grave error cambiar el modelo y las reglas de funcionamiento basándose únicamente en políticas de ajustes presupuestarios”.

También declaró que “bajo la justificación de hacer frente a la adversa situación económica, se han tomado y se siguen tomando medidas a golpe de Real Decreto sin consultar ni debatir con los agentes sociales y los profesionales” y añadió que “el ánimo de lucro, las leyes del mercado y las reglas imprescindibles en otros ámbitos sociales no son compatibles ni, en ningún caso, pueden estar por encima de los valores de la profesión médica, del compromiso con los ciudadanos y los pacientes, ni con los objetivos y fines sustanciales del SNS”.

Según Rodríguez Sendín las transferencias sanitarias han tenido aspectos positivos, como el acercamiento de las decisiones a los ciudadanos, pero



Los recortes sanitarios, aplicados de forma lineal e indiscriminada sin participación de los profesionales, no ayudan a lograr la sostenibilidad de los sistemas de salud

al mismo tiempo han supuesto importantes interferencias políticas en el sistema público de salud. No obstante, para él, la norma general en las políticas sanitarias públicas de los últimos años ha sido una gestión ineficiente y una descoordinación funcional, que los médicos han denunciado reiteradamente y para la que se ha venido exigiendo un gran acuerdo político que permitiera introducir las reformas necesarias para lograr un mejor gobierno del SNS. “Consideramos imprescindible ese acuerdo político o pacto de Estado, pero de momento, ni está ni se le espera”, dijo.

Según declaró, el SNS viene sufriendo recortes indiscriminados que han afectado de modo especial al gasto farmacéutico y de personal, sin abordarse por el contrario los cambios estructurales necesarios, como la gestión de los contratos, el uso apropiado de las tecnologías, la medicina preventiva o las estrategias de crónicos, que permitan la eficiencia, equidad y calidad que los profesionales de la sanidad reclaman.

El presidente de la OMC señaló que “los recortes sanitarios que se vienen

produciendo en todas las Comunidades Autónomas, aplicados de forma lineal e indiscriminada sin participación de los profesionales, no ayudan a lograr la sostenibilidad interna de los sistemas de salud y no son suficientes, por si mismos, pues pueden afectar la calidad y seguridad en la atención a los ciudadanos”. Por ello, reclamó que “se cuente con las recomendaciones y las experiencias de los profesionales, y de las organizaciones que les representan y se invierta en aquellos actos y actuaciones médicas que aporten mayor salud con un menor coste”.

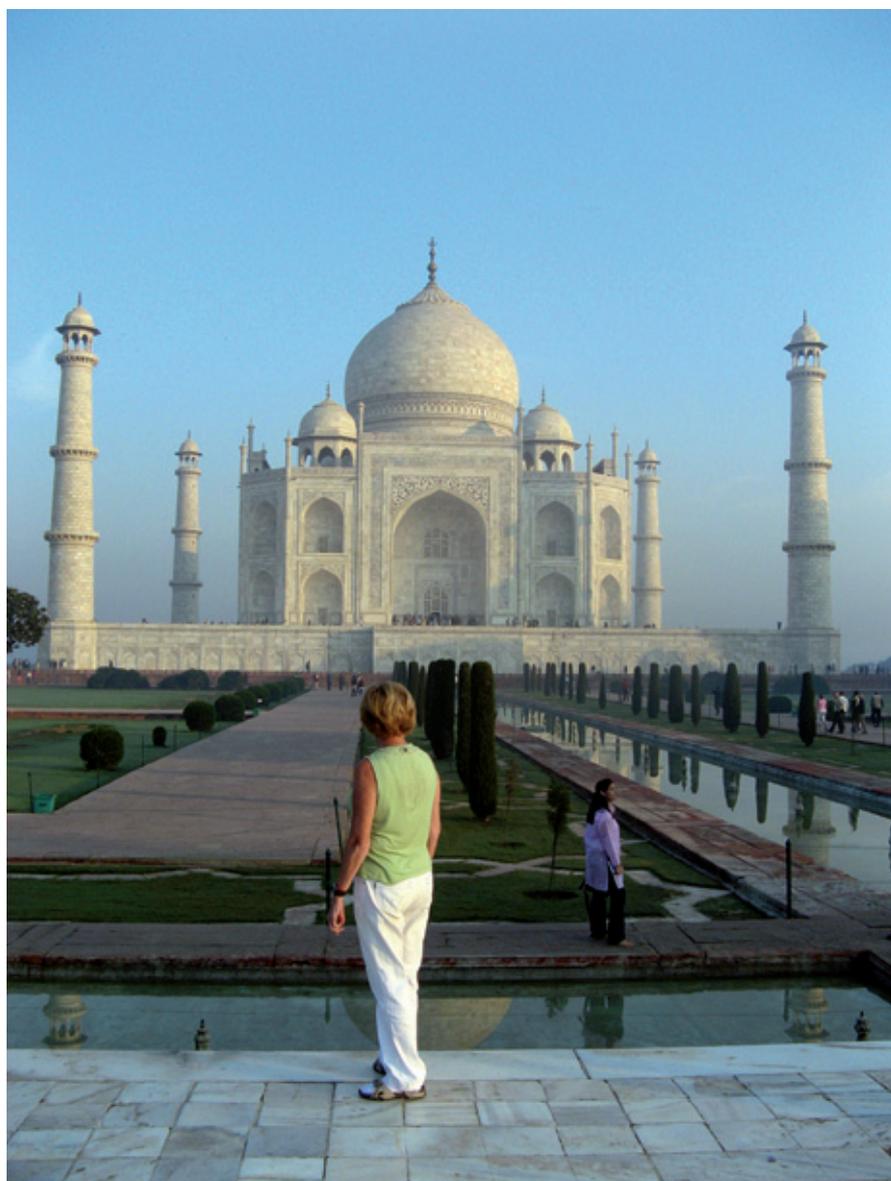
También reveló que el paro se está incrementando en la profesión médica y recordó que el número de médicos que han solicitado certificados de idoneidad profesional para salir de España se ha cuadruplicado en cuatro años. Asimismo expuso que el Real Decreto de medidas para favorecer la continuidad de la vida laboral y promover el envejecimiento activo perjudica gravemente a los médicos que compatibilizan ejercicio público y privado.

Entre las prioridades para este mandato, el Presidente de la OMC destacó la difusión de los valores de la medicina y del Código Deontológico; la reforma de los Estatutos de la OMC; el registro de profesionales; el carné médico colegial nacional reconocido en el ámbito europeo; la mejora del entorno profesional de los médicos; y la defensa de los derechos de los médicos y de la ciudadanía y los pacientes.

Junto a Juan José Rodríguez Sendín han sido reelegidos Jerónimo Fernández, José María Rodríguez y Fernando Rivas como vicesecretario, tesorero y representante nacional de médicos con empleo precario, respectivamente. ■

Máximo Fernández

RECUERDOS DE VIAJE



Para decidir la época del año en que realizar el viaje se pueden visitar: www.buscounviaje.com, www.mundoporlibre.com, www.thebesttimetovisit.com.

Para el Dr. Fernández hay dos formas de viajar: en viaje organizado o a nuestro aire. La primera opción conlleva hacer amigos y no tener que preocuparse por nada, pero también presenta inconvenientes como tener que adaptarse a horarios, hoteles y visitas y a los compañeros. Algo que a veces resulta difícil.

Cuando elegimos viajar a nuestro aire podemos organizar el viaje a través de una agencia, o bien organizar nosotros el viaje y contratar un guía solo en sitios puntuales.

Antes de salir conviene contratar un seguro médico y de anulación; llevar un certificado médico en inglés que indique medicamentos que se toman, alergias, etc. y llevar un botiquín básico. A la vuelta se recomienda acudir a Sanidad si se sienten males o síntomas extraños.

Los billetes de avión hay que sacarlos con antelación. Para ello se puede visitar: www.rumbo.es, www.kayak.es/vuelos, www.momendo.com. Para buscar alojamiento, por su parte, hay estas otras páginas: www.booking.com, www.agoda.es, www.trivago.es. Todas ellas, además de no cobrar nada por la reserva, permiten cancelar sin gastos con 24 horas de antelación.

También tenemos a nuestro alcance las guías de viaje Lonely Planet, Guía Azul o Trotamundos, así como algunas páginas en las que conocer experiencias de otros viajeros www.losviajeros.com, www.viajeadictes.com, www.viajeros.com, www.tripadvisor.es, www.viajarporelmundo.com. ■

Bajo el título "Recuerdos de viajes", el doctor Máximo Fernández, además de proyectar fotografías captadas en India, Tailandia y Camboya, ofreció algunas recomendaciones a tener en cuenta a la hora de preparar un viaje.

Tal y como explicó el Dr. Fernández, la historia de la humanidad es la historia de los desplazamientos. "Desde que existe la humanidad, el hombre se ha desplazado, cambiando de cueva o asentamiento para mantenerse. Luego se hizo sedentario y más tarde pasó a interesarse por el mundo que le rodeaba. Así nacieron los viajes, inicialmente, para descubrir, con-

quistar y colonizar. Pero ahora viajar es una forma de disfrutar de la vida", indicó.

Algunos grandes viajeros y conquistadores de la historia, según el Dr. Máximo Fernández, fueron el legendario Gílgamés, rey de Uruk (hoy Irak) que, hacia el 2700 a.C., viajó en busca de la inmortalidad; Moisés que, hacia el 1200 a.C., viajó con los judíos de Egipto a Palestina; o aquel vikingo, llamado Ottar, que fue el primero en cruzar el círculo polar ártico.

Según explicó, lo primero a tener en cuenta antes de iniciar un viaje es el presupuesto que, en buena manera, determinará la duración del viaje y su destino.

Conferencia de Luciano San Sebastián



Los pescadores de altura en Terranova es el título de la conferencia que el pasado mes de febrero ofreció el doctor Luciano San Sebastián en el ciclo Aula Médica Senior. El doctor San Sebastián, quien ha dedicado un libro a la pesca de altura en Terranova (“En el gran banco de Terranova”) dio cuenta de sus viajes como médico de la flota de bacaladeros de la empresa pasaitarra PYSBE. El doctor San Sebastián destacó, fundamentalmente, la extrema dureza de la vida de los pescadores de altura.

“Un barco de la PYSBE –relata el doctor San Sebastián Arteaga– era, en aquella época de mediados de los años 50, una especie de monasterio navegante. Para los sesenta tripulantes de cada bou, la obediencia, la pobreza, la castidad y el sacrificio no eran, a ciencia cierta, inferiores que los de los monjes cartujos de la Trapa”.

Según lo que vio en las travesías que hizo en 1954 a los mares de Terranova y Labrador, “la disciplina era de absoluta necesidad, porque el fruto de la pesca dependía de la coordinación planificada de los esfuerzos de todos los marinos, oficiales del puente y máquina, marineros de cubierta y de salazón, rederos y los mismos cocineros. La pobreza era la

condición de vida de todos los tripulantes salvo quizás los capitanes y los patrones de pesca de las parejas”, contó.

