

MEDIKUEN AHOTSA GIPUZKOA MÉDICA



SENDAGILE ARTEAN:

Cuando el médico enferma

ASESORIA JURIDICA:

El consentimiento informado

KANTAKIDETZA, MUSIKAZ BLAI



SAAB experience

www.saabexperience.com



Cuando la inspiración te llega a 3.000 metros de altura, los demás coches se ven muy pequeños.

Puede que sea por su herencia aeronáutica o porque trae de serie lo más avanzado en seguridad. O, simplemente, porque es un Saab. Pero, cuando lo pruebas, sientes que estás en otro nivel. Y cuando ves su precio entiendes que nadie más sabe volar tan alto sin dejar de tener los pies en la tierra.

Nuevo Saab 9-5 desde 35.500€.



4 años de garantía
años de asistencia
en carretera

SAAB
PERFORMANCE
PROGRAM



SAAB
move your mind™

Saab Performance Program de serie. Promoción válida PyB para el Nuevo Saab 9-5 Sedan Linear 2.0 TiD 160CV Manual. Ahora desde 35.500€. Gastos de matriculación no incluidos. El modelo mostrado no corresponde al visualizado. Consumo mixto desde 5,3l/100 km. Emisiones de CO₂ desde 139 gr/Km.

Sumario

Editoriala

- 2 **Sentencia del Tribunal Constitucional sobre el consentimiento informado**
- 4 **La Colegiación médica como mecanismo de autorregulación**
- 6 **Presentada la memoria de actividades del Colegio del pasado año**
- 14 **Noticias/Berriak**
- 16 **José Antonio Alberro: Una de cada cuatro pacientes con cáncer de mama es menor de 50 años**
- 18 **Angel Alayo: Si el médico no es consciente de su discapacidad, sus colegas deben decirlo discretamente en el Colegio**
- 22 **La atención pediátrica en Osakidetza: una perspectiva de futuro**
- 24 **Kantakidetza, enganchados a la música**
- 26 **Medikuntzako lexikoa**
- 30 **¿Qué es el burnout? Formación para prevenirlo**
- 32 **Sepia, jibia o txautxa**

Portada:
Kantakidetza

Aspaldi samarretik ari gara entzuten, han eta hemen, Gobernuak nahitaezko kolegiazioa murrizteko asmoa duela zenbait lanbidetan, eta gurea izan daiteke horietako bat. Eta hori zertarako? Lehiakortasuna eta produktibitatea hobetzeko bidean, agidanez, eta langileen mugikortasuna gehitu edo areagotuz.

Horrela, bada, esamesek diotenez Gobernua prestatzen ari den lege berriak kolegiazioa borondatezkoa izatea onartuko bide luke, sektore publikoan bakarrik aritzen diren profesionalentzat. Geure iritzian, ordea, hori ez da irtenbiderik egokiena, lanbidea egikaritzearen kontrola Administrazioaren beraren eskuetan soilik geratuko bailitzateke modu horretan. Eta hori horrela balitz, eta Medikuen Elkargo Ofizialak izateari utziko bagenio, nola kontrolatuko du Administrazioak gure jardura profesionala? Nork arautuko du medikuaren deontologia bere jardun profesionallean? Nola kontrolatuko da benetan gaituak gauden ala ez? Nola zaindu ahal izango du guk guztiok erantzukizun zibil profesionaleko aseguru bat eduki dezagun? Nola saihestuko du lanbidean intrusismo profesionala?

Hemendik Medikuen Elkargo Ofizialok hainbat hamarkadatan bete izan dugun lana goretsi eta azpimarratu nahi dugu, pazienteen ongizatea zaindu eta osasun-laguntzaren kalitatea bermatzea, alegia. Kolegiazioak bermatzen baitu, izan ere, medikuok ez garela legeak ezartzen duena egitera soilik mugatuko, gure kode deontologikoak lege hutsak markatutako mugaz haragoko konpromiso-maila batera behartzen gaituelako.

Hace tiempo que venimos oyendo que el Gobierno va a reducir la obligación de colegiación en algunas profesiones, como puede ser la nuestra. Para, al parecer, mejorar la competitividad y la productividad a través de una mayor movilidad de los trabajadores.

Así, se habla de que la nueva ley que prepara el Gobierno podría aprobar que la colegiación sea voluntaria para quienes trabajan sólo para el sector público. En nuestra opinión, esto no es lo más correcto, ya que el control del ejercicio profesional quedaría, exclusivamente, en manos de la propia Administración. Si es así y los Colegios Oficiales de Médicos dejamos de existir, ¿Cómo va a controlar la Administración nuestro ejercicio profesional? ¿Quién va a regular la deontología del médico en su actuación profesional? ¿Cómo va a controlar que estemos capacitados? ¿Cómo va a poder vigilar que tengamos un seguro de responsabilidad civil profesional? ¿Cómo va a atajar el intrusismo profesional?

Desde aquí queremos incidir en el papel que los Colegios Oficiales de Médicos llevamos décadas desempeñando, que no es otro que velar por el bienestar de los pacientes y la calidad de la asistencia sanitaria. Y es que la colegiación garantiza que los médicos no nos limitemos a cumplir exclusivamente lo que dicta la ley, pues nuestro código deontológico nos compromete a un mayor nivel de exigencia que lo estrictamente legal.

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



Frantzia pasealekua 12 - 20012 Donostia
Tel.: 943 27 63 00 - www.gisep.org

MEDIKUEEN AHOTSA
GIPUZKOA MÉDICA

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

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

Diseinua eta maketazioa / Diseño y maquetación
Fotomecánica Garber

Argazkiak / Fotografías
Pedro Etxebeste, J.M. Pemán

Lege gordailua / Depósito legal
SS-1025/94

JON PELLEJERO ARAMENDIA

Ltrado Asesor del Colegio de Médicos de Gipuzkoa



Nueva sentencia del Tribunal Constitucional sobre el consentimiento informado

Ya hemos hablado en otras ocasiones sobre la importancia del Consentimiento Informado, aunque ante una Sentencia reciente del Tribunal Constitucional de 28 de marzo de 2011, debemos referirnos nuevamente al mismo.

Sobre esta Sentencia se han escrito diferentes artículos. Así, mientras algunos autores consideran que puede suponer un cambio en la interpretación que hasta ahora se ha realizado del CI, otros consideran que no supone ningún cambio fundamental. Desde estas líneas consideramos que dicha Sentencia no supone un cambio fundamental en cuanto a la interpretación del CI y, sobre todo, siempre que dispongamos del mismo por escrito.

A lo largo de los años, desde la asesoría del Colegio de Médicos, hemos visto cómo ha evolucionado el CI entre los médicos de Gipuzkoa. Se ha pasado de unos inicios en los que, incluso, no existía por escrito o se trataba de un modelo genérico de unas pocas líneas, a la actualidad, en la que son más amplios y casi siempre por escrito.

Sin embargo, esta evolución no debe hacernos bajar la guardia y debemos reiterar la importancia de un correcto y completo CI adaptado a las características de cada paciente. Ya que el CI del paciente, no sólo es una garantía y derecho de los pacientes sino que, junto a una buena Historia Clínica,

es la principal defensa de los médicos ante cualquier reclamación.

En la Sentencia del Tribunal Constitucional de 28 de marzo, por primera vez, este Tribunal realiza un análisis detallado del CI como garantía de la voluntariedad del tratamiento médico. Anteriormente se había pronunciado sobre el CI en conflictos relacionados con las huelgas de hambre de reclusos o en relación al rechazo de tratamientos médicos por motivos religiosos.

A diferencia de algunas Sentencias del Tribunal Supremo donde se consideraba que el CI es un derecho de los pacientes, en esta Sentencia se considera el mismo CI como una garantía recogida en el artículo 15 de la Constitución. Se realiza un análisis de la doctrina del CI pudiéndose destacar que establece que el derecho fundamental que se vulnera no es el derecho a la libertad (art. 17 Constitución), sino el derecho a la indemnidad, incolumidad o integridad corporal que formaría parte del concepto de privacidad (art. 15 Constitución). Además, la Sentencia establece que el artículo 17 de la Constitución se refiere a la libertad frente a la arbitraria

detención, condena o privación de libertad, sin que en dicho artículo se pueda incluir una libertad general de actuación o de autodeterminación individual.

Por dicho motivo se considera que el CI se encuentra amparado por el artículo 15 de la Constitución, referido al derecho a la vida y a la integridad física y moral. Se trata de un derecho fundamental a la integridad física, a la facultad de impedir toda intervención no consentida sobre el cuerpo propio y que no puede limitarse de una forma injustificada por una situación de enfermedad. Es la facultad de autodeterminación del paciente, el uso de la autonomía de la voluntad, de decidir libremente sobre los tratamientos que pueden afectar a su integridad física y moral, pudiendo elegir entre diferentes posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándola.

Ésta es la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo. Esta última posibilidad ha sido admitida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal.

Para que esa facultad de consentir y decidir sobre los actos médicos que afectan al paciente pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente

“Para que la facultad de consentir y decidir sobre los actos médicos que afectan al paciente pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente tenga la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas”

“El consentimiento informado, junto a una buena historia clínica, es la principal defensa de los médicos ante cualquier reclamación”

te su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir libremente no autorizar los tratamientos o las intervenciones que le propongan los facultativos. De esta manera, el consentimiento y la información se manifiestan como dos derechos tan estrechamente unidos que el ejercicio de uno depende de la previa correcta atención del otro, razón por la cual la privación de información no justificada equivale a la limitación o privación del propio derecho a decidir y consentir la actuación médica, afectando así al derecho a la integridad física del que ese consentimiento es manifestación.

La información previa que da lugar al CI puede ser considerada como un procedimiento o mecanismo de garantía para la efectividad del principio de autonomía de la voluntad del paciente y, por tanto, de los preceptos constitucionales que reconocen derechos fundamentales que pueden resultar concernidos por las actuaciones médicas. Una consecuencia implícita y obligada de la garantía del derecho a la integridad física y

moral, alcanzando así una relevancia constitucional que determina que su omisión o defectuosa realización puedan suponer una lesión del propio derecho fundamental.

Al tratarse de una interpretación de un derecho fundamental, las resoluciones judiciales, las Sentencias, tienen que ser rigurosas y exigentes al determinar la existencia de CI puesto que, al referirse y valorar el contenido de un derecho fundamental, existe un deber de motivación reforzado.

Aunque algunos autores consideran que esta Sentencia supone un cambio en la interpretación del CI, desde estas líneas consideramos que no supone un cambio fundamental respecto al CI por escrito, pudiendo tener alguna relevancia en cuanto a la prueba del CI verbal, es decir, cuando no exista el consentimiento por escrito y firmado por el paciente, o de un familiar en el caso de que el paciente no pueda firmarlo. Tal y como es sabido, el CI debe obtenerse por escrito, y cuando se disponga de un CI firmado por el paciente en el que consten los requisitos exi-

gidos por las leyes y los tribunales (enfermedad, tratamiento, alternativas, riesgos y complicaciones, todo ello personalizado al caso concreto de cada paciente) y el CI se haya firmado con anterioridad a la intervención, se considera que esta Sentencia no supone ningún cambio sobre la corrección y validez del CI.

La Sentencia podría tener alguna influencia en los casos en los que no exista CI por escrito, ya sea porque no se firmó o porque se considerase que se trataba de una urgencia vital y que no se podía obtener el Consentimiento Informado, ni del paciente ni de un familiar. Sería al interpretar estos casos cuando la Sentencia podría suponer una mayor exigencia en la prueba de la existencia de CI o que el mismo no era necesario.