Sobre la castidad y los sacrificios a los que los pescadores se debían enfrentar, el doctor San Sebastián indicó que “la castidad es fácil de comprender, pues entre los tripulantes nunca vi una mujer y las de los puertos no eran, ni moral ni sanitariamente, recomendables. Como sacrificios, sin duda superaban a los cartujos con sus posibles disciplinas, porque el trabajo era para todos de doce horas al día, en turnos de noche y día con temperaturas de diez grados bajo cero, sufriendo las violentas ráfagas de un viento helado, las granizadas y nevadas o la rompiente de las olas que barren la cubierta al inicio o el fin de un temporal”.

A lo que hay que añadir los frecuentes peligros que se esconden tras las densas y persistentes nieblas y la soledad. “Los abordajes, los icebergs o los ciclones que ascienden desde el Golfo son peligros mortales no infrecuentes. La soledad impregna sus vidas, lejos de sus familias, sus esposas y sus hijos para quienes son realmente desconocidos por sus continuadas campañas de seis meses eternos en una sucesión interminable”, indicó.

La empresa PYSBE, con base en Pasajes, fue fundada en 1926 por un grupo de empresarios guipuzcoanos con el apoyo del Rey Alfonso XIII. A principios de la década de los 50, esta empresa poseía trece barcos para la pesca de altura –uno de ellos el Aquilón en el que se enroló en 1954 el doctor San Sebastián– y cuatro más en construcción.

La toponimia de la isla de Terranova recuerda la presencia en aquellas aguas de nuestros balleneros primero y de pescadores de bacalao después (a partir del siglo XVI). En el siglo XIV, cuando la presencia de ballenas en la costa vasca empezaba a escasear, los vascos tuvieron que ir en su búsqueda hacia Irlanda y Terranova. En los siglos XV y XVI la habilidad como arponeros de los pescadores vascos era conocida en toda Europa.

Estas pesquerías decayeron con la paz de Utrecht (1713) que dejó a España fuera de la explotación de la pesca en Terranova y volvieron a resurgir en el siglo XX gracias, entre otras razones, a la creación de la empresa PYSBE S.A. y al boom en toda Europa, en los años 50 y 60, por las pesquerías en caladeros lejanos gracias la aplicación de las técnicas de congelación a las pescas industriales. ■

altas y bajas

altas

Febrero

Joana Reparaz Mendinueta
Alberto Fernández Ortun
Miguel Lafuente Hidalgo
Stalin Lucio Espinoza Herrera

Marzo

Eugen Robert Borchert
Ander Urruticoechea Ribate
Rosana Ranz Angulo
David López Vaquero

Abril

Asier Mercado Pancorbo
Irati Telleria Bereciartua
Josune Zubicaray Salegui
Maialen Olazabal Loyola
María Otaño Ariño
Ainara Ikarán Zugazaga
Alexandre Urbistondo Galarraga
Iñaki Sanz Esquiroz

Mayo

Kristina Aiestaran Zelaia
Garazi Ormazabal Gaztañaga
Naiara Andrés Marín
Irene Jorge Fernández
Sara Ibarbia Oruezabal
Marta Urbistondo Lazpita
Cristina Alzate Arsuaga
Irati Lopetegui Mendizabal
Irene López Oreja
Enara Echeverría Dorronsoro
Nora Palomo Gallo
Miren Arocena Jiménez
Adriana Couto García
Igor Novo Sukia
Naroa Iriondo Iartza
Ane Ugarte Barturen
Jon Royo Fernández
Maitane Irastorza Ariztegui
Mayi Alustiza Urruticoechea
Maite Urcelay Olaberria
Elene Oyarzabal Arbide
Iraia Pillado Arbide
Arantza Artola López
Leire Mendibil Esquisabel
Ignacio Sanz Lázaro
Aitziber Luengo Echeveste

Eneritz Beobide Guridi
Imanol Recalde Beitia
Nuria Urquiza Alcaraz
Xabier Vázquez Albisu
María Keller Lizuain
María Ruiz del Castaño Unceta-Barrenechea
Juan Martínez López
Ainhoa Vela Fernández
Beatriz Azcue Prieto
Maialen Velasco Álvarez
Aitor Alberdi Azcue
Olaia Peñagaricano Muñoa
Alai Goñi Ramírez
Irati Larraza Maiza
Irati García Albizua
Izarne Totorika Txurruka
Martín Sánchez Andiñon
Ana Carballeira Álvarez
Jeons Uh Hong Cho
Angel Ruiz de Pellón Santamaría
Marta Menéndez Gabielles
Zineb Ahrazem Dfuf
Ana Domínguez Castells
Nerea Errazquin Aguirre
Maddi López Olaizola
Mikel Zubeltzu Sese
Tamara Tabera Arévalo
Nerea Michel Peña
Maialen Ganzarain Oyarbide
Eider Etxart Lopetegui
Alba Canalda García
David Gutierrez Ríos Rodrigo
Itziar López Alboniga
Santiago Correa García
Michele Cerni
Jone Gaztelurrutia Renom
Víctor Manuel Rubio Calaveras
Yon Iriarte Aseguinolaza
Sergio Andrés Torres Bayona
Beatriz Pacho del Castaño
Milenko Callañaupa Gonzales
Christie Jessica Alonzo Mesías
María Isabel Simón Yarza
Guillermo Viteri Ramírez
Lidia Estopiñan Fortea
Elixabete Ganzarain Oyarbide
Luis Ignacio Martínez Alcorta
M^a Cristina Iruretagoyena Pérez

bajas

Febrero

Herless Rodrigo Avellaneda Campos
Janna Bairac

Marzo

Inmaculada Pérez Garcarena
Jokin Zabalza Unzue
Joseba Beitia Basterrechea
María Lojendio Osborne
Víctor Manuel Sáez Mochón

Abril

Ernesto Torrado Bardasano
Carlos García-Arenzana Anguera
Patricia Felpete López
Jesús García Santiago
Pavel Igor Montes de Oca Arce
Pablo Arredondo Calvo
Andrea Sbrozzi-Vanni

Mayo

Juan Ignacio Mendiluce Calvo
Alexander Velasco García
Juan María Sánchez Puentes
Luis Alejandro Vita Garay
Sebastián Cervantes Ibáñez
Ana Rodríguez Hernández
Laura Borja Andueza
Larraitx Zialtzeta Aduriz
Lizbeth Arriaran Aronez
M^a Olatz Aizpuru Segurola
Amaia Masso Odriozola

fallecimientos

Ceferino García Rivera
Pedro Goicoechea Muñagorri
José Luis España Landaburu
Jesús Acin Urzainqui
Mario Ruiz Caso
Miguel Vidaur Otegui

In Memoriam



CEFERINO GARCÍA RIBERA

Ceferino García Ribera, "Fito" para amigos y conocidos, nace el 24 de diciembre de 1950 en Ribadavia (Orense), donde vive hasta los 12 años de edad, momento en que viaja a Venezuela para reunirse con sus padres que habían emigrado allá.

En Caracas, Fito finaliza el bachillerato e inicia en la Universidad Bolivariana la carrera de medicina. Una vez licenciado comienza, en esta misma universidad, la especialidad de psiquiatría, pero antes de finalizar decide volver a España y terminar la especialidad en Barcelona. De camino a la Ciudad Condal, Fito aterriza en Donostia con el propósito de visitar temporalmente a un primo. A raíz de esta visita a Donostia, se queda definitivamente aquí.

En Donostia comienza a trabajar en el Psiquiátrico, pero al no encontrarse a gusto deja el trabajo para ejercer como médico en distintas localidades: Zarautz, Donostia (ambulatorio de Amara)...

En Donostia, entra en contacto con un médico homeópata, José Miguel Otermin, que le cura de sus problemas de estómago. A raíz de ello, Fito empieza a estudiar homeopatía, formándose en Barcelona con la Dra. Micaela Moise y en "Homeopatía Europea" y entra a formar parte de la A.V.N.M.H. Finalmente deja su puesto de trabajo para dedicarse plenamente a la homeopatía hasta el momento en que enferma, falleciendo el 10 de marzo de este año.

Durante los años 1996, 1997 y 1998 viaja, en sucesivas ocasiones, a Cuba junto con el belga Dr. Jacques Imberechts, su profesor y amigo en Homeopatía Europea, y el italiano Dr. Elio Rossi, para formar médicos en homeopatía.

Durante los años 1998 y 1999 realiza un Máster en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) como especialista universitario en homeopatía y salud.

Durante todos estos años, Fito ha trabajado en Donostia. Su enfermedad se lo ha llevado rápida e inesperadamente, dejando un gran vacío en todos sus amigos, compañeros y pacientes.

Durante todo su ejercicio, Fito siempre siguió estudiando y aprendiendo para ayudar a todo aquel que lo necesitaba.

Hasta siempre Fito; hasta siempre compañero y amigo.

**Asociación Vasco Navarra de Médicos Homeópatas/
Euskal Herriko Sendagile Homeopaten Elkarte**



JESÚS ACIN URZAINQUI

No es fácil resumir en una breve nota la intensa vida de Jesús –Txus– Acin. Los que le conocimos sabemos de su humilde origen y de su esfuerzo para hacerse médico. No lo tuvo fácil. Estudió y trabajó, haciendo una brillante carrera en Valladolid como alumno interno en la cátedra de Medicina Interna. Sus preocupaciones sociales y políticas le llevaron a una militancia radical –algo frecuente en aquellos tiempos– que no tardó en abandonar con esfuerzo crítico.

Especialista en Medicina Interna, dedicó la primera parte de su vida profesional a Zumarraga, donde compatibilizó el servicio público con su consultorio privado. Y todo ello con la puesta en marcha de la productora cinematográfica Irati Filmak con el objetivo de llevar la cultura y lengua vascas al medio cinematográfico. También escribió una excelente novela –Pedro Beltza– en la que volcó su gran imaginación, creatividad y una narrativa fascinante.

Desde Zumarraga llegó al consultorio de Ondarreta, donde supo ser jefe sin dejar de ser buen compañero. Su trabajo intachable como médico le llevó a interesarse por lo que entonces era una causa perdida: la fibromialgia. Sus compañeros sabemos cuánto ayudó a muchos pacientes y a sus asociaciones.

Nos faltan sus bromas, sus amabilidades y sus críticas jocosas. Adiós, amigo.

Roberto Casado

MEMORIA PAIME

EN 2012 EL PAIME ATENDIÓ CUATRO NUEVOS CASOS DE MÉDICOS DE GIPUZKOA

Durante 2012 el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de la Comunidad del País Vasco (Sendagile Artean), PAIME, atendió un total de 24 nuevos casos, tres más que en el mismo período del año anterior. De estos casos, dos son reingresos, lo cual significa que el número de recaídas es francamente bajo, máxime teniendo en cuenta el tipo de patologías que trata este programa.

Se calcula que a lo largo de cuarenta años de desarrollo profesional en torno al 10-12% de los médicos padecen un proceso gnoseológico compatible con la patología tratada en el PAIME (patologías de orden psiquiátrico y/o relacionadas con adicciones), pero solo se detectan la mitad de los casos.