Pero tal y como hemos manifestado con anterioridad, en los casos en los que exista CI por escrito, esta Sentencia no debería tener mayor relevancia, puesto que si el mismo ha sido elaborado correctamente y se encuentra firmado con unos días de antelación a la intervención se cumplirán con los requisitos exigidos por la ley y por los Tribunales, incluidos los requisitos exigidos por esta Sentencia del Tribunal Constitucional, por lo que debemos reiterar la necesidad del CI, que es la mejor defensa del médico.

UNIDAD DE VÉRTIGO Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

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

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

DR. FERMIN MATELLANES
OTORRINOLARINGOLOGIA

Aux: N. ALKIZA
Aux: G. GARMENDIA

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

La colegiación médica como mecanismo de autorregulación

Gobernuak, ekonomia indartu eta sendotzeko bere asmoari jarraituz, hainbat arlotan kolegiatze-ko nahitaezkotasuna murriztea pentsatzen du. Izan ere, bere ustez, gaur egungo araudiak dis-tortsioak eta endredoak sorrarazten baititu, haien iritzian merkatua dinamizatzeko oztopo bilakatzeaz gain.

La ley ómnibus (de 13 de mayo de 2009) hace hincapié en que la función de los cole-gios profesionales debe ser de interés públi-co y prevé la elaboración de un Proyecto de Ley que determine cuáles son las profesio-nes para cuyo ejercicio la colegiación será obligatoria. La ley de Servicios profesionales, en la que actualmente trabaja el Gobierno, será la encargada de regular esta materia.

No será la primera norma de nuestro entorno al respecto. Y es que, para intentar crear un marco jurídico que garantice la libertad de establecimiento y prestación de servicios en la Unión Europea, la Comisión Europea ya aprobó la Directiva Europea de Servicios (123/2006/CE).

Como justificación a la nueva ley en ciernes, el Gobierno recuerda que la Unión Europea recomienda liberalizar los servicios profesio-nales en todos los estados miembros y que, en el caso de España, pide explícitamente que se apliquen reformas estructurales como, por ejemplo, el incremento de la com-petencia en los servicios.

También el FMI y la OCDE han invitado a España a que los servicios profesionales se liberalicen. De hecho, en su último informe sobre nuestro país, la OCDE ha concluido que se debe revisar la regulación de acceso en las profesiones liberales. Cabe recordar, asimismo, que la Comisión Nacional de la Competencia recomendó al Gobierno en 2008 que, en aplicación de la Directiva Euro-pea de Servicios, suprimiera o flexibilizara la colegiación obligatoria vigente en la mayoría de las profesiones liberales. Así, el Gobierno, a través de la reforma que propone, tratará de mejorar la competitividad y la productivi-dad, ya que, según indican los defensores de la medida, ésta permitirá ampliar las oportu-

“Inork uste al du borondatezko kolegiazioak lan-postu berriak sortuko dituenik Medikuntzaren sektorean?”

nidades laborales y potenciará la movilidad de los profesionales, además de reducir las barreras existentes de entrada a la actividad. Léase colegiación obligatoria. Pero, ¿Alguien cree que una colegiación voluntaria va a crear puestos de trabajo en el sector médi-co?

Según parece, en la nueva regulación prima-rá el principio de libertad de acceso y ejerci-cio en todas las profesiones y las restricciones de acceso sólo se establecerán en casos justificados como, por ejemplo, la exigencia en las profesiones tituladas de un título académico concreto. Aún así, no se descarta que se exija la colegiación obligato-ria cuando ésta sea una herramienta idónea para el control de los profesionales.

Por el contrario, hay quien señala que el informe jurídico que maneja la ministra de Economía recomienda que, en el caso de los médicos, la colegiación sea voluntaria para quienes trabajen en exclusiva para el sector público. A nuestro entender esta opción no es la más correcta, ya que se deja el control del ejercicio profesional exclusivamente en

manos de la propia administración. ¿Con qué mecanismos cuenta la administración para controlar el ejercicio profesional de los médicos? ¿Quién va a regular la deontología del médico en su actuación en el hospital?

El Gobierno reconoce que, para poder refor-zar la protección de consumidores y usuarios de los servicios profesionales, hay que man-tener un control sobre los profesionales habi-litados. Por ello entendemos que los médicos, para ejercer nuestra actividad pro-fesional, debemos estar colegiados.

De otro modo, si los colegios oficiales desa-parecen, ¿Cómo se va a controlar la capaci-tación de los profesionales? ¿Va a asumir la administración una labor que ahora realiza-mos los colegios profesionales sin que al Estado le suponga un coste añadido? ¿Cómo se va a controlar el ejercicio profesio-nal irregular? ¿Quién va a solventar los con-flictos de interés? ¿Quién va a controlar que los profesionales cuenten con un seguro de responsabilidad civil profesional? Como se ve, hay muchas preguntas a las que los cole-gios profesionales en la actualidad damos

“Medikuen elkargoek zeregin garrantzitsua dauka-te lanbidea arautzeko orduan: praktika eta usadio profesional egokiak zeintzuk diren erabaki eta mugak ezartzen ditugu, pazientearen segurtasu-nari lehentasuna emanez betiere”

respuesta, pues quienes garantizamos las buenas prácticas de los médicos, en nuestro caso, somos los colegios médicos. Los colegios asumimos, por tanto, funciones de carácter público. No hay que olvidar que la nuestra es una profesión de servicio público e autorregulada a través de los colegios médicos.

La misión del Colegio de Médicos de Gipuzkoa, además de dar respaldo a los médicos colegiados, es atender al conjunto de la sociedad guipuzcoana poniendo a su disposición distintos servicios; entre los que cabe destacar el registro de profesionales (imposible realizarlo de no existir la colegiación obligatoria); la regulación deontológica (garantía de la mejor praxis médica) y la formación continua.

Además de lo cual, la colegiación garantiza que los médicos no nos limitemos a cumplir lo que dicta la ley. Así, nuestro código deontológico nos compromete a un mayor nivel

“Nola bermatuko du Estatuak medikuak gutxiene-ko ezagutzak edukitzea, bere jarduera praktika profesional desegokiak dakartzan arriskurik gabe bete ahal izateko?”

de exigencia que, sin duda, repercute en la calidad de la asistencia sanitaria y en el bien de los pacientes. Todo ello cuestiones fundamentales para ser un buen médico. Uno de los mejores ejemplos de la autorregulación profesional a la que hacemos mención es el PAIME. Programa en el que los colegios no solo somos los responsables de la atención de los médicos enfermos, sino que también somos quienes no les permitimos seguir trabajando si no están en condiciones de ofrecer una buena atención a los pacientes.

Los colegios de médicos, por tanto, jugamos un papel regulador de nuestra profesión, decidimos cuáles son las buenas prácticas

profesionales y determinamos dónde están los límites, poniendo siempre por delante de los intereses del propio profesional la seguridad del paciente. Abogamos también, por poner en marcha la evaluación de la competencia profesional a través de la recertificación de los profesionales y la obligatoriedad del cumplimiento de las normas deontológicas para todos los profesionales. Y es que nuestro objetivo es garantizar la calidad de los médicos. Por eso debemos certificar la puesta al día de los médicos colegiados.

En la actualidad, una vez acabada la carrera, no hay ninguna etapa de recalificación, ni tan siquiera a los 80 o 90 años en que algunos médicos siguen ejerciendo.

¿Cómo va a garantizar el Estado que el médico tiene unos conocimientos mínimos que le permiten desarrollar su actividad sin riesgos de una mala práctica profesional? ¿Cómo va a garantizar que el médico es médico?

“Arlo publikoan soilik lan egiten duten medikuek borondatezko kolegiazioa izatea aztertzen ari omen da Gobernua. Hala bada, nork kontrolatuko du medikuen jarduera profesionala?”

AMBULANCIAS

GIPUZKOA S.COOP.



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

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

Servicio las 24 h. del día

80 Ambulancias 15 años de experiencia

140 profesionales en plantilla a su servicio

Asistencias nacionales e internacionales

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



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

TELEFONOS 943 330 330* /
 943 55 49 62*

Oficinas 943 55 60 66
FAX 943 33 15 95



MIEMBRO DE:
E.O.G.E.
 Euskadiko Osasun Garraio Elkarteak
 Asociación de Transporte Sanitario del País Vasco
A.N.E.A.
 Asociación Nacional de Empresarios de Ambulancias

Presentada la memoria de actividades del pasado año en la Asamblea anual de colegiados

Pasa den urtean sendagileen kontrako 14 kexa edo erreklamazio aurkeztu ziren, ezintasunak balioztatzeko Gizarte Segurtako Institutuko taldeek gaixoarekiko izandako jarrerengatik gehienak. Datu horiek eta urteari buruzko gainerakoak urteko Batzar Nagusian aurkeztu zituen Idazkari Nagusiak.

Tras registrarse un total de 146 altas a lo largo del año 2010, a finales de año el Colegio contaba con 3.577 personas colegiadas, de las que las mujeres representan ya el 49% del total.

Por grupos de edad, el mayoritario es el de médicos de entre 50 y 55 años, con un total de 790 colegiados, seguido de los colegiados de entre 55 y 60 años. Estos son algunos de los datos que la Secretaria General, Milagros Garicano, presentó en la Asamblea anual de colegiados celebrada el pasado día 23 de marzo.

En el transcurso de dicha asamblea también se dio cuenta de las acciones que el Colegio ha llevado a cabo para mejorar la comunicación con los colegiados, entre las que fundamentalmente destacan la renovación de la página web –que permite realizar algunas gestiones sin tener que acercarse al Colegio– y de la revista colegial. Asimismo, se informó de las reclamaciones que los usuarios han presentado ante el Colegio, que el pasado año ascendieron a un total de catorce. A este respecto la Secretaria General destacó que el 50% de las mismas se debieron al trato que los pacientes recibieron de los equipos de valoración de incapacidades del INSS.

También dio cuenta de la formación continua que el Colegio organiza para mejorar las competencias profesionales de los colegiados. El pasado año, en los cursos realizados por el Colegio, participaron un total de 360 personas. Del mismo modo se informó sobre las ayudas de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias recibidas por 29 jóvenes huérfanos de médicos colegiados en Gipuzkoa.

El montante total de las ayudas ascendió a 103.572 euros, de los cuales la mayor parte, 86.835 euros, fue a parar a los veintidós menores de 21 años que reciben una ayuda de 310 euros mensuales. Asimismo, hay siete jóvenes mayores de 21 años que dado que siguen estudiando a lo largo del pasado año recibieron una beca de estudios por un valor medio de 2.391 euros. Asimismo, a lo largo de 2010 el Patronato pres-

tó ayuda de protección social a trece personas: siete huérfanos discapacitados, cuatro médicos inválidos, una viuda, y una persona ingresada en una residencia geriátrica.

En total la ayuda fue de 71.407 euros distribuida del siguiente modo: 46.864 euros para huérfanos discapacitados; 17.064 euros para médicos inválidos; 6.804 euros para compensar la pensión de viudedad y 675 euros en concepto de residencia geriátrica. Esta ayuda –cuyo objetivo es conciliar la vida laboral y familiar– entró en vigor en el último cuatrimestre del 2010 y va destinada a

financiar la estancia en residencias geriátricas de los padres o suegros de médicos.

También se informó sobre las actividades culturales que se llevan a cabo en el Colegio como las proyecciones musicales –que viene organizando el doctor Carlos Benito– que la mayor parte de las veces "cuelgan" el cartel de no hay billetes, o las conferencias del ciclo Aula Médica Senior organizadas por la vocalía de médicos jubilados que entre los meses de abril y diciembre de 2010 organizó cinco conferencias de temáticas muy variadas.