De todos modos, lo que más llama la atención es que la mayor parte de los nuevos casos atendidos (casi el 80%) son médicos vizcaínos (19), mientras solo cuatro y uno son guipuzcoanos y alavés, respectivamente. Estas cifras llaman poderosamente la atención máxime si tenemos en cuenta el número de médicos colegiados en cada uno de los territorios históricos: 6.994 en Bizkaia, 3.865 en Gipuzkoa y 1.775 en Álava (datos de mediados de abril de 2013). La proporción entre los tres territorios históricos (3-2-1) que ya se rompió el pasado año es difícil de explicar para los responsables del PAIME de la Comunidad Autónoma Vasca.

El programa de atención al médico enfermo en sus distintas patologías psiquiátricas está plenamente consolidado en la Comunidad Autónoma de Euskadi, tal y como recoge la memoria

A lo largo de cuarenta años de vida profesional el 10% de los médicos padecen un proceso compatible con la patología tratada en el PAIME

de gestión de Sendagile Artean – PAIME de la Comunidad Autónoma del País Vasco correspondiente al ejercicio 2012. No obstante, como ya se ha indicado, ese arraigo no es ni equilibrado ni proporcional en los tres territorios históricos, pues el 80% de los casos atendidos es de médicos de Bizkaia cuando estos significan el 55 % del total de los colegiados representados en el Consejo de Médicos del País Vasco.

Desde que Sendagile Artean se puso en marcha (octubre de 2004) hasta el 31 de diciembre de 2012, ha atendido a 149 médicos, de los cuales 51 siguen recibiendo asistencia (37 en tratamiento y 14 en seguimiento de sus patologías crónicas). De estos, al finalizar el año 2012, cinco se encontraban en situación de incapacidad laboral transitoria.

19 pacientes, por su parte, recibieron el alta en el transcurso del pasado año (13 altas terapéuticas y 6 altas voluntarias) y uno de los casos logró la incapacidad laboral permanente. Asimismo, cuatro requirieron de ingreso hospitalario. En

cuanto al diagnóstico de los pacientes que accedieron al programa, cabe decir que, por su frecuencia, destacan los trastornos de ansiedad y depresión (14 casos), seguidos por los casos de frecuencia en el abuso de sustancias (4 casos). El resto de los casos atendidos se corresponden con cuestiones sueltas de trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno alimentario o angustia. Siguiendo la tendencia iniciada el pasado año, la prevalencia del abuso de sustancias, fundamentalmente alcohol, ha descendido considerablemente respecto a años anteriores. Y continuando la senda iniciada en 2011 de una mayor incorporación de las mujeres al PAIME (dado que hasta entonces la prevalencia de varones era mucho mayor), el número de mujeres que en 2012 ha accedido al programa es muy similar al de hombres. Así, de los nuevos casos atendidos en 2012, 11 son mujeres y 13 hombres.

Otra cuestión que en los últimos ejercicios llama la atención es la incorporación de jóvenes al programa, ya que seis de los atendidos en 2012 son médicos menores de 34 años. Esta incorporación temprana al PAIME significa que resolver determinados problemas es más fácil, pues se evita que estos casos se vuelvan crónicos y las personas se estigmaticen. De todos modos, el grupo más abundante, con 14 casos, es el de mayores de 50 años.

Como en años anteriores, la mayoría de los médicos atendidos trabajan en el sector público (17) y lo hacen en Atención Primaria (13), seguidos de los de Atención Hospitalaria (7) y otras especialidades ambulatorias privadas (4). ■

HERMANOS ACHA BRIONES



Se presentó el libro “Los doctores Acha”, publicado por la Fundación del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa y editado por el Dr. José María Urkia

HOMENAJE EN AZUELO A LOS DOCTORES ACHA BRIONES, PRECURSORES DE LA COLEGIACIÓN MÉDICA UNIVERSAL

El domingo 21 de abril, en el trascurso de las fiestas patronales en honor de San Jorge y Santa Engracia, la localidad navarra de Azuelo rindió homenaje a los doctores Víctor y Tomás Acha Briones, naturales de dicha localidad. La iniciativa fue promovida por la Asociación Cultural Santa Engracia de Azuelo que, para organizar el homenaje –descubrimiento de una placa y la presentación del libro que recoge la vida y obra de ambos médicos– contó con la colaboración del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa.

Los hermanos Víctor y Tomás Acha Briones nacieron en Azuelo en 1845 y 1858, respectivamente. Hijos de Don Saturnino, el médico titular del partido de Azuelo, cursaron medicina en Barcelona y Madrid, aunque ejercieron su vida profesional en San Sebastián, donde fallecieron. Los dos fueron importantes figuras médicas donostiarra del siglo XIX y precursores de la colegiación médica en Gipuzkoa, al tiempo que pilares importantes de la creación del Colegio de Médicos de Gipuzkoa.

El libro “Los doctores Acha” –publicado

por la Fundación del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa y prologado por la presidenta del Colegio de Médicos de Navarra, la Dra. M^a Teresa Fortún– es un estudio de la vida y obra de ambos hermanos, completando una inicial y básica aportación de la tesis doctoral del Dr. Placer sobre la medicina donostiarra del siglo XIX.

En sus 415 páginas, “Los doctores Acha” contiene una genealogía y recuerdo de los Acha, recogidos a través de María Jesús Acha, nieta de Tomás, además de un estudio de la vida y obra de ambos médicos realizado por los doctores Placer y Urkia, así como la edición facsímil de las obras escritas por ambos médicos.

Víctor y Tomás fueron importantes figuras en la vida social, política y cultural guipuzcoana de finales del siglo XIX. De hecho, Víctor (Azuelo, 1845. San Sebastián, 1888) llegó a San Sebastián para ocupar el cargo de Director de Sanidad Marítima, donde más tarde fue el Subdelegado de Sanidad. También fundó y dirigió el primer periódico médico de Gipuzkoa [La Razón Boletín profesional médico-farmacéutico vasco-navarro]

que utilizó para intentar organizar la lucha contra el intrusismo profesional. Al fallecer Víctor, Tomás (Azuelo, 1858. San Sebastián, 1915) se hizo cargo de su consulta y ocupó el puesto de Subdelegado de Sanidad.

En la presentación de este libro, el doctor José Mari Urkia, presidente del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa y autor-editor del libro, realizó un repaso de la vida de ambos hermanos, y la presidenta del Colegio Oficial de Médicos de Navarra, la Dra. M^a Teresa Fortún, aprovechó el homenaje para agradecer el trabajo de los médicos rurales, al tiempo que defendió el importante papel que ejercen los colegios médicos.

Junto a representantes de los colegios médicos de Gipuzkoa y Navarra, encabezados por sus presidentes el Dr. Urkia y la Dra. Fortún, respectivamente, participaron en estos actos, entre otros, María Jesús Acha, nieta de Tomás; el alcalde de Azuelo, Roberto Crespo; y Pedro San Emeterio, secretario de la Asociación Cultural Santa Engracia de Azuelo, impulsora del homenaje. ■

«GIPUZKOA ES UN REFERENTE MUNDIAL EN EL AUTISMO»

Orgulloso tras la celebración en San Sebastián del congreso internacional de investigación sobre el autismo que ha reunido a 1.770 profesionales, Joaquín Fuentes Biggi –jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil y Adolescente de Policlínica Gipuzkoa, consultor de investigación de Gautena, vicepresidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría Infantil y Adolescente y presidente del Congreso Internacional de Investigación sobre el Autismo IMFAR 2013, recientemente celebrado en San Sebastián– considera que “la investigación es una responsabilidad ética que tenemos que hacer en conexión unos con otros y sin secretos”.

LUPE CALVO ELIZAZU

¿Qué balance hace del Congreso IMFAR celebrado el mes pasado en Donostia?

Han participado 1.770 profesionales de 46 países, el 40% investigadores jóvenes. Se presentaron 800 posters y hubo solo 3 ponencias magistrales. Ha sido uno de los congresos científicos internacionales más importantes realizados en Donostia, al que la gente ha venido a hablar y no a escuchar. Algo distinto a lo que estamos acostumbrados, con una respuesta increíble, por lo que podemos estar orgullosos.

¿Cómo ha conseguido usted que este congreso se celebre en San Sebastián?

Han sido muchos años de trabajo y un reconocimiento internacional al trabajo que hemos hecho en los últimos años en Gipuzkoa médicos, psicólogos, educadores y familias. Contábamos con una muy buena reputación y existía también el interés de sacar el congreso de Norteamérica e ir a Europa. Me ofrecieron presidirlo y pidieron que se hiciera en Barcelona, pero yo quería hacerlo en “mi casa”, en Gipuzkoa, y nuestras instituciones han colaborado de manera formidable.

Gipuzkoa, a pesar de su tamaño, es un referente en esta materia.



En Gipuzkoa tenemos la red más comprensiva de apoyo y tratamiento del sur y del centro de Europa. Somos únicos



Estamos empezando a identificar biomarcadores en la investigación antes de que aparezcan los síntomas y eso es impresionante de cara al futuro

Es un referente internacional. Como conferenciante he sido invitado a más de treinta países, y siempre he explicado, entre otras cosas, el “modelo gipuzcoano”, que aúna a profesionales, familias y autoridades. En este momento, en Gipuzkoa, tenemos la red más comprensiva de apoyo y tratamiento del sur y del centro de Europa. Somos únicos. Igual que lo somos con Gureak, la segunda empresa más grande de empleo apoyado de Europa. La gente no acierta a entender cómo en un sitio tan pequeño podemos tener esta red de acceso gratuito para todos y conectada con los servicios de salud, educativos y sociales. Nosotros les explicamos que hay que pensar a lo grande y actuar a pequeña escala. Con 700.000 habitantes y mucha ambición desarrollas unos servicios increíbles y a la gente le decimos que vengan a visitar nuestros servicios y que adapten las lecciones aquí aprendidas.

De los 700.000 habitantes que hay en Gipuzkoa, ¿cuántas son personas con autismo?

Hicimos un estudio único en el Estado, con la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria, y vimos que de los niños de 4 a 6 años que acudían a la revisión ordinaria, más los niños que en ese momento ya había identificado el sistema,



Joaquín Fuentes Biggi en un momento de su intervención en el Congreso IMFAR celebrado el pasado mes de mayo en Donostia.

© JM Pemán

uno de cada 290 estaba siendo atendido por un servicio especializado como Gautena. Por aproximación de datos de Osakidetza y Educación, calculamos que había otros tantos que estaban siendo apoyados desde los sistemas ordinarios. De ahí podemos pensar que en Gipuzkoa uno de cada 150 niños está identificado. ¿Cuántos hay? En Estados Unidos se habla de uno de cada 88. En el Congreso se ha analizado un trabajo realizado en Corea del Sur, que estudiando a 55.000 niños en las escuelas, diagnosticó, con distintos tipos de necesidades, a uno por cada 38 y no hay ningún motivo para pensar que en Corea tienen ni más ni menos que el resto. En sanidad tenían diagnosticado a uno de cada 100, y en el estudio apareció uno de cada 39, lo que quiere decir que dentro del autismo hay todo un abanico de necesidades, que son identificables en el sistema educativo.

¿Cómo se diagnostica el autismo?

Cada vez se diagnostica antes y se hace por observación del bebé e información de la familia. Además, aquí tuvimos a la doctora Rebecca Landa que mostró materiales absolutamente inéditos de cómo identificar a bebés. Sabíamos que en familias que había habido ya un niño con autismo había una frecuencia mayor y durante años hemos intentado hacer el estudio de los bebés a riesgo. No podemos estudiar a todos, pero sí a aquellos que en la familia tienen un diagnóstico previo y, por tanto, tienen una mayor probabilidad de riesgo. Pero no lo he conseguido establecer en el Estado, pues todavía hay mucha reticencia en las familias que no quieren ver este problema.

¿Es tabú?

Una vez que lo tienes no quieres ver que tu siguiente hijo pueda tenerlo y

sabemos que el 20% de los siguientes lo tienen y además aparecen también otros problemas del desarrollo. Lo que ha hecho la doctora Landa ha sido estudiar a estas familias y, en vez de hacer como nosotros un diagnóstico retrospectivo, ha hecho un diagnóstico prospectivo y se ha visto lo que nadie se imaginaba, que en el sexto mes debutan con problemas de motricidad.

¿Cuándo se empieza a detectar?

Los problemas de motricidad se dan a los 6 meses, pero ningún pediatra es capaz de identificarlos. A los 12 meses uno puede empezar a ver que el desarrollo comunicativo, social, empieza a ir más despacio y que el niño comienza a mostrar menos interés en el entorno y más destrezas con los objetos. Eso refleja el cambio que ocurre en la evolución neuronal. Es entre los 12 y los 24 meses cuando se da el brote de los síntomas y

cuando los profesionales tenemos que estar muy atentos. Un indicador puede ser una macrocefalia temporal que luego se normaliza, pero sobre todo hay que fijarse en la integración social y preguntar a la familia. La pregunta clave es si el niño a los 12 meses responde a su nombre: si la respuesta es negativa y se descarta la sordera hay un problema significativo de relación.

Estamos empezando a identificar biomarcadores en la investigación antes de que aparezcan los síntomas y eso es impresionante para el futuro, pero, de momento hay que fiarse de los padres y si estos se preocupan tenemos que prestarles atención cuando dicen: No se relaciona. No me mira normal. No comparte. No parece que expresa las emociones con los demás. Lo comparo con otros niños de su edad y le veo diferente a nivel social, a nivel comunicativo, está como más aislado... Son detalles que los padres y las madres los identifican perfectamente.

¿Se puede hablar de grupos de riesgo?

Sí. Sabemos que la fragilidad X es un factor de riesgo y se pueden detectar los portadores, hacer un cribado en posteriores y luego decidir qué hacer. Otros grupos a riesgo son los que han tenido un caso en la familia. Otro factor de riesgo es la edad y de eso no hemos hablado mucho en el congreso. Sabemos que la edad de los padres es muy importante.

Curiosamente, siempre se enfatiza en la edad de la madre...

Pues en este caso es en la de los padres. La edad de la madre no importa para el autismo cuando se controla la edad del padre. El ADN de un padre de 20 años se ha copiado unas 100 veces y el de un padre de 50 más de 800 veces. Y los espermatozoides no "reparan", a diferencia de otras células, los errores de copiado. Se mantienen. Y estos errores del copiado son responsables de un porcentaje de casos con autismo. Los niños de padres de más de 40 años tienen 5,7 veces más probabilidades de presentar autismo que los de padres de 30 años.

Cuando todavía creemos que somos jóvenes...

Así es. En Gipuzkoa la edad de las ma-



© JM Pemán

dres cuando tienen su primer hijo es de 32 años. El segundo muchas lo tienen con más de 35 años y si el padre es un poco mayor que la madre, que suele ser el caso, ya entras en un grupo de mayor riesgo. Cuando hablamos de que hay más casos, decimos que igual es que se identifica mejor, pero siempre me queda esa duda... que los cambios demográficos no estén influyendo en la prevalencia...

¿Cuál es el tratamiento del autismo?

El tratamiento es fomentar el compartir las emociones, trabajar la comunicación, la relación, el juego... Hemos visto que los bebés de 2-3 años aprenden y que además mejoran los patrones de respuesta encefalográfica a estímulos sociales.

Eso podría ser un modo de decir que se cura....

Sabemos que hay gente que no, que necesita un apoyo continuo a lo largo de toda su vida y se camufla en la normalidad y que hay niños que mejoran

de una manera espectacular. No son muchos, pero cada vez son más porque el abanico que diagnosticamos es cada vez mayor.

Le decía esto de si se curan porque ha habido una investigadora que ha descrito casos de autismo cuyos síntomas desaparecen.

Sí, Deborah Fein. Hace un año, cuando presentó esto en Toronto, me decía: "Me da miedo presentar esto, porque va contra lo que hemos dicho siempre". Ahora ya todo el mundo lo acepta.

Eso puede dar una esperanza...

Que es cierta. Tenemos un abanico tan grande que hay personas que necesitan apoyo y personas que no lo necesitan tanto. Hay personas en las que los síntomas evolucionan de maravilla y otras que mantienen toda su vida sus necesidades especiales de apoyo.

¿Cuáles son las necesidades de estas personas?

Habida cuenta de que hay tanta diferencia entre unos y otros, la primera es

la personalización como seguramente todo en medicina. En el autismo, con ese abanico tan grande que hay, lo primero es personalizar y ver qué necesidades tiene y qué es lo que hay que hacer. Tendemos a ver cuáles son sus puntos fuertes (memoria visual, habilidades motrices...) y tratar de contrarrestar los puntos débiles. Aquí en Gipuzkoa, por ejemplo, hemos tenido la habilidad de desarrollar "e-Mintza", una aplicación informática gratuita que convierte tu tableta u ordenador táctil Windows en un comunicador para personas que no hablan. Lo hemos hecho en euskera y castellano y hemos tenido 44.000 descargas desde 96 países. Ahora lo hemos traducido al inglés y al francés y la vamos a ofrecer en Android y en iPad. Ya están hechas las primeras pruebas en inglés y francés y creo que para julio podremos dar la campanada. Es una contribución mundial desarrollada en Gipuzkoa y totalmente gratuita.

Hemos mencionado anteriormente el tratamiento, pero me gustaría que nos dijera qué apoyo necesitan las familias.

Las familias necesitan saberse apoyadas por otras familias; recursos educativos, sanitarios, sociales y de ocio y de tiempo libre; todo ello con una buena actitud de los profesionales próximos. En Gipuzkoa hay una clínica para el autismo, concertada con Osakidetza, a menos de 25 kilómetros de cualquier hogar. Nuestro trabajo es apoyar a las familias a cumplir sus sueños y aplicar a los niños, a los jóvenes y a los adultos con autismo nuestro conocimiento.

Sí, porque habitualmente se habla de niños con autismo como si esos niños no fueran a ser personas adultas en el futuro, ¿hasta dónde pueden llegar estas personas?

En Gipuzkoa 69 adultos viven una vida normal en 10 hogares tutelados, según su nivel de necesidad, y acuden a sus centros de empleo en Gureak o a centros de día en Gautena.

¿Cuántas plazas hay?

Las que identificamos como necesarias, ya que no hay lista de espera y hay un servicio fundamental de estancias temporales que acoge a unas 50 familias. La UE alabó a Gipuzkoa por el grado de apoyo que prestamos a las familias. Yo



En Gipuzkoa tenemos la cifra más baja de medicación del mundo. Considerando todo el ciclo vital menos del 25% de personas con autismo toma medicación

siempre insisto que es la combinación de profesionales, familias y autoridades. Porque las autoridades siempre han dicho que la línea roja estaba en las ayudas sociales que no se iban a negar a las personas con las mayores necesidades de nuestra comunidad.

El mes pasado se celebró el día de la concienciación del autismo. ¿Está la sociedad concienciada?

Creo que no, aunque la gente que de una manera o de otra está implicada, sí sabe de qué hablamos. Todos los niños con autismo en Gipuzkoa están integrados en colegios ordinarios, porque aprenden más de los demás y porque sabemos que sus compañeros van a ser los futuros padres y madres, los futuros políticos y médicos...

Ellos también aprenden...

Hace tiempo que decidimos que la segregación no tenía sentido y no fue por un motivo político sino por convencimiento técnico. Vimos que en colegios especiales no iban a aprender y que tenían que aprender de los demás y los demás aprender de ellos.

Volviendo al congreso, de las cientos de ponencias presentadas con qué se quedaría usted.

Con los nuevos medicamentos. Estamos descubriendo cuáles son los mecanismos por los que los genes influyen en ciertas personas y diseñando medicamentos que no tienen nada que ver con los habituales. Sabemos que muchos de los genes afectados son genes reguladores, de manera que

es como si uno tuviera la mayoría de los números del carné de identidad normal y uno o dos mal, si actúas suplantando esos que están mal resulta que muchos están bien. Las recuperaciones en animales con estos nuevos medicamentos son muy positivas. Creo que la genética va a llegar a que se diseñen medicamentos que actúan en contra o a favor de lo que el gen influye y eso hace que las conexiones –y el autismo es un problema de conectividad cerebral– mejoren. Lo estamos trasplantando ya a los seres humanos y para mí esa es la gran ilusión ahora mismo. El último día hubo un simposio sobre la reversibilidad de los síntomas, del modelo animal al ser humano y mostraron unos trabajos espectaculares. Por cierto, con fármacos con los que estamos ya haciendo ensayos clínicos en Gipuzkoa.

¿Cuál es el futuro, qué es lo que viene?

Creo que será diferente dependiendo de los países. Aquí tenemos la suerte de tener un desarrollo modélico, pero muy cerca tenemos profesionales y familias con muy pocos recursos. Hablo de Francia, zonas del Estado, Italia, y ya no hablo de la Europa del Este. Cuando voy a Latinoamérica, Asia, África... veo que las personas con autismo están únicamente tratadas con medicamentos para sedarlas. En Gipuzkoa, desde hace 12 años, tenemos la cifra más baja de medicación del mundo. Aquí, considerando todo el ciclo vital, menos del 25% de personas con autismo toman medicación. Niños muy pocos, el 14% de los menores de 13 años. En Estados Unidos están en torno al 50%, y en Irán al 80%. Aquí, además de la medicación hay otras muchas cosas. Creo que en el futuro la brecha va a ser cada vez mayor. Es un escándalo, ya que la mayor parte de las personas con autismo del mundo están sin atender.

¿Cuál es el riesgo de una persona con autismo sin atender?

El riesgo es mayor mortalidad, sufrimiento y marginación en hospitales psiquiátricos de por vida, abuso de medicamentos y una calidad de vida horrible. De manera que no seremos capaces de curar el autismo hoy, pero sí que somos ya capaces de cambiar radicalmente la calidad de vida de las personas que lo presentan. ■

BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES BREVES

> BEBÉS ROBADOS

El caso de los bebés robados se desinfla

Después de varios meses copando espacio en los medios de comunicación debido a la gran alarma social que generó, el caso de los bebés supuestamente robados al nacer para posteriormente ser dados en adopción parece ser que se desinfla. De hecho, así apuntaba el Diario Vasco, el pasado 17 de marzo, "El caso de los bebés robados se desinfla".