El presidente del Colegio presentó el balance de gestión relativo a 2010

Elkargoko presidentek, Enrique Telleriak, azken urteko kudeaketaren berri emanez, aholkulari juridikoen zerbitzuak gehitu egin direla; elkarte profesionalak sortzen laguntzeko mediku taldeei aholkularitza eman zaiela; edota elkarte zientifikoekin zein gaixo elkarteekin lanean aritzeko jorratu diren bideak zabaldu direla azaldu zuen.

Tras la lectura de la memoria anual por parte de la Secretaria General, el Presidente del Colegio, Enrique Telleria, presentó un balance de su gestión. Entre las actividades realizadas por el Colegio en el último año, destacó la ampliación de los servicios de asesoría jurídica para reducir el plazo de resolución de algunos de los problemas planteados por los colegiados; el asesoramiento prestado a colectivos médicos para que constituyan nuevas asociaciones profesionales; o la creación de vías de colaboración con sociedades científicas o asociaciones de enfermos. A este respecto destacó que se han recogido en un único directorio todas las asociaciones de enfermos que hay en el territorio de Gipuzkoa, un recurso que no existía hasta el momento y al que se puede acceder desde la página del Colegio: http://www.gisep.org/es_Directorio_de_asociaciones.aspx.

Asimismo, dio cuenta de la creación de la Fundación Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa / Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialeko Fundazioa. Una institución de carácter benéfico asistencial, sanitario y educativo a través de la cual se va a tratar de dar respuesta a las demandas de la medicina y la salud en Gipuzkoa.

El principal objetivo de esta Fundación será prestar ayuda a las personas, ligadas o no al Colegio. Así la Fundación se encargará de la ayuda social a viudas, viudos, e hijos e hijas de médicos; de la formación continuada de los médicos; así como del fomento de la investigación y la promoción del voluntariado médico-sanitario a través de Organizaciones No Gubernamentales que ofrezcan ayuda sanitaria.

A través de ayudas económicas, materiales y de infraestructura a catedráticos y profesores

de universidad y centros de enseñanza media, la Fundación tratará de fomentar el estudio y la investigación, para lo que concederá ayudas y prestaciones económicas, subvenciones y becas que fomenten la investigación. Del mismo modo, realizará actividades formativas de cara a que se cumplan los fines del Colegio en el ámbito educativo y formativo.

El doctor Enrique Telleria recordó que el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa es una institución con más de cien años de historia que en sus primeros años de vida consiguió que Gipuzkoa fuera pionera en muchas iniciativas médico-sanitarias. Asimismo, mostró su deseo de que a través de la Fundación recientemente creada se logre mejorar, si cabe, la calidad de nuestros médicos, ayudar a formar a la juventud y participar de la ayuda al desarrollo.

Con la participación de más de 1.200 profesionales, los días 19 y 20 de mayo se ha desarrollado, en el Kursaal donostiarra, el III Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico.

Entre otros, ha contado con la presencia de Alex Jadad, médico colombiano-canadiense, referente mundial en el estudio del envejecimiento y la cronicidad que aparece en el centro de la imagen. Junto a él de izquierda a derecha aparecen Maite Martínez, Pablo Arbeloa, Juan Luis Garrido y Koldo Aulestia.



Los médicos acogidos a MUFACE pueden jubilarse a los 60 años

Los médicos titulares que en su día optaron por seguir cotizando a MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado) que a lo largo de este año 2011 cumplan 60 años de edad y tengan reconocidos 30 años de servicios efectivos al Estado pueden optar a la jubilación voluntaria. Si el médico ha cotizado durante 32 años tendrá derecho a recibir la pensión máxima de la seguridad social equivalente a 34.964,86 euros anuales, es decir, 14 mensualidades de 2.497,49 euros.

Con efectos de 1 de enero de 2011, el derecho a la correspondiente pensión está condicionado a que los últimos cinco años de servicios computables estén cubiertos en el Régimen de Clases Pasivas del Estado, cuando para completar los treinta años de servicios exigidos hubieran de computarse períodos de cotización a otros regímenes,

por aplicación de las normas sobre cómputo recíproco de cuotas entre regímenes de Seguridad Social. Dado que el gobierno ha ampliado la edad de jubilación hasta los 67 años, parece ser que también estudia aumentar la edad a la que los funcionarios acogidos a la categoría de clases pasivas de MUFACE puedan jubilarse de modo anticipa-

do. Así, si se cumplen estas previsiones, los médicos acogidos a MUFACE para jubilarse con el 100% de la pensión deberán haber cumplido los 63 años de edad. Aquellos médicos que estén interesados en acogerse a la jubilación anticipada pueden realizar sus consultas a los asesores jurídicos del Colegio.

El Colegio propone realizar cursos de formación para completar las 1.592 horas

Dado que con la jornada normalizada de siete horas de lunes a viernes los médicos de Atención Primaria no cumplen el total de las 1.592 horas anuales establecidas para este año 2011, el Colegio de Médicos de Gipuzkoa ha presentado a Osakidetza una propuesta mediante la cual estos médicos –para completar el cómputo de horas anuales– podrían realizar cursos de formación.

Asimismo, y tras consultar con los asesores jurídicos del Colegio, no descarta la posibilidad de trabajar esas horas los sábados –tal y como recoge el Decreto 235/2007– siempre que esa labor el médico la lleve a cabo en su Zona básica de Salud.

Es decir, Osakidetza no puede obligar a los médicos a desplazarse a otras Zonas de Salud distintas a las que su Centro de Salud esté adscrito. Y esto, en muchos casos, no puede cumplirse pues muchos de los centros de salud cierran los sábados. Analizada la normativa al respecto, los asesores jurídicos concluyen que tampoco se puede

imponer a los médicos la obligación de trabajar por las tardes, ni la de realizar una jornada de trabajo completa tras concluir su jornada normalizada. Por ello, la solución pasa por realizar esas horas los sábados en su zona básica de salud, o la asistencia a cursos de formación fuera de la jornada ordinaria de trabajo.

No hay que olvidar que la asistencia a actividades de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como la realización de estudios clínicos y epidemiológicos es también labor del médico de Atención Primaria.

Aprobado el anteproyecto de ley que regula los derechos de la persona ante el proceso final de su vida

Tras la aprobación del anteproyecto de la Ley Reguladora de los Derechos de la Persona ante el proceso final de la vida (conocida como la ley de una Muerte Digna) que regula los derechos de la persona al final de su vida y los deberes del personal sanitario, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Organización Médica Colegial (OMC), a la espera de conocer el texto completo, valoran positivamente el esfuerzo de la administración por añadir derechos y prestaciones al final de la vida.

Tras su aprobación por el Consejo de Ministros, el pasado 13 de mayo, el texto deberá ser remitido al Consejo de Estado y a las comunidades autónomas para su posterior tramitación parlamentaria.

Según aseguró Leire Pajín, ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, se busca que todos los ciudadanos afronten sus últimos días con dignidad y el menor sufrimiento posible, con independencia del lugar donde residan.

Así, tratará de garantizar los cuidados que las instituciones sanitarias deberán proporcionar a los pacientes en sus últimos momentos de vida para evitar un sufrimiento innecesario. Hasta el momento sólo Andalucía y Aragón cuentan con legislación al respecto.

La normativa –según la ministra Pajín– busca dar más seguridad jurídica a los profesionales. Entre otras cuestiones, la ley recogerá el consentimiento informado, los cuidados paliativos, la declaración de voluntad vital anticipada, la intervención en el ámbito de la sanidad, la limitación del esfuerzo terapéutico, la sedación paliativa y la situación terminal.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos y la Organización Médica Colegial consideran que es esencial que el acceso a los cuidados paliativos llegue a todas las personas sin excepción. Asimismo, consideran que es imprescindible la formación y la capacitación de los profesionales en ambos niveles

“La Sociedad Española de Cuidados Paliativos y la Organización Médica Colegial consideran que es esencial que el acceso a los cuidados paliativos llegue a todas las personas sin excepción”



les (primario y especializado), por lo que es necesaria la programación de asignaturas obligatorias en el pregrado de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos, y la puesta en marcha de un Área de Capacitación Específica.

Crean también que cualquier intervención sanitaria que se convierta en un derecho

para el paciente, como la analgesia, la oxigenoterapia, la sedación, el control de los síntomas o la intervención psicosocial, debe estar sujeta a unas indicaciones, procedimientos y criterios éticos perfectamente definidos.

La ministra de Sanidad aseguró que la ley "no despenaliza la eutanasia, ni el suicidio asistido", pues la norma establece que "cualquier persona mayor de edad y plena capacidad de obrar por sí misma tiene derecho a manifestar anticipadamente su voluntad sobre sus cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir al final de su vida".

Regula, también, las voluntades anticipadas y establece que toda persona tiene derecho a manifestar su voluntad en un registro autonómico que las comunidades deberán comunicar obligatoriamente al registro nacional.

La creación del Registro Vasco de Voluntades Anticipadas se aprobó en 2002. Llegado el caso, el registro se encarga de entregar los documentos de voluntades anticipadas al personal médico que atiende a las personas otorgantes de los mismos.

Ya está en marcha la plataforma de información y servicios para los médicos cooperantes

La Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios, impulsada por la OMC, cuenta ya con su sitio web (www.fundacionrcoms.com) que ofrece información y noticias de interés para el profesional médico cooperante, así como para el médico interesado en formar parte de algún proyecto de cooperación sanitaria en el exterior.

Así, en esta dirección se puede encontrar desde información referente a las agencias de cooperación internacional, embajadas y consulados, centros de vacunación, etc., hasta cuáles son los derechos y deberes de los médicos cooperantes y voluntarios.

Asimismo, a través de este sitio, se puede acceder a publicaciones sobre cooperación internacional, investigación en salud, derechos humanos, etc. Esta página recién estrenada pretende ser una plataforma útil de consulta, intercambio de información y asesoramiento en todas las cuestiones relacionadas con cooperación sanitaria y así poder fortalecer la labor del médico cooperante.

Es necesario contar con información lo más completa posible y que el médico que decide realizar ayuda humanitaria en el exterior conozca de antemano, por ejemplo, el escenario en el que se va a desenvolver. Y es que la decisión de ser médico cooperante o voluntario en el

extranjero conlleva muchos interrogantes. Para participar en proyectos de cooperación sanitaria hay que rellenar el formulario que se encuentra en el apartado "Quiero ser médico cooperante" de dicha página web. Cada médico deberá enviar el formulario a su propio colegio médico.

Los médicos colegiados en Gipuzkoa deberán hacerlo llegar a este colegio. La Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios –constituida el pasado año– es una organización sin ánimo de lucro cuyo objetivo es contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población más desfavorecida de los países en desarrollo a través de programas de cooperación sanitaria y la formación, asesoramiento y capacitación de profesionales médicos.

Una de las líneas prioritarias en las que trabaja la Fundación es la creación de un registro nacional de médicos cooperantes.

Convocado el Premio Jesús Galán a los mejores expedientes académicos para licenciados en el curso 2009-2010

La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias ha convocado la XXXI edición del Premio Jesús Galán. Este galardón trata de reconocer el trabajo y el esfuerzo en el estudio de los huérfanos de médicos adscritos al Patronato.

Se convocan dos modalidades: el premio al huérfano de médico con mejor expediente académico que haya finalizado su licenciatura en medicina y el premio al huérfano de médico con mejor expediente académico que haya finalizado una carrera superior en cualquier otra disciplina. Se pueden presentar los huérfanos de médicos que hayan finalizado la carrera durante el curso 2009/2010, hayan recibido o no becas y ayudas de estudio por parte de la Fundación. El premio es de

5.000 euros en cada una de las dos categorías. Para optar al premio hay que enviar el expediente académico al correspondiente Colegio de Médicos que será quien presente las candidaturas a la Fundación. El plazo de presentación de expedientes académicos en el Colegio de Médicos de Gipuzkoa finaliza el 30 de junio. La Junta de Patronos de la Fundación determinará los candidatos ganadores en su reunión ordinaria del mes de septiembre.