El pistoletazo de salida al caso, mediáticamente hablando, lo dio la denuncia colectiva que, en enero de 2011, presentó la Asociación Nacional de Afectados por Adopciones Irregulares (Anadir) ante la Fiscalía General del Estado. Desde aquella primera denuncia colectiva –en la que figuraba una veintena de casos supuestamente ocurridos en Gipuzkoa– hasta el pasado mes de marzo en Gipuzkoa se presentaron un total de 200 denuncias de las que, según Luis López quien firmaba dicho artículo, 94 estaban ya archivadas el pasado mes de marzo.

Tras las primeras exhumaciones realizadas –hasta el mes de febrero en Gipuzkoa se hicieron siete– el forense Paco Etxeberria comenzó a poner distancia y a tratar de buscar una explicación a que aparentemente los féretros estuvieran vacíos, tal y como declaró a esta revista en la entrevista ofrecida en el número anterior. Así, Etxeberria defendió que la degradación completa del cadáver de un recién nacido no era imposible, lo cual el Instituto Nacional de Toxicología ha avalado, tal y como en el mencionado artículo indica el fiscal superior del País Vasco. ■

> REHABILITACIÓN

El enfoque terapéutico de la rehabilitación debe hacerse a la luz de la mejor evidencia disponible

Los rehabilitadores de la Comunidad Autónoma del País Vasco y Navarra en su última reunión científica, celebrada el pasado 22 de marzo en el Colegio de Médicos de Gipuzkoa, debatieron sobre la fibrosis quística; las técnicas de fisioterapia respiratoria; las indicaciones y eficacia de las técnicas de FT en el niño; la plagiocefalia postural y la escoliosis idiopática del adolescente.

El Dr. Javier Corta del Servicio de Pediatría trató sobre la fibrosis quística, problema médico fundamentalmente infantil y que afecta principalmente al aparato respiratorio. Tras él intervinieron las fisioterapeutas Idoia Sukia y Belén Ubierna que expusieron las técnicas de fisioterapia respiratoria. Seguidamente la Dra. López –referente en Rehabilitación Infantil en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Donostia y organizadora de la jornada– dio cuenta de las indicaciones y eficacia de las técnicas de FT en el niño.

Los Dres. Mireia González Osinalde y Xabier Valencia, también médicos del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Donostia, hablaron de la plagiocefalia postural, y su controvertido tratamiento con los cascos, y la escoliosis idiopática del adolescente, respectivamente.

Todos los profesionales participantes dejaron claro que "el enfoque terapéutico de todas las intervenciones debe hacerse a la luz de la mejor evidencia disponible, lejos de modas y costumbres buscando la eficiencia en todas y cada una de las actuaciones". Se puede acceder a todas las ponencias presentadas a través de la página web de la Sociedad de Rehabilitación de Euskal Herria <http://euskalemfyre.com>. ■

> NUEVO HORARIO

El Colegio amplía su horario de atención al público

Desde el 22 de abril el Colegio permanece más tiempo abierto. Con el nuevo horario, el Colegio atiende, de lunes a jueves, de 8:30 de la mañana a 13:30 y de 16 a 19 horas. Los viernes, por su parte, el Colegio permanece abierto de 8:30 a 19 horas ininterrumpidamente.

El horario de oficina los meses de julio y agosto es este: lunes, miércoles y viernes de 8:30 a 14:30 y martes y jueves de 8:30 a 13:30 y de 16 a 19 horas. En Semana Grande el Colegio cerrará por las tardes. ■

> FIRMA DEL CONVENIO

Convenio de la Fundación y la AECC

El Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, a través de su Fundación, ha firmado un convenio de colaboración con la Junta de Gipuzkoa de la Asociación Española Contra el Cáncer para aunar esfuerzos en la lucha contra el cáncer.

Con motivo del 25 aniversario de la Junta Provincial de Gipuzkoa de la AECC, a lo largo de este año 2013, la asociación va a realizar diferentes actividades, entre las cuales se encuentra la publicación de un libro de recetas de cocineros vascos. La Fundación del Colegio de Médicos de Gipuzkoa ha realizado una aportación de 500 euros destinados a la publicación de este libro y a la organización de los actos conmemorativos. ■

> RECURSO A LA SENTENCIA

El derecho a disfrutar de las vacaciones fuera del año natural en supuestos de incapacidad laboral

Osakidetza no ha recurrido la sentencia del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo (analizada en el artículo de la Asesoría Jurídica del número anterior) que reconocía a un médico el derecho a disfrutar las vacaciones fuera del año natural. Así pues, a dicho médico se le ha reconocido el derecho a disfrutar de las vacaciones anuales fuera del año natural por haber estado en situación de incapacidad laboral transitoria. ■

ANDONI ORUBE, DIRECTOR DEL INSTITUTO DONOSTIA DE ONCO-HEMATOLOGÍA

«NUESTRO RETO ES EVALUAR LOS RESULTADOS CLÍNICOS PARA PODER MEJORAR»

LUPE CALVO ELIZAZU

Se cumplen pronto cuatro años desde la inauguración del Instituto Donostia de Onco-Hematología, ¿cuál es su labor?

La unidad de gestión clínica de Onco-Hematología trata de agrupar todos los procesos oncológicos que se producen en el Hospital Universitario Donostia. Nuestra labor es facilitar su gestión de la manera más eficiente posible y mejorar la coordinación de los procesos en oncología.

¿Qué balance hace de estos cuatro años?

Hemos logrado muchos de los objetivos propuestos y el balance es bueno. En diagnóstico precoz, mediante el programa Minbizi, se facilita el acceso al diagnóstico en cáncer a 160 médicos de primaria de nuestra área comunitaria, es decir, conseguimos acelerar el proceso entre la sospecha clínica y la confirmación diagnóstica y conseguimos conectarlo con los comités.

En la coordinación asistencial (diagnóstico y tratamiento), hemos dado las máximas facilidades a los comités de tumores que ya existían antes, dotando de tecnología (plataforma informática que enlaza con la historia clínica, sistema de videoconferencia, acceso a plataforma Impax de Rx, microscopio, etc.), de estructura (sala específica con la dotación tecnológica) y personal con la incorporación de apoyo administrativo y las enfermeras de enlace, para que todos los procedimientos acordados en el comité (de diagnóstico y de tratamiento) se realicen de la forma más ágil y adecuada posible.

¿Qué son estos comités de tumores y cómo funcionan?

Son equipos de trabajo multidisciplinar y de distintos estamentos que tienen

Han pasado ya cuatro años desde que se puso en marcha el Instituto Donostia de Onco-Hematología. Una unidad cuyo objetivo es coordinar todos los procesos oncológicos que se producen en el Hospital Universitario Donostia. Andoni Orube, su director, considera que Gipuzkoa cuenta con una asistencia sanitaria en oncología de calidad, aunque hay que trabajar en equipo para mejorar.



dos funciones primordiales: una, debaten todos los casos de cáncer de pacientes diagnosticados y tratados en el hospital de cara a tomar decisiones en equipo y aprovechar las sinergias de los distintos especialistas; dos, son el foro de "conocimiento y decisión del proceso oncológico" que unifican los criterios clínicos y definen la estructura organizativa. En definitiva, deciden qué hay que hacer, quién lo debe hacer, cuándo y dónde.

Nuestra labor es facilitar el desarrollo de estos comités en todo lo que re-

quieran. Además tratamos de contactar con los hospitales comarcales para que puedan presentarnos aquellos casos en que creen que añadimos valor. Hay doce comités de tumores en funcionamiento y tenemos prevista la creación de dos más.

Ha comentado que 160 médicos de primaria están conectados con la red Minbizi, ¿por qué solo 160?

Estamos conectados con los médicos para los que somos hospital de referencia comunitaria (el área de Donos-

tialdea). Por eso, cuando ellos tienen la sospecha de que un paciente tiene un cáncer de pulmón, un cáncer colorrectal o digestivo, o un cáncer urológico, nos envían una interconsulta y automáticamente le llega un SMS a la enfermera de enlace. Tras esto, nos encargamos de citar al paciente y organizar el circuito para hacerle la prueba complementaria lo antes posible y si es positivo incorporar al paciente al comité de tumores correspondiente.

¿Cómo se trabaja para el diagnóstico precoz del cáncer en Gipuzkoa?

En el diagnóstico precoz tenemos ya dos campañas consolidadas de screening. Una, en colaboración con Onkologikoa, mediante mamografías a las mujeres en determinados rangos de edad. La otra, que también está funcionando muy bien, es la realización de una colonoscopia a aquellos pacientes que tienen sangre oculta en heces positivo.

Tengo entendido que gracias a esta red se acortan los plazos.

Lo que intentamos es acortar los plazos en el diagnóstico. Nuestro compromiso organizativo, desde el momento en que vemos al paciente, es realizar en menos de una semana una broncoscopia o la prueba complementaria necesaria para saber el diagnóstico. A partir de ahí, lo metemos dentro de un circuito rápido dentro del hospital.

¿La red Minbizi y el Instituto Donostia de Onco-Hematología entraron en funcionamiento al mismo tiempo?

No, la red Minbizi es posterior. El Instituto Donostia de Onco-Hematología aglutina Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Radio Física, Cuidados Paliativos y Hematología Clínica e intentamos valorar el proceso de una manera transversal. Es decir, lo primero que nos preguntamos es: ¿Qué tenemos que hacer para que, en caso de sospecha, los diagnósticos se hagan antes? ¿En qué tipo de cánceres? ¿Cómo hacemos para que el tratamiento sea lo más adecuado posible?

Nosotros tratamos de ayudar a que los comités de tumores funcionen de una manera más ágil y en estos, por procesos, se definen el algoritmo de tratamiento óptimo y las fechas óptimas para hacerles lo que haya que



Los comités de tumores deciden qué hay que hacer, quién lo debe hacer, cuándo y dónde



El aumento de casos diagnosticados está más relacionado con el aumento de vida media de los ciudadanos que con factores de riesgo específicos

hacer (cirugía, quimioterapia, radioterapia), dentro de la fecha óptima. Además, cuando hace falta, enlazamos Cuidados Paliativos con el conjunto de los procesos oncológicos. Y ahora nuestro objetivo inminente es trabajar para obtener resultados clínicos de lo que hacemos.

En su presentación, usted dijo que la voz del paciente iba a ser más escuchada que nunca. ¿Lo han conseguido?

Hasta ahora, hemos trabajado con encuestas específicas de satisfacción a los usuarios de consultas, de hospital de día y de planta, que nos ha permitido detectar aspectos a mejorar. Cuanto más incorporemos la voz de los pacientes a lo que hacemos más nos ayudará a hacerlo mejor. Ahora estamos planteándonos la posibilidad de realizar grupos focales y de incluir a los pacientes en comunidades de práctica.

¿Desde que se le diagnostica un cáncer, cuánto tarda un paciente en ser atendido?

Dependiendo del tipo de tumor, los niveles de prioridad son diferentes. Hay cánceres cuyo pronóstico es menos

agresivo y no tienen tanta prisa como otros. Quizás donde más celeridad intentamos tener es en aquellos en los que el tratamiento precoz aporta valor en el pronóstico. En general, intentamos que quien tenga operación quirúrgica esté operado en menos de un mes. En los tratamientos radicales cuando el primer tratamiento es quimioterapia procuramos comenzar el tratamiento en menos de 72 horas. Tanto en Hematología como en Oncología Médica no hay una lista de espera para empezar los tratamientos. Los tiempos de radioterapia se fijan por proceso, si es radical intentamos que sea en menos de 15 días, si es adyuvante intentamos que esté entre la cuarta y la octava semana después del proceso quirúrgico. Establecemos fechas óptimas (o límites) de tratamiento.