Altas y bajas

Altas

MARZO 2011

Del Pozo Lozano, Carlos
De La Gandara Frieyro, Maria Lourdes
Ruiz Pataro, Alvaro Guillermo

ABRIL 2011

Mularoni, Alessandra
Martinez Amuchastegui, Juliana Andrea
Gabarain Morcillo, Imanol
Salaberria Udabe, Ruth
Alberdi Arbelaiz, Ander
Sainz Garcia, Adriana
Del Alcazar Viladomiu, Elena
King Martinez, Moises
Gonzalo Yubero, Nora
Zugazaga Inchaurrea, Cristina
Muñoz Martin, Iciar
Diez Blanco, Egoitz
Lopez Garmendia, Nerea
Urteaga Aldasoro, Maria
Muñoz-Seca Nardiz, Ignacio Maria
Aldazabal Echeveste, Maialen

Arbelaiz Pascual, Nagore
Delgado Giralte, Carlos
Riedemann Wistuba, Mariel Stefania
Diaz Brito, Jack Antonio
Villalabeitia Deusto, Ramon
Yarleque Leon, Sulena Natali
Quenaya Amasifuen, Henry Netlen

Bajas

MARZO 2011

Murgia Sarasola, Itziar
Perez Rodriguez, Catalina
Herrera Puente, Jose Omar

ABRIL 2011

Perez Lopez, Javier
Arroabarren Aleman, Esozia
Boyer Uranga, Cristina
Simal Galindo, Tatiana
Marina Ortega, Mercedes
Colorado Ledesma, Ernesto
Ayala Perez, Sandra Milena



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

Qualideta
Servicio vasco de salud

RESECTO PUBLICIDAD EMBAJADA SP ALBA

In Memoriam

Maite San Vicente Leza



Maite San Vicente Leza falleció en Donosti el día del santo patrón, con el sonido de la tamboreada despidiéndole como a donostiarra de adopción sin que se diluyera el halo de su origen navarro de Los Arcos, en Tierra Estella.

Estudió Medicina en la Universidad de Zaragoza donde, en los días negros de la dictadura, se comprometió firmemente en la lucha contra el franquismo, lo que le hizo impregnarse para siempre de esa visión social de la vida y de sentido de servicio público en su trabajo como patóloga del Hospital Donostia.

De apariencia frágil, por su cuerpo menudo y cara de niña. Utilizó su gran fuerza vital en la defensa a ultranza de la Medicina Pública y de todo lo que representara solidaridad, afecto y favores profesionales.

Bromeaba diciendo que su profesión soñada era la de acompañante de las personas que se encontraban perdidas por los pasillos de la "Resi" y poder así llevarles al sitio indicado.

Se ha ido una mujer culta, fuerte, llena de ternura y militante de la amistad.

José Roberto Guerra Linares



Nació en El Salvador el 16 de mayo de 1946. Cursó sus estudios de medicina en la Universidad de Salamanca. Trabajó como médico especialista en Dermatología en el Hospital Comarcal del Alto Deba, en Gipuzkoa, compaginando esta labor con la atención en su consulta privada en Mondragón.

Allí donde trabajó siempre se le ha recordado y valorado por su gran profesionalidad y conocimientos de medicina, por su capacidad para el diagnóstico y por su apuesta decidida por las más modernas técnicas de tratamiento dermatológico.

Por otro lado, aquellos que lo disfrutamos a nuestro lado, en casa, recordamos las innumerables horas pasadas en el sofá del salón, en su despacho,

leyendo y estudiando libros interminables y revistas especializadas de todo tipo. Todavía hoy, aita, cuando paseamos por las calles de Mondragón, hay gente que nos para y nos pregunta por ti, y recuerdan lo mucho que les ayudaste, lo bien que supiste entenderlos, asesorarlos y tratarlos. En definitiva, lo bien que supiste resolver todos sus problemas.

Siempre te llevaremos con nosotros y te recordaremos, algunos como el gran profesional que eras, otros como el gran amigo, y nosotros, tus hijos, con todo nuestro amor.

Besarkada haundi bat zure semeen partez.

Aitor eta Gorka Guerra

Juan José Albistur Tomé



Nacido en Donostia, realizó sus estudios en la Facultad de Medicina de Zaragoza y dedicó toda su vida a la Oncología en el Instituto Oncológico -hoy Onkologikoa-, siendo pionero en la especialidad de Oncología Médica.

Hemos disfrutado de su compañía y su fina ironía, incluso en su enfermedad, siendo un ejemplo hasta en los momentos más difíciles.

Querido Juanjo: Fuiste un excelente compañero de trabajo, un gran profesional, pero sobre todo, maestro y amigo.

Eskerrak horren maitagarria izanagatik.

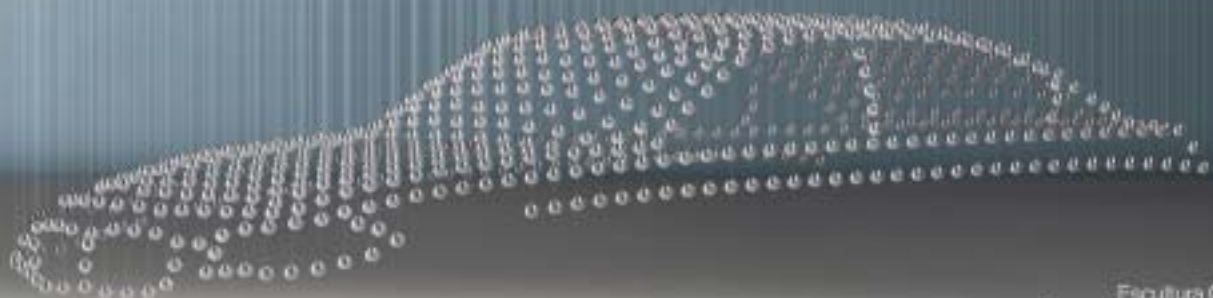
Tus compañeros de Oncología Médica de Onkologikoa

Nuevo BMW Serie 5

523i
528i
535i
550i
520d
525d
530d



¿Te gusta conducir?



Escultura Cinética BMW
Museo BMW / Munich, Alemania

LA INSPIRACIÓN NO SIEMPRE ES EFÍMERA

La inspiración puede llegar en cualquier momento y desaparecer tan rápido como vino. Es caprichosa, se presenta sin avisar y convierte un momento fortuito en un instante mágico. Como el escultor da forma a un momento de belleza, nuestros diseñadores han conseguido recoger toda esa belleza en cada detalle del nuevo BMW Serie 5. Una obra maestra de ingeniería que combina innovación y diseño. El Sistema Park Assist, que avisa si hay espacio suficiente para estacionar y aparca por sí mismo; o la Dirección Integral Activa, que asegura mayor estabilidad a mayor velocidad y más agilidad cuando el ritmo es menor, son tan sólo algunos detalles de lo que puede nacer de la inspiración. Con el nuevo BMW Serie 5, ahora la inspiración también se puede conducir.

NUEVO BMW SERIE 5. DISEÑADO PARA INSPIRAR

BMW EfficientDynamics

Menor consumo. Mejores prestaciones.



Lurauto

Ctra. N-I, km 470
(entrada por Pol. Ind. Lintzirin)
Tel.: 943 26 05 00
Oñartzun

www.lurauto.bmw.es

Único Concesionario Oficial de la provincia

Lurauto concesionario oficial de BMW y MINI para Gipuzkoa, ofrece a todo el colectivo de médicos de nuestra provincia unas **condiciones especiales en todas las operaciones que se formalicen durante los meses de junio y julio.**



Emissiones de CO₂: desde 129 hasta 243 g/km. Consumo promedio: desde 4,9 hasta 10,4 l/100 km.

El doctor López de Munain

nuevo coordinador del grupo de estudio de Neurogenética de la Sociedad Española de Neurología

El nombramiento del doctor Adolfo López de Munain –Jefe Clínico de Neurología en el Hospital Donostia– como coordinador del grupo de estudio de Neurogenética tuvo lugar en la última reunión anual que la Sociedad Española de Neurología celebró en Barcelona, en la que fueron elegidos los profesionales que a lo largo de este año 2011 van a coordinar los diecinueve grupos de estudio con que cuenta esta organización dedicada al fomento y la promoción de la neurología.

El grupo dedicado al estudio de la neurogenética es uno de los grupos que la Sociedad Española de Neurología ha impulsado para aglutinar el trabajo de los socios especialmente interesados en las diferentes patologías que tratan los neurólogos o en temas relacionados con dicha especialidad y las humanidades, la gestión o la epidemiología.

Tal y como ha indicado el propio doctor Adolfo López de Munain, "la neurogenética va a adquirir un papel fundamental en los próximos años ya que debemos asumir el reto de incorporar este caudal de conocimientos en la práctica clínica y traducirlo en alternativas terapéuticas eficaces para los pacientes".

La Sociedad Española de Neurología cuenta con más de 1.800 socios, entre los que se incluyen la gran mayoría de los neurólogos españoles, junto con otros profesionales sanitarios interesados en la neurología. Esta asociación es miembro de la World Federa-



■ D. Adolfo López de Munain

tion of Neurology (WFN) y de la European Federation of Neurological Societies (EFNS).

El doctor López de Munain compagina su labor como Jefe Clínico de Neurología en el Hospital Donostia con la investigación. Autor de más de 300 comunicaciones a congresos o conferencias, ha configurado un grupo de investigación formado por jóvenes clínicos e investigadores. Su línea de investigación parte de la clínica hacia la biología molecular y celular, y vuelve de nuevo a la clínica en

forma de nuevos conocimientos aplicables en la clínica en forma de mejoras diagnósticas o estudios de la correlación genotipo-fenotipo en diversos tipos de enfermedades neurológicas, con colaboraciones científicas múltiples nacionales e internacionales.

El doctor López de Munain es el investigador principal del grupo de Donostia en el Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED) impulsado por el Instituto de Salud Carlos III y Director del Nodo de Donostia del Banco Vasco de Tejidos y ADN. Además, consciente de la importancia de contar con estructuras jurídicas que posibiliten la investigación biomédica, fundó junto con otros neurólogos de San Sebastián, la Fundación ILUNDAIN de Estudios Neurológicos que ha permitido dar soporte y forma a las ideas científicas del grupo. Desde su fundación es director de I+D de la citada Fundación.

Hasta el momento, su investigación se ha fundamentado mayormente en las bases neurogenéticas de los trastornos neurológicos. Además de la línea principal en enfermedades neuromusculares, López de Munain participa activamente en el diseño y ejecución de otras líneas de investigación clínica y molecular en enfermedades neurodegenerativas (demencias frontotemporales y enfermedad de Parkinson principalmente), en esclerosis múltiple y actualmente esta articulando una red española de investigación multidisciplinar en torno al glioblastoma.

CONVENIO DE COLABORACIÓN

Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala



Collegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa

+



INGLÉS Y EUSKERA

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

condiciones económicas ESPECIALES DE MATRICULACIÓN

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

vas a aprender palabra

Infórmate en nuestro centro de DONOSTIA - SAN SEBASTIAN

Zubieta, 26.
Tel. 943 43 31 02

www.mondragonlingua.com

El XXX Congreso de patología mamaria insistirá en la importancia de las Unidades de Mama

El XXX Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria –organizado por la Unidad de mama de Onkologikoa– tendrá lugar en el parque Tecnológico de Miramón los días, 20, 21 y 22 de octubre. En esta edición, entre otras cuestiones, se va a recalcar la importancia que para dar respuesta a las patologías mamarias tienen las unidades de mama.