El Instituto, además del diagnóstico y el tratamiento de los procesos tumorales de los pacientes, contempla la formación como parte de su misión. ¿A quién va dirigida la formación?

La formación es para estudiantes que hacen rotaciones por nuestro servicio; para los residentes de las especialidades de Oncología Médica, de Hematología y Oncología Radioterápica que se forman en nuestro hospital; para personal de enfermería y también formación propia específica.

A la hora de compartir los conocimientos existe una gran generosidad por parte de los profesionales de todo el hospital, no solo de la unidad, y eso nos ayuda a incrementar el nivel de conocimiento en todo el hospital, en el que con los MIR somos más de mil médicos. En los comités están incluidos cerca de 200 médicos. Creo que es un proceso muy dinámico que enriquece nuestra forma de trabajar en el día a día.

Llama la atención que los médicos de Atención Primaria no estén inmersos en dicha formación cuando son un eslabón importante en la detección precoz del cáncer.

Hemos hecho algunos cursos para Atención Primaria y nos parece que tendríamos que hacer más. De hecho este año (en la jornada del 12 de junio) va a haber un taller especial de colaboración entre primaria y especializada donde vamos a abordar aspectos de diagnóstico, complicaciones del tra-

tamiento y seguimiento de pacientes en atención primaria y que pueden añadir valor al conocimiento del cáncer. Al presentar el programa Minbizi en los ambulatorios, hemos intentado mostrar que el diagnóstico precoz es importante y a través de la página web hemos facilitado herramientas donde se aporta información sobre qué es el cáncer, cómo se diagnostica, los síntomas de alarma, etc.

Volviendo un poco a la Atención Primaria, ¿Cómo se coordinan los cuidados paliativos de los pacientes con cáncer?

Tenemos una unidad de Cuidados Paliativos, y disponemos de una unidad de hospitalización a domicilio. Además en Gipuzkoa hay centros concertados con camas de media estancia con cuidados paliativos. Hay una interacción múltiple entre Atención Primaria, Oncología, Cuidados Paliativos y los recursos de Media Estancia. Todo depende de qué necesite el paciente. Si el paciente puede estar en su domicilio y puede hacer la continuación de cuidados por medio de su médico de cabecera se hará así, facilitándole acceso a nuestra unidad de Cuidados Paliativos para que consulte aquello que estime oportuno. Si en un momento determinado, por claudicación familiar o el motivo que sea, ese paciente requiere un recurso diferente que el de Atención Primaria se establecen los mecanismos necesarios para facilitar dicho recurso procurando evitar que tenga que pasar por el servicio de urgencias.

¿Es verdad que hay más casos de cáncer o es que como vivimos más se detectan más?

En unos procesos hay algo más de incidencia y en otros no. Pensamos que el aumento de casos diagnosticados está más relacionado con el aumento de vida media de los ciudadanos que con factores de riesgo específicos.

Por otra parte, al poner en marcha programas de screening inicialmente se detectan más y luego se estabiliza. En el momento de poner en marcha el screening de cáncer de colon detectamos más cáncer de colon, y esperamos que en el futuro esa incidencia disminuya sobre todo por el efecto producido por la resección de lesiones pre malignas. Es decir, en el cáncer de colon esperamos un doble beneficio:



Aprovechar las sinergias de Onkologikoa y el Hospital Universitario Donostia puede hacer que Gipuzkoa tenga una oncología excelente



El reto que tenemos para poder mejorar es evaluar los resultados clínicos, saber la supervivencia de nuestros pacientes

una mejora de la supervivencia porque diagnosticamos antes y la resección de pólipos que si se dejasen podrían malignizarse en el futuro. Profesionales del Hospital Universitario Donostia están inmersos en un estudio que intenta demostrar que la supervivencia de un grupo de población mejora con el programa de colon y esto lo podremos comprobar en los próximos años.

¿Qué relación mantienen el Hospital Universitario Donostia y Onkologikoa? ¿Existe coordinación entre ambos centros?

En este momento estamos avanzando en una línea de colaboración en la que pretendemos aprovechar las sinergias que se pueden producir entre los profesionales de Onkologikoa y los profesionales del HUD. De hecho, en breve vamos a iniciar el camino para una integración funcional de las unidades de Oncología Radioterápica y Radio Física. Podríamos plantearnos integraciones funcionales en otras áreas en el futuro. A nuestro juicio, es factible una prestación de servicio excelente en oncología en Gipuzkoa trabajando los dos centros en un modelo de integración y no de competencia. Aprovechar las sinergias

de Onkologikoa y el Hospital Universitario Donostia puede hacer que Gipuzkoa tenga una oncología excelente, mejor de la que ya tenemos, que creo, que es muy buena.

¿Eso de quién depende?

Esto se hará realidad si los profesionales sanitarios de un sitio y otro lo vemos y si los responsables políticos de Kutxa y la Consejería lo ven. En este momento parece que hay una sintonía para avanzar en esta línea y por eso hemos dado estos primeros pasos.

¿A qué se refiere cuando habla de integración funcional?

A que la prestación de servicio se haga de una sola manera. Hasta ahora, Onkologikoa ha funcionado como un centro concertado donde podían prestar técnicas o tratamientos que el sistema público no tenía o cuando había lista de espera para un procedimiento determinado. Pero ellos tenían sus propios comités de tumores, y nosotros los nuestros. Nuestra propuesta es que los servicios centrales de oncología sean únicos: con comités de tumores únicos para Gipuzkoa; con protocolos únicos, de manera que al paciente se le trate igual en un sitio o en otro por profesionales coordinados. La decisión final de cómo va a ser la relación entre ambos centros depende, sin duda, de la Consejería de Salud y los responsables de Kutxa. Y son ellos quienes tienen que tomar la decisión. Ahora, si nos preguntan a los profesionales con experiencia tanto de Onkologikoa como del HUD, nosotros les pediríamos que tengamos las máximas facilidades para trabajar en un único modelo, como si tuviéramos un plan director único para la oncología de Gipuzkoa.

¿Algo más que añadir?

Creo que tenemos una oncología muy buena, pero tenemos aspectos que mejorar, trabajando en equipo para seguir mejorando la coordinación con los patólogos, radiólogos, cirujanos... El reto que tenemos es evaluar los resultados clínicos, saber la supervivencia que tienen nuestros pacientes, relacionarla con los tratamientos para poder mejorar. Tendríamos que ser capaces de medir los resultados clínicos de lo que hacemos. No siempre es mejor hacer más y tenemos que estar seguros de que lo que hacemos añade valor. ■

Enrique Samaniego

ANESTESIA: FACTOR FUNDAMENTAL EN EL PROGRESO DE LA CIRUGÍA

Solucionar el problema del dolor en cirugía ha permitido acceder a cualquier campo quirúrgico sin sufrimiento, durante el tiempo que sea necesario y manteniendo las constantes y la quietud del paciente.

Hasta épocas todavía recientes el enfermo debía ser sujetado por los ayudantes del cirujano para que éste actuara con la mayor habilidad y rapidez.

Celso, en el año 25 d.C., nos describe cómo debía ser el cirujano: "Ágil y docto, de manos sutiles, firmes y que no le tiemblen, iguales la diestra y la siniestra en el obrar, de aguda vista y clara, animoso y poco compasivo, porque si es misericordioso dejará de obrar lo necesario con la lástima de los clamores de los pacientes".

Entre los datos más interesantes que podemos encontrar en la medicina antigua, relacionados con el alivio del dolor, se encuentran numerosas referencias a la mandrágora (escopolamina) y a la amapola (morfina).

En el siglo X estaba en boga la Escuela de Medicina de Salerno, perteneciente a esta escuela, Nicolás Prepósitus en su Antidotarium nos da una receta para la preparación de la "esponja somnífera": "Tomad opio tebaico, jugo de beleño, bayas de moras todavía verdes, granos de lechuga, jugo de cicuta, adormidera, mandrágora, yedra... metedlo todo en un recipiente y sumergir allí una esponja de mar como ella está cuando sale del agua, cuidando no ponerla en contacto con agua dulce. Dejad esto al sol durante los días de canícula hasta que el líquido sea absorbido. Cuando tengáis necesidad de ella, humedecedla con agua no muy caliente y ponedla bajo las narices del enfermo que se dormirá rápidamente. Luego, si queréis despertarle, aplicadle el jugo de la raíz del hinojo y se despertará enseguida".

Tras siglos de esponjas somníferas, mandrágora, opio, aplicación de frío, etc., en definitiva, de poca eficacia, la verdadera anestesia se inicia con la utilización de los gases anestésicos.

En 1628, la teoría de Harvey sobre la circulación de la sangre supone un progreso tan importante, que podemos hablar de la medicina del antes y después, ya que se abre un mundo para la investigación. La función pulmonar será estudiada por Boyle, Hooke, Lower, Lavoisier, etc., quienes llegan a esclarecer la relación entre circulación menor y respiración. Lower publica que la función de la respiración es la de permitir que el aire actúe sobre la sangre. Y como consecuencia se intuye que otros gases también pueden hacerlo.

A finales del siglo XVIII, 1771, Joseph Priestley descubrió el oxígeno y sugirió que era la causa de la diferencia entre sangre arterial y venosa. Más adelante, aplicando ácido nítrico, a limaduras de hierro en caliente, obtuvo óxido nitroso, el primer gas capaz de neutralizar el dolor.

Pocos años más tarde, en 1798, Humprey Davy, a la edad de 17 años, siendo ayudante del cirujano Borlase, sintió curiosidad por el óxido nitroso y lo probó personalmente. Una vez, que padecía un gran dolor provocado por el nacimiento de una muela del juicio, inhala el gas y comenta: "He tenido oportunidad de convencerme de los efectos inmediatos de este gas para hacer desaparecer el intenso dolor físico... cuando la inflamación era más intensa, inhalaba tres amplias dosis de óxido nitroso. El dolor disminuía siempre... y podía masticar como de ordinario".

Faraday, discípulo de Davy, entre sus diversas investigaciones, se interesó por el éter y, en 1818, publica el siguiente descubrimiento: "Si se mezclan vapores de éter con aire común y se inhala la mezcla se producen efectos análogos a los ocasionados por el óxido nitroso".

En tiempos de Priestley, Davy y Faraday no se supieron valorar sus descubrimientos en cuanto a los gases anestésicos, pero el actual desarrollo de la anestesia, sin ninguna duda, comenzó con ellos.

Hacia 1830, Velpeau expresaba la situación de impotencia que se vivía en aquellos años: "Escapar al dolor en las operaciones quirúrgicas es una quimera con la que no nos es permitido soñar en nuestros días. El instrumento cortante y el dolor en la medicina operatoria son dos ideas que jamás puedan presentarse separadas en la mente del enfermo, y nosotros los cirujanos debemos admitir esta asociación".

Estas palabras son un canto a la desesperanza, a la no visión de la posibilidad de conseguir una cirugía sin dolor, su dogmatismo le impide ver los avances que se están consiguiendo con los gases anestésicos, a pesar de no ser ajeno a ellos.