En este sentido, y según José Antonio Alberro, presidente del comité organizador del congreso, las unidades de mama permiten trabajar en equipo al que cada profesional aporta su conocimiento específico. "El único modo de poder mejorar es saber qué estamos haciendo y cuestionarlo para poder mejorar aquellos aspectos susceptibles de mejora. Esta es la filosofía de la unidad de mama de Onkologikoa, con más de 20 años en funcionamiento, que intenta abordar la

enfermedad de la mama desde un punto de vista multidisciplinar" ha indicado. El doctor Alberro ha destacado la implicación de instituciones, como el ayuntamiento donostiarra, en la organización de este congreso que va a acercar a Donostia en torno a 500 personas, entre médicos, ATS y técnicos.

CURSO PARA MÉDICOS DE AP

Asimismo, y coincidiendo con el congreso, el 20 de octubre, se va a celebrar un curso para médicos de atención primaria y residentes en el que, entre otros temas, se abordará la actitud ante la patología mamaria, el tratamiento quirúrgico, las novedades en oncología médica o la reconstrucción mamaria. El plazo para inscribirse, tanto en este curso como en el congreso, finaliza el día 10 de octubre. Más información en la página web del Congreso: www.congresosespmm2011.com.



El Sanatorio de Usurbil ha editado un libro con motivo de su 75 aniversario



Coincidiendo con el 75 aniversario de su fundación, el Sanatorio de Usurbil ha editado el libro Usurbilgo sendategia, iragana eta oraina / Sanatorio de Usurbil, pasado y presente.

Escrito por el psiquiatra Rafael López Velasco, que ha contado con la colaboración de los trabajadores del sanatorio, el libro cuenta con una tirada de 400 ejemplares.

Además de plasmar la historia del caserío Berreyarza bitartea –en el que en 1935 el doctor Urrutia fundó el sanatorio– y de las personas que lo habitaron, el libro (escrito en euskera y castellano) pretende rendir homenaje a quienes han permitido que el sanatorio haya perdurado hasta nuestros días.

La portada está ilustrada por una imagen al óleo del pintor Rogelio Gordón que data del año 1907.

Rogelio Gordón, a pesar de haber nacido en Asturias, desarrolló prácticamente toda su vida artística en San Sebastián. Ciudad en la que además de dedicarse a la pintura del paisaje fue profesor de la Escuela de Artes y Oficios de la que también fue director.

Rafael López Velasco, el autor del libro, es psiquiatra adjunto del Sanatorio de Usurbil y ha publicado otros dos libros de historia "Navarra shall be, la tierra del Euskera y las Islas Británicas" (Pamiela 2004) y "Enériz, vida e historia de un pueblo" (Enériz 2005).

José Antonio Alberro:

"Una de cada cuatro pacientes con cáncer de mama es menor de 50 años"

Hamar emakumetik batek bularreko minbizia jasango du bere bizitzan zehar, horixe baita, hain zuzen ere, gure herrialdeko emakumeen artean heriotza gehien eragiten dituen tumorea. Urtero 16.000 kasu inguru diagnostikatzen dira Espainian, horietatik 2.000tik gora Euskadin.

El próximo mes de octubre, los principales expertos españoles y europeos en patología mamaria se reunirán en San Sebastián en el XXX Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. El doctor José Antonio Alberro, coordinador de la Unidad de Mama de Onkologikoa, preside el comité organizador del congreso.

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres entre 40 y 55 años. ¿Hay más casos o se detectan más?

En mi opinión, además de que hay más casos, se detectan más. Es algo que nos preocupa, porque desde que empezamos con las campañas de pronóstico precoz, a mujeres entre 50 y 65 años, nos dimos cuenta de que casi la mitad de las mujeres a las que diagnosticábamos cáncer de mama estaban fuera de esa edad. Así que el programa de diagnóstico precoz se aumentó hasta los 70 años. Y, aún así, un 25% de las pacientes a las que diagnosticamos son menores de 50 años. Por ello desde Sanidad se está planteando que el programa de diagnóstico precoz se realice también a mujeres a partir de 45 años, aunque soy partidario de empezar con la detección precoz a los 40 años.

¿Habría que bajar, pues, la edad del diagnóstico precoz hasta los 40 años?

Actualmente se estudia bajar hasta los 45 años. Personalmente creo que habría que empezar antes, porque la incidencia del cáncer de mama en mujeres menores de 50 años está aumentando mucho.

Que una mujer de 41 años tenga un cáncer de mama es hoy relativamente habitual, aun-

que es raro por debajo de esa edad. Es importante que se empiece a revisar de una forma regular a las mujeres a partir de los 40 años, porque el índice de detección, la incidencia y la prevalencia del cáncer de mama a esas edades va en aumento.

Si los expertos consideran que la detección precoz debe hacerse antes, ¿por qué las revisiones no se hacen hasta los 50 años?

Porque todavía no hay evidencia suficiente que diga que el diagnóstico precoz en esa franja de edad disminuya la mortalidad por cáncer de mama. Es un tema meramente estadístico. Pero yo, como clínico, que no tengo ni idea de estadística, que veo pacientes, cuando veo a una paciente de 41 años quiero diagnosticarle precozmente e intentar curarle lo antes y lo mejor posible.

¿Sabemos qué causa el cáncer de mama?

Hoy por hoy no conocemos la causa desencadenante. Posiblemente sean factores hormonales, pero todavía no sabemos cuáles.

Aun así, ¿los factores de riesgo sí están identificados?

Sí. Básicamente son el género, pues es mucho más frecuente en mujeres que en hombres (sólo el 1% de los cánceres de mama afectan al hombre); la edad, ya que es más común en mujeres posmenopáusicas que en premenopáusicas; y factores hormonales, ya que es más frecuente en mujeres que no han tenido hijos o que han tenido su primer hijo de forma tardía. Esto nos hace pensar que el ambiente hormonal antes del embarazo (reglas, ovulaciones, etc.) provoca

trastornos en el epitelio glandular mamario que es un epitelio más frágil porque sólo madura con el embarazo. Una de las hipótesis es que ese epitelio más frágil sometido durante más años a alteraciones hormonales para las que, en principio, no está preparado, podría hacer que apareciera la enfermedad.

Entre los factores de riesgo no hemos mencionado la herencia genética, ¿Qué papel juega ésta?

La herencia genética es un factor de riesgo muy limitado. Sólo el 10% de los cánceres de mama diagnosticados tienen un componente hereditario familiar; en el 90% de casos restante los cánceres de mama son esporádicos.

Este factor hereditario, por tanto, -que cuando existe es real y de muchísima importancia- es muy poco frecuente. Cuando se detectan estas alteraciones genéticas en una paciente, sabemos que tiene muchas más posibilidades de tener un cáncer de mama que una paciente que no tiene estos genes alterados. Sin embargo, por suerte, se da en muy pocas pacientes.

El congreso de senología y patología mamaria, el próximo mes de octubre, coincide con la celebración del Día Mundial del Cáncer de Mama, ¿qué objetivo tiene este congreso? ¿Cuál es el mensaje que quieren enviar a la población?

El mensaje y el objetivo de este congreso es estudiar cómo tratar a las mujeres dándoles las mismas garantías, pero con tratamientos menos agresivos ya sea desde un punto de vista quirúrgico, de radioterapia o de quimioterapia. Al parecer, hoy en día, con tratamien-



■ D. José Antonio Alberro

tos mucho más conservadores se puede asegurar una curación similar, con menos morbilidad y mejor calidad de vida. Las mujeres con un cáncer de mama ahora viven muchísimos años. La mayoría se curan y es importante que vivan en las mejores condiciones: sin las secuelas de una mastectomía, de un vaciamiento axilar, de una radioterapia o de una quimioterapia intensiva. Ya que no podemos evitar que la enfermedad aparezca, trabajamos en diagnosticarla lo antes posible y en ofrecer tratamientos más eficaces, con menos mutilaciones, menos morbilidad y menos efectos secundarios.

Están, por tanto, estudiando esos nuevos tratamientos...

Ya están estudiados. Ahora tratamos de demostrar que los tratamientos menos agresivos son igual de eficaces. Inicialmente, muchas mujeres nos pedían la mastectomía porque creían que era mucho mejor si se quitaba todo. Nos costaba convencernos a nosotros mismos y a las pacientes. Estamos pues, en esta fase de autoconvencernos de que con menos agresividad en los tratamientos podemos curarles igual.

Una reciente investigación señala que la incidencia de los genes BRCA1 y BRCA2 en los casos de cáncer de mama y ovario en Euskadi es menor que en los de otras poblaciones. ¿Qué significa esto?

Este hallazgo corresponde a una tesis doctoral y posiblemente sea algo a tener en cuenta,

aunque su importancia habría que encuadrarla dentro de ese estudio concreto. No creo que, ahora mismo, sea una cosa que se pueda extrapolar y, como he dicho antes, los problemas hereditarios en el cáncer de mama son poco frecuentes.

Si bien es verdad que cuanto más sepamos del tema, seguro que hallaremos más casos con alteraciones genéticas que nos permitirán trabajar en un diagnóstico genético previo a que se tenga la enfermedad.

¿Se podrá contar con una vacuna para reducir la recaída en el cáncer de mama? Lo pregunto porque la clínica universitaria de Navarra ha iniciado un ensayo clínico para comprobar la aplicación de vacunas a base de células dendríticas del sistema inmune de la paciente y estimuladas con el propio tumor.

El cáncer es una enfermedad muy compleja que se puede abordar desde múltiples puntos de vista. Parece que su curación al cien por cien va a ser difícil, aunque seguramente vamos a poder hacer que se convierta en una enfermedad crónica, controlable, de la que nadie fallezca, como ocurre con la hipertensión o la diabetes. Aunque, hoy por hoy no sabemos muy bien cómo hacerlo.

El campo de las vacunas es uno de los campos en los que se está trabajando. De todos modos, todavía estamos lejos. Creo que controlaremos más fácilmente la enfermedad cuando conozcamos mejor las alteraciones

genéticas de la enfermedad, la farmacogenómica y farmacogenética. Podremos, de algún modo, actuar sobre los genes, el genoma y la genética farmacológicamente y así lograr que la alteración genética que genera un cáncer se repare y deje de provocarlo. Ésa sería, tal vez, la solución, aunque de momento no estamos cerca de lograrlo.

Habla de cronificar la enfermedad, pero ¿el cáncer se cura o no?

El cáncer ahora mismo es una enfermedad que se cura. Sería mejor decir que se controla ya que para curar una enfermedad hay que saber su causa y evitar que se produzca. En el caso del cáncer, como no conocemos su causa, mientras tengamos mama, tendremos la posibilidad de que la enfermedad vuelva a aparecer. Es decir, los factores que hicieron que por primera vez la enfermedad apareciera, pueden hacer que aparezca más tarde. Y es que los mismos factores -no sabemos si genéticos, hereditarios, hormonales...- que provocaron inicialmente el cáncer de mama pueden provocar otro cáncer en la misma u otra mama.

Hoy sabemos que, la mayoría de las veces, esas recidivas locales tardías que aparecen en la mama pasados cinco años son otro tumor. Hemos visto que tiene una composición genética diferente, pero al ser en la mama, en la misma o en la otra, tendemos a decir que es una recidiva, cuando no lo es. Por eso, nunca decimos que hemos curado la enfermedad, sino que la hemos controlado. Y prácticamente nunca damos de alta a las pacientes que han tenido un cáncer, porque la causa que lo provocó puede volver a aparecer. De todos modos, es muy poco frecuente que, pasados cinco años, un cáncer de mama vuelva a aparecer. La probabilidad, aunque existe, es menor al 15% en cualquiera de las mamas a lo largo de su vida.

¿Cuál es el método más eficaz para diagnosticar el cáncer de mama?

Aunque están apareciendo nuevos métodos como la resonancia magnética, el PET de la mama, etc., los más eficaces, hoy por hoy, para el diagnóstico precoz del cáncer de mama son la mamografía y la ecografía asociada.

En cuanto al tratamiento, quiero recalcar que el planteamiento actual podría ser, cada vez, menos agresivo haciendo una resección del tumor y una biopsia del ganglio centinela junto con una irradiación parcial acelerada de la mama, en la zona donde estaba el tumor; y asociado a esto un planteamiento terapéutico dirigido como diana al tumor y solamente al tumor, en función del tipo que sea, lo que va a minimizar los efectos secundarios.

ANGEL ALAYO, coordinador de Sendagile artean:

"Si el médico no es consciente de su discapacidad, sus colegas deben decirlo discretamente en el Colegio"

Sei urte pasatxo joan dira Euskal Herriko Medikuen Kontseiluaren eta Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren arteko hitzarmenari esker Euskal Autonomia Erkidegoko Mediku Gaixoaren Arreta Integralerako Plana (EAEko PAIME izenekoa) sortu zenetik, oraintsu plan hori bigarrengoz Sendagile artean bezala bataiatua izan bada ere. Izen berria laburragoa da, eta zuzenean eta espresuki egiten dio erreferentzia medikuen arteko erlazio edo harremanari, mediku bat beste mediku baten paziente bilakatzen deneko egoerari zehazkiago esateko. Ordutik urte batzuk joan diren arren, plan horrek aski ezezaguna izaten jarraitzen du kolegiatu edo elkargokide gehientsuenentzat.

20

Durante el pasado año el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de la Comunidad Autónoma del País Vasco atendió trece nuevos casos, de los cuales cinco eran médicos colegiados en Gipuzkoa. Trece casos, así a priori, parece un número muy bajo. ¿Significa esto que los médicos gozan de mejor salud que el resto de la población?

Los médicos gozamos de unos niveles de salud semejantes a los de la población general. Lo que sucede es que Sendagile Artean sólo atiende a los médicos en las patologías relacionadas con la salud mental y las adicciones. Según estudios realizados en distintas partes del mundo, entre el 10 y el 12% de los médicos a lo largo de su vida laboral van a desarrollar una crisis o un proceso relacionado con la patología mental.

El 50% de estos casos serán detectables. Si extrapolamos estos datos a la Comunidad Autónoma de Euskadi, con 10.000 colegiados aproximadamente, cada año deberíamos detectar unos 20 nuevos casos. Además hay que destacar que Sendagile Artean es una opción de tratamiento muy buena, en nuestra opinión, pero no la única. Y tampoco hay que olvidar que los médicos, por lo general, tardamos en acudir a pedir ayuda. Normalmente subestimamos lo que nos pasa, lo banalizamos, nos autotrata-

mos... Y cuando pedimos ayuda la patología ya está muy asentada y agravada.

¿Qué porcentaje de los médicos que acuden vuelven a su trabajo totalmente recuperados?

De los 104 casos atendidos en Sendagile Artean hasta diciembre de 2010, 49 han sido dados de alta del programa por curación o mejoría franca de su patología crónica. Esto no significa que en un momento dado alguno no tenga una recaída y deba reingresar. Aunque es verdad que hasta ahora han sido muy pocas las recaídas, cinco en total.

Otros 39 pacientes continúan en el programa. Lo cual no significa que estén de baja laboral, esta cifra es muy variable a lo largo del tiempo. En otros once casos los pacientes obtuvieron una incapacidad laboral permanente por distintos motivos.

Y por último, cinco casos han desembocado en la muerte. Por ello hay que insistir en que hay que pedir ayuda cuanto antes y no esperar para solucionar el problema.

¿Qué ocurre con esos otros que no piden ayuda?

Ocurre que, en muchos casos, sus procesos evolucionan mal, cronificándose y empeorando.

Según el balance presentado, prácticamente la totalidad de los nuevos pacientes trabajan en la sanidad pública y mayoritariamente son hombres. ¿A qué se debe?

Efectivamente, el 78% de los profesionales atendidos a lo largo de estos años trabajan en la sanidad pública en exclusividad y el 13% comparte pública y privada. Hay además predominio de hombres, un 65%, frente al 35% de mujeres. El porqué de este predominio de hombres no está claro, aunque posiblemente tenga bastante que ver con la distinta prevalencia de las adicciones en ambos géneros. Asimismo, la mayor tendencia del hombre al pluriempleo, con el estrés que ello acarrea, puede ser una de las razones, y es que son contadas las médicas que tienen más de un trabajo.

Según datos presentados en el IV Congreso celebrado en Cataluña, el 79% de los médicos acuden al PAIME de forma voluntaria y espontánea, ¿ocurre lo mismo entre los médicos vascos?

A Sendagile Artean los médicos acuden de un modo voluntario, la mayor parte de las veces vienen inducidos por su entorno más próximo, los colegas fundamentalmente y, en menor medida, la familia. También, aunque en menos ocasiones, por Salud Laboral o los

Colegios de Médicos. Hay que recalcar que en los centros sanitarios es muy habitual, cuando un médico padece alguna de estas patologías relacionadas con la salud mental, que se produzca una "conspiración del silencio". Nadie dice nada. Si es posible se le tapa, se cubre su trabajo, o se le deja en una esquina sin hacer nada. Con lo que flaco favor hacemos a la seguridad del paciente, que es quien, por encima de supuestos compañerismos, debe marcar nuestra conducta.

Si el propio médico no es consciente de su discapacidad, sus compañeros -como indica nuestro Código Deontológico- deben decirlo discretamente a su propio colegio de médicos que está obligado a actuar para resolver el caso. Sendagile Artean, que da al profesional una atención integral en el aspecto médico, familiar, laboral y jurídico, si fuera necesario, es una excelente herramienta para actuar y dar salida a estos casos.

Asimismo, informes presentados en el último congreso del PAIME indican que



■ D. Angel Alayo

“Munduko eskualde desberdinetan egindako ikerketen arabera, medikuen % 10-12k krisiren bat edo patologia mentalarekin lotutako prozesuren bat jasango dute beren bizitza laboralean zehar”

las mayores cifras de ingresos corresponden a profesionales de Atención Primaria (45,44%), frente al 39,42% del ámbito hospitalario y el 15,15% de otros sectores. ¿Por qué este dato, qué ocurre en la Atención Primaria?

No está clara la razón de este fenómeno. Quizás tenga bastante que ver con el hecho de que al médico de Atención Primaria no se le puede esconder, está solo ante su cupo. En el nivel hospitalario sin embargo, como hemos comentado antes, a veces se puede encubrir al médico enfermo. También puede que para el ingreso en uno u otro sistema el modo de selección del personal haya intervenido.

Antiguamente el ser médico general generaba estrés en los comienzos, con la soledad como eterna compañera, sin tener nadie cercano a quien consultar o comentar, descubriendo y haciendo cada día cosas nuevas, sobre todo si trabajabas en un medio rural. ¡Eso sí que era manejo de la incertidumbre! Pero, las razones del porqué no están muy claras.

Parece ser que algunos de los problemas se deben al nivel de presión, de

estrés, que sufren los médicos, ¿se ha pensado en acciones formativas para aprender a no llegar a estas situaciones?

No cabe la menor duda de que el nivel de presión, de estrés, por tener que tomar decisiones urgentes y graves sin tener, en ocasiones, todos los datos en la mano, en lo que llamamos la gestión de la incertidumbre; la competitividad que a veces hay en determinados servicios; las guardias con los cambios circadianos en el ritmo del sueño; las relaciones con los pacientes y sus distintas características; el manejo del paciente difícil, agresivo; la habilidad en la comunicación, en saber dar malas noticias; la presión de los familiares; la imposibilidad de controlar la demanda; el ver que todo te supera; y un largo etcétera hace que situaciones de patologías larvadas salgan a la superficie, que se descompensen las ya existentes, que aumenten las adicciones...

Las distintas instituciones sanitarias (Departamento de Sanidad y Osakidetza, colegios oficiales de médicos, Osasun Ikaskuntza Fundazioa, etc.) llevan años realizando acciones formativas en estos campos. De la experiencia obtenida en otros lugares, como

pueden ser los países anglosajones o Cataluña -pionera en Europa del proyecto PAIME- se deduce que la edad clave en el inicio de las descompensaciones psiquiátricas y en el inicio de los consumos es durante la residencia, etapa clave para el médico, en la que se deciden muchas cosas de su futuro. Es cuando deja de ser estudiante para hacerse profesional.

Es una etapa inicial de inseguridades. Un abrir los ojos constante, aprendiendo un sinnúmero de cosas que no se enseñan en la facultad, como son todos los estresores comentados anteriormente, pero aumentado en su intensidad en cuanto a vivencia.

Se ha decidido, por tanto, empezar a preparar a los MIR en técnicas para evitar el síndrome del burn-out, por ejemplo.

Al MIR, además de darle conocimientos, habilidades y aptitudes, hay que ayudarlo a madurar como persona y ofrecerle los recursos necesarios para que, si en un momento dado está en dificultades, sepa dónde pedir ayuda.

En este sentido, desde Sendagile Artean, además de ofrecerles los recursos terapéuticos existentes, como a cualquier otro médico, este año, se va a iniciar un proyecto de talleres para tutores de MIR, que son los que están más cerca y los que mejor detectan si el MIR tiene algún tipo de problema, para así atajarlo en su inicio.

Sendagile artean – PAIME de la CAPV:

Cuando el médico enferma

Han pasado algo más de seis años desde que por acuerdo entre el Consejo de Médicos del País Vasco y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco se creó el Plan de Atención Integral al Médico Enfermo de la Comunidad Autónoma del País Vasco (PAIME de la CAPV) que acaba de ser rebautizado como Sendagile artean. Un nombre más breve y que hace relación expresa a la relación entre médicos, refiriéndose concretamente a cuando un médico es paciente de otro médico. A pesar del tiempo transcurrido, este plan sigue siendo un gran desconocido para una mayoría de colegiados.

Sendagile artean – PAIME CAPV es un programa que trata de atender y satisfacer las necesidades de los profesionales médicos en el ámbito de la Salud Mental y/o adicciones, siendo su objetivo fundamental la reintegración del médico a su vida laboral.

Es sabido que los médicos como pacientes, en ocasiones, dejamos bastante que desear: nos autodiagnosticamos y autotratamos con mucha frecuencia; infravaloramos o minimizamos lo que nos sucede; nos negamos a solicitar ayuda externa, sobre todo en patologías correspondientes a nuestra salud mental por el miedo a la estigmatización social... Y todo ello trae consigo que para cuando pedimos ayuda la patología esté ya muy avanzada.

Para evitar estos inconvenientes, Sendagile artean – PAIME de la CAPV tiene como señas de identidad la confidencialidad y la

“Tratamendua behar duen medikuak estigmatizatorik sufritu ez dezan hainbat neurri hartzen da. Besteak beste, gaixoak berak aukeratzen du osasun-tratamendua zein lurraldetan jaso, terapeutak eta kontsultak PAIMEkoak direnik ezin da jakin eta zentzoren batean sartu behar izanez gero, gaixoa Kataluniara bidaltzen da”

como la ubicación de sus consultas, para evitar estigmatizaciones, no están identificados como sitios PAIME. En caso de necesitar ingreso en un centro asistencial, éste se hace en Cataluña, en una clínica también sin identificar gestionada por la Fundación Galatea, que es pionera en Europa y está a la vanguardia en este tipo de atención y es la responsable de la gestión del PAIME catalán.

ce con mucha frecuencia en torno a ese profesional: todo el mundo lo sabe, pero nadie dice nada. Es, en definitiva, una oportunidad para velar tanto por la salud del médico como por la seguridad del paciente.