En diciembre de 1844, el dentista Horacio Wells, en la ciudad de Hartford, donde ejercía, acude a un espectáculo circense en el que una de las atracciones era la aspiración del óxido nitroso, lo que se llamaba "gas hilarante".

Uno de los voluntarios que ha inhalado el gas sufre una caída en las escaleras del escenario y se hace una profunda herida en una pierna, Wells se acerca a atenderlo y comprue-

Tras siglos de esponjas somníferas, mandrágora, opio, aplicación en frío, etc., la verdadera anestesia se inicia con la utilización de los gases anestésicos

ba, con asombro, que el lesionado no padece ningún dolor y piensa que el óxido nitroso podría ser la solución para conseguir las extracciones dentales sin dolor.

El 12 de diciembre de 1844, se sometió él mismo a la extracción de una muela tras la inhalación de óxido nitroso. Cuando volvió en sí, exclamó: “¡Esto es magnífico! Acabamos de inaugurar una nueva era en la extracción de dientes”.

En carta dirigida a la Real Academia de Medicina de París, leída en la sesión del 2 de febrero de 1847, Wells, expone: “Después de someterme a la avulsión de uno de mis dientes, operación que fue realizada sin dolor alguno, yo repetí esta operación sobre doce o quince personas con el mismo resultado”.

En 1848, a la edad de 33 años, se suicidó en un presidio de Nueva York. Su amigo Brewster, en una carta que llegó demasiado tarde, le comunicaba: “La Sociedad Médica de París ha decidido que corresponde a Horace Wells el honor de haber descubierto que los vapores o gases pueden utilizarse para realizar operaciones quirúrgicas sin dolor. Como premio te han elegido Miembro Honorario de su Sociedad...”. En 1864, la American Dental Assotiation le reconoció como el descubridor de la anestesia.

Warren, el 16 de octubre de 1846, en el Hospital General de Massachusetts, utiliza el éter para operar un tumor de cuello y el resultado fue lo suficientemente satisfactorio. Se conserva, hasta la actualidad, el anfiteatro donde se produjo esta anestesia y recibe el nombre de “Ether room”.

En Londres, el 21 de diciembre del mismo año, el cirujano Robert Liston, en el University College Hospital, empleó por primera vez el éter en cirugía mayor; el manejo del éter corrió a cargo del Dr. John Snow. Se trataba de la amputación de una pierna lo que se consiguió sin dolor.

En París, los cirujanos Roux y Velpeau pronto comenzaron a usar el éter para operar en ausencia de dolor. El 26 de enero de 1847 se utilizaba el éter por vez primera, en Berna; el 28 del mismo mes, en Viena; el 6 de febrero, en Berlín; el 8 de marzo, en La Haya; etc.

Por el mismo tiempo, los cirujanos Diego de Argumosa y Obregón, en el Hospital de San Carlos de Madrid, y José González Olivares, catedrático de Clínica Quirúrgica del Gran Hospital Real de Santiago de Compostela, fueron de los primeros en utilizar la anestesia con éter, en España. En este año de 1847, en Madrid, el doctor Basilio San Martín presenta cincuenta casos de aplicaciones del éter con muy buenos resultados.

Asimismo, durante el año 1847, el 4 de noviembre, el escocés James Young Simpson, descubridor del cloroformo, consigue el primer parto sin dolor mediante este anestésico. Pocos días después presentaba en la Sociedad Médico-Quirúrgica de Edimburgo 30 casos de parto sin dolor.

La anestesia en el parto suscitó muchas polémicas, fundamentalmente religiosas. En 1853, la Reina Victoria de Inglaterra, siguiendo el consejo de su tocólogo el Dr. Clark, acepta ser anestesiada. Después, escribió la reina: “El doctor Snow me dio el bendito cloroformo y el efecto fue suave, calmante e ilimitadamente hermoso”. Con estas palabras de la cabeza visible de la Iglesia Anglicana, se acabaron las polémicas sobre si era o no contra natura el parir sin dolor.

La anestesia de Snow consistió en darle a la reina, en su mano, una esponja impregnada de cloroformo para que ella misma la respirara hasta aturdirse, momento en que al caer la mano dejaba de aspirar y cuando, al volver en sí, sentía dolor debía volver a inhalar el cloroformo. Este procedimiento se ha conocido como “anestesia a la reina”.

En estos inicios, la anestesia, por sí misma, no modificaba el riesgo quirúrgico y no aportaba diferentes indicaciones quirúrgicas. De hecho, el número de intervenciones no creció de manera espectacular y tampoco disminuyó la mortalidad postoperatoria.

Con el tiempo la anestesia se ha perfeccionado, ha permitido ampliar las indicaciones de la cirugía y mejorar sus resultados. Y, en ocasiones, la propia anestesia es un tratamiento en sí misma.

En estos años, se ha avanzado en anestésicos locales, tronculares, locorreregionales, epidurales, intradurales y generales, permitiendo mejorar las técnicas y los avances en cirugía. ■

BIBLIOGRAFÍA:

- ALBARRACIN, AGUSTIN: La enfermedad en el siglo XIX. (En Historia de la enfermedad. Madrid. SANED. 1987).
- DIOSCORIDES, PEDACIO: Acerca de la materia medicinal y de los venenos mortíferos. (Facsimil de la traducción hecha por LAGUNA, ANDRÉS, editada en Salamanca, en 1566). Madrid. Editorial Casariego. 1983.
- GONZÁLEZ IGLESIAS, JULIO: Historia de la Anestesia. Madrid. Editores médicos S.A. Fundación Wellcome. 1995.
- IBN BOTLAN: Tacuinum Sanitatis (manual de salud del s. XIV). Texto de Franz Unterkircher. Facsimil. Madrid. Editorial Casariego. 1996.
- JACQUART, DANIELLE: La scolastique médicale. (En Histoire de la Pensée médicale en Occident. París. Editions du SEUIL. 1995. Tomo I).
- SAMANIEGO, ENRIQUE: Angiología, medicina y sociedad en la historia. Servicio de documentación científica FAES. Leioa 2000.

Giza genoma

Vocabulario básico del genoma humano, aprobado el año 2003 en la reunión plenaria de REALITER, incorpora la terminología básica más usual en textos de genómica.

Vocabulario básico del genoma humano. Barcelona: IULA, REALITER, 2007.