No puedo terminar el presente escrito sin hacer referencia al Artículo 19 de nuestro Código Deontológico:

“Osasun psikiatrikoaz gain, lan-arazoak, sozialak edota juridikoak, halakorik baleude, tratatzen dira”

voluntariedad. Al programa se accede solicitándolo a través del teléfono exclusivo de Sendagile artean 646581200 ó poniéndose en contacto con el Colegio Oficial de Médicos respectivo, manifestando el deseo de querer entrar en el programa. Nadie va a preguntar tu nombre. Te pondrán en contacto con el coordinador del programa, quien va a ser la única persona que lo sabrá. A partir de ese momento se empieza a trabajar con un nombre ficticio y una clave.

Sendagile artean tiene terapeutas en los tres territorios históricos, pudiendo el médico paciente elegir a cual de los tres acudir. Las citas son exclusivas, sin esperas compartidas en sala alguna. Tanto los terapeutas

Cuando hablamos de un plan integral, nos referimos a que en Sendagile artean se tratan no solo los problemas de salud psiquiátrica, sino también los problemas derivados en los ámbitos laborales, jurídicos, si los hubiera, y sociales.

Sendagile artean es, en definitiva, una oportunidad de buscar asistencia sanitaria para el médico con problemas psíquicos y/o de adicción, de mayor o menor cuantía. No hay que esperar a estar grave para acceder al programa.

Es también una oportunidad para ese compañero del médico con problemas de romper la "conspiración del silencio" que se estable-

Art. 19 – 2: "Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad y otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional".

Art. 19-3: "Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actuación faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario".

ANGEL ALAYO
Coordinador de Sendagile Artean

Un buen momento para acordarse de los Planes de Previsión

Porque nos toca hacer la Declaración de la Renta, y ahora es cuando comprobamos que fiscalmente los Planes de Previsión son importantes, además de darnos la tranquilidad de contar con un complemento para nuestra jubilación:

Gerokoa Interés Garantizado Gerokoa Garantizado 10

Estos planes suman dos valores que hoy en día consideramos imprescindibles: seguridad y rentabilidad: Seguridad porque garantiza a vencimiento el capital invertido: las fechas de vencimiento de estos planes son: Gerokoa Interés Garantizado, hasta el 30 de abril de 2018 y Gerokoa Garantizado 10, hasta el 28 de julio de 2015. Y rentabilidad muy interesante en los dos casos.

El plazo de suscripción finaliza el 15 de julio de 2011.



www.bankoia.com

902 444 222

NOTA: Durante el plazo de garantía de este producto no se podrán efectuar rescates voluntarios, ni se podrán realizar traspasos a otros planes de Previsión de Bankoia ni trasladar a planes de otras entidades. Sólo se podrán percibir las prestaciones cubiertas por el plan en caso de contingencias (jubilación, incapacidad permanente, desempleo, intervención quirúrgica, enfermedad grave y fallecimiento).

La Atención pediátrica en Osakidetza: una perspectiva de futuro

Rafael Bengoa, Osasun Sailburua eta Eduardo Garate, Osakidetzako Osasun Laguntzako Zuzendaria, Eusko Legebiltzarrean agertu ziren joan zen martxoaren 8an. Agerraldi hori ez zuten begi onez ikusi lehen mailako arretan ari diren pediatrek –bertan esandakoagatik, eta baita Osakidetzako arduradunek erabilitako moduengatik ere–. Izan ere Osasun Laguntzako Zuzendaria "jauntxotzat" jo zituen pediatrik eta pediatriren eskasia familia-medikuek eta erizainek kalitate eta segurtasun osoz bete dezaketela esan zuten. Bertan adierazitakoaren arabera, plana pediatria "atzera biltzean" datza, erizaintza "aurrera hedatzen" den bitartean.

El señor Gárate dijo textualmente que "los pediatras quieren trabajar por la mañana, en las ciudades y no quieren hacer actividad por la tarde si no se les retribuye especialmente". Las declaraciones del consejero Bengoa fueron por los mismos derroteros. Así, para el consejero de sanidad los pediatras queremos ser unos privilegiados. "Los pediatras lo que quieren es mantener su statu quo, sobre todo cuando les va bien.

Pero aquí lo importante es poder ofrecer la cobertura que hace falta a los niños y niñas en Euskadi, no estar sólo focalizado en el status quo que los pediatras quieren mantener". Además de esas insinuaciones despectivas estaba el plan en sí mismo. En él se decía que se iba a aumentar el número de niños por pediatra (pasando de una media de 900 a una media de 1.000) y que la enfermería debía asumir con carácter urgente diversas funciones, entre ellas la "Atención directa al niño sano" declaró.

Esa propuesta, unida a las conversaciones mantenidas anteriormente, nos ha llevado a interpretar que Osakidetza tiene la idea de que quien se encargue, en exclusiva, del programa de salud infantil sea enfermería y que la actividad del pediatra, por su parte, se limite a atender la demanda por enfermedad. Del mismo modo, proponían amortizar diez plazas concretas de pediatria. Cinco de las cuales son insustituibles, pues dos no existen y en tres casos los propios directores de las comarcas de atención primaria dijeron que esos pediatras no podían ser sustituidos.

El enfado originado tanto por el fondo como por las formas utilizadas por los responsables de Osakidetza nos ha llevado a los profesionales de pediatria de atención primaria a realizar dos concentraciones en centros de salud de Gipuzkoa y Bizkaia. En esta última concentración –realizada de forma unitaria y con el apoyo de todas las asociaciones pediátricas de atención primaria (AEPap y SEPEAP) y de la AEP– se dieron cita cerca de un centenar de pediatras, casi la mitad de todos nosotros. Lo cual agradecemos.

Además de las protestas en la calle, a través de las que llegamos a un número limitado de personas, creímos necesario difundir a la sociedad nuestras preocupaciones, ya que todos estos cambios repercutirían negativamente en la asistencia pediátrica. Por ello, aprovechando la Reunión que la Asociación Vasco-Navarra de Pediatria celebró en



Donostia el 8 de abril, convocamos una rueda de prensa para difundir el peligro que el plan suponía para la atención infantil. Osakidetza nos convocó a una reunión tres días más tarde.

El resultado, sorprendentemente, no podía ser mejor: se iban a mantener los cupos tal y como están actualmente y aunque pretendían potenciar la enfermería pediátrica –tema en el que no estamos en desacuerdo– en el plan de salud infantil no querían sustituir el papel del pediatra y proponían crear grupos de trabajo para elaborar un nuevo plan de asistencia infantil.

Asimismo, el Director de Asistencia Sanitaria, Eduardo Gárate, se ha puesto en contacto con nosotros y nos ha anunciado que tras la reunión mantenida se ha acordado elaborar un documento marco sobre la Atención pediátrica en Osakidetza: una perspectiva de futuro 2012-2015. En la elaboración de este documento vamos a participar Osakidetza y la Asociación Vasca de Pediatria de Atención Primaria. Para ello hay que designar a los representantes de ambas partes. Por parte de Osakidetza va a participar el Dr. Maiz, Pediatra y Director de Comarca de Atención Primaria, con quien nos hemos puesto en contacto para iniciar el plan de trabajo.

PEDRO GORROTXATEGI

HAY ALGO MÁS EN LA VIDA QUE VOLVO. SABER QUE ROMPER LAS REGLAS NO ES SOLO COSA DE NIÑOS. Y QUE SI TE DA POR HACER LOCURAS, TIENES ESPACIO PARA COMPARTIRLAS CON MUCHA GENTE. POR ESO YA ESTÁ AQUÍ EL NUEVO VOLVO V60.



NUEVO VOLVO V60 DESDE 30.700€.

VOLVOCARS.ES LÍNEA VOLVO 902 300 310

Volvo V60 de 115 a 304 cv. Consumo ponderado (l/100 km) de 4,5 a 10,2. Emisiones CO₂ (g/km) de 119 a 237. PVP recomendado para Península y Baleares (IVA, impuesto de matriculación y transporte incluidos).

Volvo. for life



Auto Suecia

Bº Jáuregui, 76

943 33 11 31. Hernani

www.autosuecia.com

Enganchados a la música

Medikuak, erizainak, laguntzaileak, zeladoreak, administrariak..., guztira ia laurogeita hamar pertsonaz osatutako taldea eratzeraino, horixe da Kantakidetza. 2009ko urtearen amaieran, Eguberri haietan kantatzeko asmoarekin, besterik gabe, sortutako abesbatza, eta geroztik hainbat osasun-kongresutara deitua izan dena. Kantakidetzak, oraindik ere ibilbide aski laburra duen arren, hamazazpi emanaldi eskaini ditu honezkero. Eta izen handiko auditorioetan aritu da, hala nola Donostiako Kursaaan, Bilboko Euskalduna jauregian edo Itsas Museoa, beste batzuen artean, Donostia Ospitalean edo Kutzako ekitaldi-aretoan ere jarduteaz gain, noski.

Una de sus características principales es la de haber sido organizado por el propio personal, sin ninguna intervención en su creación por parte de la dirección que lo ha acogido de buen grado.

"Algunos de nosotros ya cantábamos en otros coros –relata Rosa Salaberria, médico de atención primaria– y pensamos que en una empresa con tanta gente, donde muchas personas ya forman parte de otros coros, como es mi caso, tal vez podríamos juntarnos para hacer una actuación en el hospital de cara a Navidad.

La idea era simplemente ésa: actuar en el hospital con motivo de las navidades, cono-

cernos, hacer unas risas y ya veríamos si al año siguiente nos volvíamos a juntar otra vez".

Dicho y hecho. Las personas promotoras de la idea se pusieron manos a la obra y comenzaron a comunicarse a través de personas conocidas que, a su vez, se pusieron en contacto con más conocidos.

Tras aquellos primeros contactos, se dieron cuenta de que mientras algunas de las personas con las que esperaban contar –sobre todo los hombres– estaban ya un poco saturadas por su gran actividad en otras agrupaciones corales, había otra gente en la que no habían pensado, pero que estaba franca-

mente interesada en participar de aquella aventura musical. "Empezó a venir gente, y más gente, preguntando si podían formar parte del coro. Gente que había cantado antes. Otra que no lo había hecho nunca. Algunas personas que sabían solfeo. Otras que no. Algunos que tocaban instrumentos.... ¡Cómo no iban a poder! Si era una actividad lúdica, para pasárnoslo bien.

Así, lo que en un principio iba a ser una cosa puntual, acabó en algo multitudinario. Y aunque el planteamiento inicial era simplemente cantar aquellas navidades, una vez que ya pasó aquel acto navideño la gente quería seguir", recuerda Rosa.



En su primera actuación en el Hospital Donostia el coro estuvo formado por algo más de cincuenta personas. Hoy, año y medio después, cuenta ya casi con cerca de noventa coristas. Casi todos trabajadores y personal jubilado de Osakidetza que cada martes se reúnen para ensayar bajo la dirección de Ion Alberdi.

Los requisitos exigidos para formar parte del coro son mínimos. "Lo único que se recomienda tener es ganas de disfrutar con la música, un poco de responsabilidad para acudir a los ensayos y un mínimo de oído musical. No se trata tanto de tener una voz excelente, sino de aprender a cantar dentro de un grupo viviendo la expresividad y el ritmo que el autor quiere dar a cada obra siguiendo las indicaciones del director.