Publicación electrónica: <http://www.iula.upf.edu/rec/vbgenoma/esp/index.html>

A

–Aberración cromosómica

Aberrazio kromosomiko

–Adenina

Adenina

–Adenosina

Adenosina

–ADN complementario

ADN osagarri

–ADN copia

ADN kopia

–ADN mitocondrial

ADN mitokondrial

–ADN; ácido desoxirribonucleico

ADN; azido desoxirribonukleiko

–Almidón

Almidoi

–Anomalía cromosómica

Anormalitate kromosomiko

–Antígeno

Antigeno

–ARN; ácido ribonucleico

ARN; azido erribonukleiko

–ARN de transferencia

Transferentziako ARN

–ARN mensajero

ARN mezulari

–ARN ribosómico

ARN erribosomiko; erribosoma-ARN

–Autosoma

Autosoma

–Autotrófico

Autotrofiko

–Azúcar; hidrato de carbono; glúcido

Azukre; karbohidrato; gluzido

–Biblioteca genómica; genoteca

Genoteka; gene-banku

–Bioinformática

Bioinformatika

–Bioingeniería

Bioingeniaritza

–Biología computacional

Biologia konputazional

–Brazo cromosómico; brazo del cromosoma

Kromosoma(ren) beso

C

–Cadena de ADN; secuencia de ADN

ADN-kate; ADN sekuentzia

–Carion

Karion

–Cariotipo

Kariotipo

–Catálogo de genomas

Genomen katalogo

–Centimorgan

Zentimorgan

–Centrómero

Zentromero

–Ciclo de Calvin

Calvin-en ziklo

–Citogenética

Zitogenetika

–Citosina

Zitosina

–Clon

Klon

–Clonación

Klonazio

–Clonar

Klonatu

–Clones del cromosoma artificial bacteriano mapeados

Bakterio-kromosoma artifizialaren klonak, mapeatuta

–Cloroplasto

Kloroplasto

–Codificación

Kodifikazio; kodeketa; kodetze

–Combinatoria genética

Konbinatoria genetiko

–Complejo de Golgi

Golgi-ren aparatu; Golgi konplexu

–Complejo HLA

HLA konplexu; HLA sistema

–Cósmido

Kosmido

–Cromátida

Kromatida

–Cromatina

Kromatina

–Cromosoma

Kromosoma

–Cromosoma eucariótico

Kromosoma eukariotiko

–Cromosoma procariótico

Kromosoma prokariotiko

–Cromosoma X anular; cromosoma X en anillo

X kromosoma anular; eraztun gisako X kromosoma

–Cultivo transgénico

Kultibo transgeniko; hazkuntza transgeniko

D

–Delección

Delezio

–Descodificar

Deskodetu

–Desnaturalización

Desnaturalizazio

–Desoxirribosa

Desoxirribosa

–Determinismo genético

Determinismo genetiko

B

–Bandeo cromosómico

Kromosoma-bandaketa

Giza genoma

–Didesoxinucleótido

Didesoxinukleotido

–Dipéptido

Dipeptido

–Doble hélice

Helize bikoitz

E

–Efecto fenotípico; efecto sobre el fenotipo

Efektu fenotipiko; eragin fenotipiko; fenotipo-eragin

–Electroforesis

Elektroforesi

–Enfermedad hereditaria

Gaixotasun hereditario

–Enlace peptídico

Lotura peptidiko

–Enzima

Entzima

–Enzima de restricción

Murrizketa-entzima

–Estructura primaria

Egitura primario; lehen mailako egitura

–Eucariota

Eukariota

–Eucromatina; cromatina verdadera

Eukromatina

–Exon

Exon

F

–Farmacogenética

Farmakogenetika

–Farmacogenómica

Farmakogenomika

–Fosfato

Fosfato

G

–Gen

Gene

–Genética bacteriana

Genetika bakteriano; bakterioen genetika

–Genética clínica

Genetika kliniko

–Genoma

Genoma

–Genoteca

Genoteka; gene-banku

–Genotipo

Genotipo

–Glúcido; azúcar; hidrato de carbono

Azukre; karbohidrato; gluzido

–Grupo amino terminal

Amino muturreko talde

–Grupo carboxílico terminal

Karboxilo muturreko talde

–Guanina

Guanina

H

–Haploide

Haploide

–Hélice

Helize

–Heredabilidad

Heredagarritasun

–Herencia

Herentzia

–Herencia extracromosómica

Herentzia estrakromosomiko; kromosomaz kanpoko herentzia

–Heterocromosoma

Heterokromosoma

–Heteroproteína

Heteroproteina

–Heterotrófico

Heterotrofiko

–Hibridación in situ con fluorescencia

In situ hibridazioa, fluoreszentiarekin

–Hidrato de carbono; glúcido; azúcar

Azukre; karbohidrato; gluzido

–Histona

Histona

–Holoproteína

Holoproteina

–Huella digital genética; huella del ADN

ADNaren arrasto; arrasto digital genetikoa

I

–In vitro

In vitro

–Información genética

Informazio genetikoa

–Ingeniería de las proteínas

Proteinen ingeniari-tza

–Ingeniería genética

Ingeniari-tza genetikoa

–Intrón; intron

Intron

–Isocromosoma de brazo corto

Beso laburreko isokromosoma

K

–Kilobase

Kilobase

L

–Linfocito

Linfozito

–Linfocito T

T linfozito

M

–Mapa

Mapa

–Mapear

Mapeatu

–Mapeo

Mapeatze; mapeaketa

–Material genético

Material genetikoa; material hereditario

–Meiosis

Meiosi

–Membrana plasmática; membrana celular

Mintz zelular; zelula-mintz; mintz plasmatikoa

–Microvellosidad

Mikrobilo

–Mitocondria

Mitokondrio

–Mitosis

Mitosi

–Mosaicismo

Mosaizismo

–Mutación

Mutazio

N

–Núcleo; núcleo celular

Nukleoa; zelula-nukleoa; nukleoa zelular

–Nucleósido

Nukleosido

–Nucleosoma

Nukleosoma

–Nucleótido

Nukleotido

Giza genoma

–Nucleótido de pirimidina

Pirimidina-nukleotido

O

–Oligonucleótido

Oligonikleotido

P

–Pirimidina

Pirimidina

–Plásmido

Plasmido

–Polimorfismo en la longitud de los fragmentos de restricción; PLFR

Murrizketa-zatien luzera-polimorfismo; MZLP

–Polimerasa

Polimerasa

–Polímero

Polimero

–Polinucleótido

Polinukleotido

–Polipéptido

Polipeptido

–Poliploidía

Poliploidia

–Polisomía

Polisomia

–Procariota

Prokariota

–Promotor

Promotore; sustatzaile

–Proteína receptora; receptor proteico

Proteina-hartzaile

–Purina

Purina

R

–Reacción en cadena de la polimerasa; PCR

Polimerasaren kate-erreakzio; PCR

–Renaturalización

Birnaturalizazio

–Replicación

Erreplikazio

–Respiración aeróbica

Arnasketa aerobiko

–Retículo endoplasmático

Sare endoplasmatikoa

–Ribosa

Erribosa

–Ribosoma

Erribosoma

–RXR

RXR; X erretinoidearen hartzaile

S

–Secuenciación

Sekuentziazio

T

–Técnicas de secuenciación; tecnologías de secuenciación

Sekuentziazio(ko) teknikak; sekuentziazio(ko) teknologiak

–Teñir

Tindatu; koloreztatu

–Terapia génica

Terapia geniko

–Tilacoide

Tilakoide

–Timina

Timina

–Traducción

Tradukzio

–Transcriptasa inversa

Alderantzizko transkriptasa

–Transducción

Transdukzio

–Transgénesis

Transgenesi

–Tripéptido

Tripeptido

–Trisomía

Trisomia

U

–Uracilo

Urazilo

V

–Vector bifuncional; vector lanzadera

Anezka bektore

–Vector funcional

Bektore funtzional

–Vector lambda

Lambda bektore

–Vector YAC

YAC bektore; legamia-kromosoma artifizial

OSASUN ARRETA EUSKARAZ

Euskararen aldeko aldarrikapenen artean, edo euskaldunon hizkuntz eskubideak errespetatzeko eta bermatzeko eskakizunen artean, osasun arreta euskaraz eskatu izan da aspalditik. Baina argi daukagu zer den benetako osasun arreta euskaraz? Zer da euskararen normalkuntza? Hizkuntza baten benetako normaltasun egoera zein den badakigu?

Osasun arretak, osasun sisteman paziente edo gaixoarekiko harreman eta prozedura guztiak bere baitan hartzen dituela esan genezake. Helburua hortaz, harreman hauek guztiak euskaraz izatea izan beharko litzateke. Kontuan hartu behar dugu, baina, harreman hauek konplexuak direla, maila ezberdinetan burutzen baitira, eremu ezberdinetan, jende askorekin, era ezberdinetan.

Gaur egun, zoritxarrez, erabiltzaileen hizkuntz eskubideak ez dira bermatzen; ez da osasun arreta euskaraz eskaintzen Euskal Herrian. Eta honek euskara bigarren mailako hizkuntza bilakatzen du, eta euskaldunak bigarren mailako hiritar. Eskubideen hierarkia ezartzen da. Osasungoa egungo gizartearen ardatzetako bat da jakina, zutabe bat; EAJK adibidez bere hauteskunde programan ere ondo adierazi zuen: "las políticas de salud y nuestro sistema de salud son pilares fundamentales de la calidad de vida y del bienestar de nuestra sociedad". EH Bilduk hauxe zioen bere programan: "osasun eskubidea, hezkuntza eskubidearekin eta Euskal Herrian bizi garenon gizarte babeserako eskubidearekin batera, Ongizate Estatua-ren oinarritzko euskarria da." Bat datoz. Baina behar bada ez gara ohartzen osasun arreta ardatz bat izanik, erdara hutsean burutzen den artean ez dugula euskararen normalkuntzarik lortuko. Euskal Herria euskalduna ez dago lortzerik osasungoa euskalduntzen den arte. Ez dira hizkuntz eskubideak bermatuko sekula. Hala ere, osasungoa erdaraz onartzen dugu, normaltzat hartzen dugularik euskararen bazterketa esparru horretan. Ohituta gaude.

Egia da osasungoan arretari ematen zaiola lehentasuna; kalitatezko arreta da hemen garrantzitsuena, eta euskarak ez

omen du hainbesteko garrantzirik. Edo, beste era batera esanda, pazientea da garrantzitsuena, ez euskara. Aukeran, euskaltzale amorratuena ere segurtasuna nahiago du. Gaixoak ez dira ospitalera joango eskubideen eske, osasun arreta eskatzera baizik; hiltzeko beldurrez dagoenak ez du "euskaraz mesedez" esango. Eta bere goganbeharrak, kezkek, bere ahuldade eta menpekotasun egoeraz aprobeztatuz, gazteleraz egitera behartua izango da, behartuko dugu. Ez gara konturatzen hori ez dela benetako kalitatezko osasun arreta, izan ere ez baitu kode deontologikoa ere errespetatzen. Ez genuke ahaztu behar euskara eta kalitatea banaezinak direla. Azken batean, kalitatezko osasun arreta pazientearen hizkuntzan burutzen dena da. Gaur egun gure herrian egiten ez dena, hain zuzen.

Euskal Herrian kalitatezko osasun arreta euskaraz izan behar da, paziente euskaldunentzat behintzat. Eta osasun arreta euskaraz, benetakoa, bere osotasunean, ahoz eta idatziz izan beharko litzateke. Bere osotasunean, hau da, maila eta esparru guztietan; kontsultategi, osasun-zentro edo ospitaleetan; familiako mediku zein espezialistekin, erizainekin edo administrariekin; edonon, edonorentzat. Idatzizkoa esaten dudanean, ez naiz ari Osasun Zerbitzuak banatzen dituen paper, ohar, aholku edo karteldegari buruz bakarrik, baizik eta pazienteak jasotzen dituen idatzizko guztiei buruz, hau da, osasun txostenak edo txosten klinikoak, proba osagarrien informea, proba horien eskakizunak edo bolanteak, kontsultarte dokumetuak edo zerbitzuen arteko bideratzeak, etab. Eta hemen, erabateko garrantzia duena, historia klinikoa da. Funtsean, pazienteen osasun arretaren erregistroa, euren bilakaera jasotzen duena. Osasun arreta euskaraz aldarrikatzeko orduan, ez genuke ahozko harremanetara mugatu behar, hori ez baita egoera normala. Historia klinikoa euskaraz eskatu eta garatu behar dugu, osasungoa euskaraz izan dadin bere osotasunean. Hemen dago gakoa.

Hori lortzeko tresnak, baliabideak, eta gaitasuna badauzkagu; borondatea da falta zaiguna. ■



EL SUEÑO Y LA SALUD

El sueño, por definición, es un estado de salud de pérdida de conocimiento. Un estado que puede desencadenarlo ciertos estímulos. Existe un sueño profundo, de verdadero descanso para la persona; y otro más superficial y poco rentable, aunque al final ambas formas se mezclan.

Durante el sueño profundo nuestra persona descansa de verdad; y estamos ante un sueño reparador. La Medicina, en la actualidad, está en condiciones de “fabricar” artificialmente situaciones muy parecidas al sueño habitual o natural. Eso sí, la falta de sueño altera las funciones de nuestro cerebro y el buen descanso, dormidos, nos sirve para relajar la musculatura, lentificar el corazón, bajar la tensión arterial y el consumo de energía.

A mi lo que me preocupa es el insomnio: el hecho de dormir poco y mal. Se dice que es insomne la persona que duerme menos del 85% del tiempo que está en la cama, cosa difícil de medir si la víctima se aburre estando despierta y se levanta antes de lo habitual. También se asegura que el 10% de la población mundial sufre de esta desgracia y que es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. Y lo mismo podríamos decir, compa-

rativamente, de los que sobrepasan los 60 años de edad.

Diariamente el período normal del sueño es de entre 7 y 8 horas. No olvidemos que dormir poco, nunca es no dormir, por lo que esas personas que nos quieren convencer de que llevan dos semanas sin dormir nos están engañando, pues la naturaleza humana no es capaz de ello y quien no duerme se muere.

Las personas reumáticas, por ejemplo, tenemos menos horas de descanso porque los dolores nos despiertan. Lo mismo puede suceder a quienes padecen asma o ardores de estómago. El frío, el consumo de café, anfetaminas, o diuréticos pueden ser otras causas de insomnio.

Se han divulgado múltiples consejos y tratamientos para conciliar el sueño, como no tomar café, no fumar, mantener en condiciones óptimas la habitación, vaciar la vejiga antes de acostarse, usar prendas cómodas para la cama..., pero hay veces que ninguna de ellas es suficiente. Entonces el único remedio está en la farmacopea, en los relajantes psíquicos, y lo cierto es que, en dosis normales, son efectivos y no tienen peligros secundarios. Aunque bien es verdad que sin preocupaciones siempre se duerme bien. ■

The image is a jewelry advertisement. It features a collection of jewelry including a ring with a large dark stone and diamonds, a pair of sunglasses with dark lenses and gold frames, a gold chain bracelet, a black ornate pendant, and a square pendant with a floral design. These items are arranged on a background of several red and white starfish. The brand name 'Pouellato' is written in a cursive font at the top right, with 'VICTORIA' in a bold sans-serif font below it.

Pouellato
VICTORIA

www.joyeriairantzu.com

C/ BERGARA, 16
SAN SEBASTIÁN
943 423 821

ALTA JOYERIA
IRANTZU

Seguro de Automóvil



Porque cuando se queda sin coche, es cuando más ayuda necesita



Y además,

50% D.T.O.

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

A.M.A. SAN SEBASTIÁN

Paseo de la Concha, 17; bajo
Tel. 943 42 43 09
sansebastian@amaseguros.com

A.M.A. SAN SEBASTIÁN

(Colegio Médico)
Paseo de Francia, 12; bajo
Tel. 943 27 04 11

LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10