Algunas personas hemos cantado, o estamos cantando, en otros coros, pero también hay gente que no había cantado nunca. Hay gente que es capaz de leer partituras y otra que no. Somos gente de todas las edades y queremos captar a los MIR, pues aunque contamos con enfermeras jóvenes en el grupo, no tenemos ningún médico residente. Es lo único que nos falta, pues incluso participa gente jubilada. Y, como en el resto de los coros de nuestro entorno, la mayoría, en



res, médicos de atención primaria... y, curiosamente, nos hemos empezado a relacionar y a conocer en el coro". A pesar de ensayar únicamente una vez por semana (los martes de 15:30 a 17:30 en el salón de actos del Hospital Donostia, o en la capilla si el salón está ocupado) y de que muchos no contaban con preparación musical, los coristas de Kantakidetza no han perdido el tiempo. Prue-

actuación es un estímulo importante, pero también se necesita un tiempo de ensayo y reflexión que al principio, con tanta actuación, no teníamos, ya que no teníamos tiempo para ensayar, preparar... Ahora que sí contamos con ese tiempo de reflexión estamos más tranquilos".

"Hator, hator", "Gabon gaba" y "Kanta Aleluia" son algunas de las primeras canciones que ofrecieron en aquel primer concierto en el salón del Hospital Donostia y que forman parte de su repertorio. Para su elección contaron con la ayuda del director. "En la elección del repertorio es muy importante la labor del director, que ha ido preparando las partituras en función de desde dónde nos llamaban.

Él es quien decide qué somos capaces de cantar a corto plazo, a largo o medio plazo. Dónde hay que intensificar el trabajo y qué obras, que igual por su dificultad, hay que posponer". El pianista Ion Alberdi Urrestazu, subdirector del coro Eskola-Gurutziaga e hijo de una trabajadora del hospital, desde el primer momento accedió a dirigirles. Quienes forman parte del coro no tienen más que elogios y halagos para él. "Tuvimos la suerte de contactar con un director extraordinario que además de ser muy buen músico, como director es una maravilla. Es divertido, estimulante, tolerante... y consigue que al mismo tiempo que el ambiente sea relajado, no perdamos ni un segundo en los ensayos" cuenta Merche.

"Prestakuntza-saioak Donostia Ospitaleko ekitaldi-aretoan egiten dituzte, astearteetan, 15:30etik aurrera"

una proporción de tres a uno, somos mujeres", indica Merche Zabarte, médico del servicio de Intensivos. Según Rosa, se trata de una actividad que quien la prueba repite.

"Nuestro objetivo es divertirnos. Y la verdad es que disfrutamos y lo pasamos de maravilla. ¡Es una terapia fabulosa! Ahí no somos trabajadores. Ni somos médicos, ni auxiliares, ni celadores, ni administrativos. Somos un grupo de gente que nos juntamos para pasarlo bien y disfrutar. Es una actividad que te engancha. Para mí es como el deporte. El canto es una actividad que genera endorfinas y te atrapa. De hecho, cuando pasas una temporada larga sin ensayos es como que te falta algo".

A Merche, por su parte, formar parte del coro le ha permitido conocer más de cerca a muchos compañeros de hospital con los que durante años una y otra vez se ha cruzado por los pasillos. "Como grupo humano es muy enriquecedor. Hay gente en el hospital que igual conoces de vista desde hace treinta años y le saludas y poco más. Gente de compras, auxiliares, administrativas, celado-

ba de ello es que en su primer año de vida, este coro ha sido reclamado desde distintos eventos y congresos sanitarios.

"Los primeros meses fue algo impresionante. Cantar en el Kursaal, en el Palacio Euskalduna de Bilbao... ¡Estábamos alucinados! Casi no habíamos ensayado y ya nos estaban llamando para actuar en distintos sitios. Nos decíamos pero... ¡si todavía no tenemos casi ni repertorio!

Es verdad que hemos tenido mucha suerte, pues llevábamos unos meses con cuatro canciones todavía casi mal aprendidas y ya nos estaban convocando para distintos congresos. Cuando a los coros les cuesta mucho conseguir actuaciones" cuentan. "Eso es bueno y malo al mismo tiempo -reflexiona Merche-. Es bueno porque la

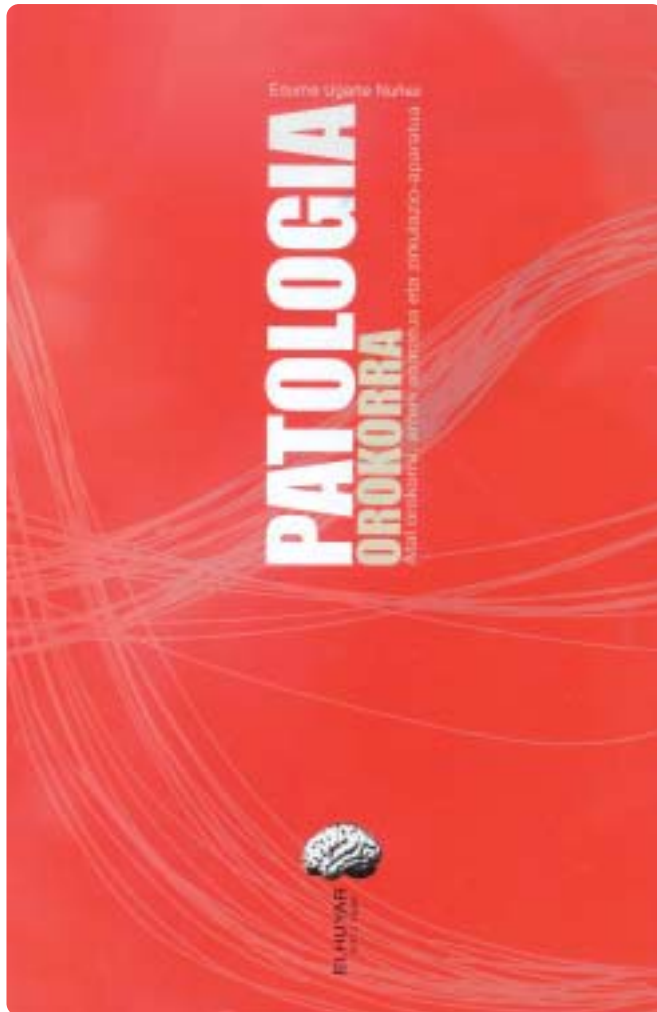
"Adin guztietako jendea daukagu gure artean, baina BAMEak erakarri nahi genituzke, taldean erizain gazteak badiren arren ez baitago bertan mediku egoiliar bakar bat ere"

Patologia orokorra (I)

Duela urte mordoxka hasitako Medikuntzako lexikoen segida honetan, Patologia orokorrari egokitu zaio txanda oraingoan. Eta espezialitate mediko garrantzitsu hori jorratzeko Edurne Ugarte adiskideak 2005. urtean argitaratutako Patologia Orokorra izeneko liburu bikainera jo dugu, liburuaren aurkibidera zehazkiago esateko. Egileak berak hitzaurrean adierazten duen bezala Patologia medikoaren atal orokorra lantzen da obra horretan, arnas aparatuari eta zirkulazio-aparatuari arreta berezia eskainiz.

1er ruido cardiaco.....1. Bihotz-hots
2º ruido cardiaco.....2. Bihotz-hots
3er ruido cardiaco;
ritmo de galope ventricular.....3. Bihotz-hots;
arrapalada-erritmo bentrrikular
4º ruido cardiaco;
ritmo de galope auricular4. Bihotz-hots;
arrapalada-erritmo aurikular
Aberraciones cromosómicasAberrazio kromosomikoak
Acantosis nigricansAcantosis nigricans
Accidente cerebrovascular
isquémico transitorio.....Istripu zerebrobaskular
iskemiko iragankor
Ácido desoxirribonucleico;
ADN; DNAAzido desoxirribonukleiko; ADN
Ácido ribonucleico; ARN; RNA.....Azido erribonukleiko; ARN
Acinesia miocárdicaAzinesia miokardiko
Acino pulmonar;
acino respiratorioBirika-azino; arnas azino
AclimataciónAklimatazio
AcrocianosisAkrozianosi
Acropaquia; dedos en palillo
de tamborAkropakia; danbor-makila
erako hatzak
Acrosíndromes;
arteriopatías funcionalesAkrosíndromeak; arteriopatia
funtzionalak
ActinaAktina
Activación policlonal.....Aktibazio poliklonal
Adenosina.....Adenosina
AdesinasAdesinak
ADH; hormona antidiurética.....ADH; hormona antidiuretiko
ADN mitocondrial.....ADN mitokondrial
ADN; DNA;
ácido desoxirribonucleicoADN; azido desoxirribonukleiko
Agammaglobulinemia congénita...Sortzetiko agammaglobulinemia
Agravamiento; empeoramiento;
exacerbaciónLarriagotze; okerragotze
Aire pendular.....Aire pendular
Alargamiento del tiempo
de conducción.....Eroapen-denbora luzatze
AlbinismoAlbinismo
AldosteronaAldosterona
Alergenos.....Alergenoak
Alteración de la relación
ventilación-perfusiónAireztapen/perfusio
erlazioaren alterazio

Alteraciones causadas
por el ruido; audiotraumas.....Zaratak sortutako alterazioak;
audiotraumak
Alteraciones causadas
por la aceleración.....Azelerazioak eragindako
alterazioak; azelerazioak
eragindako asaldak
Alteraciones causadas
por la electricidad.....Elektrizitateak sortutako
alterazioak
Alteraciones causadas
por la gravedad.....Grabitateak sorrazitako
alterazioak
Alteraciones causadas
por las radiaciones.....Erradiazioek sortutako alterazioak
Alteraciones causadas
por las vibracionesBibrazioek eragindako alterazioak
Alteraciones de la conducciónEroapenaren alterazioak
Alteraciones de la difusiónDifusioaren alterazioak
Alteraciones de las proteínas
estructuralesEgiturazko proteinen alterazioak
Alteraciones del ritmo respiratorio;
disritmias respiratoriasArnas eritmoaren alterazioak;
arnas disritmiak
Alteraciones
electrocardiográficas.....Alterazio elektrokardiografikoak
Alternancia eléctrica.....Alternantzia elektriko
Alternancia respiratoriaArnas alternantzia
Alveolitis alérgica extrínseca.....Albeolitis alergiko estrintseko
Anafilaxia general;
anafilaxia sistémicaAnafilaxia orokor
Anafilaxia localAnafilaxia lokal
Anafilaxia; reacción de
hipersensibilidad de tipo I.....Anafilaxia; I.Motako
hipersentikortasun-erreakzio
AnamnesisAnamnesi
AnaplasiaAnaplasia
Anasarca.....Anasarka
Anatomía patológica.....Anatomia patologiko
AnemiaAnemia
Anergia clonalAnergia klonal
AneuploidiaAneuploidia
Aneurisma.....Aneurisma
Aneurisma aórtico.....Aneurisma aortiko
Aneurisma ventricular.....Aneurisma bentrrikular
Aneurismas de
Charcot-BouchardCharcot-Bouchard-en aneurismak



Aneurismas periféricos.....Aneurisma periferikoak
 Angina de pechoBularreko angina
 Angina de Prinzmetal;
 angina vasoespásticaPrinzmetal-en angina;
 angina basoespastiko
 Angina estable de pechoBularreko angina egonkor
 Angina inestable de pecho.....Bularreko angina ezegonkor
 Angina microvascular.....Angina mikrobaskular
 Angina vasoespástica;
 angina de PrinzmetalAngina basoespastiko;
 Prinzmetal-en angina
 AngiogénesisAngiogenesi
 Angiografía; arteriografíaAngiografia; arteriografia
 Angiografía cardiacaBihotzeko angiografia
 Ángulo de Louis.....Louis-en angelu
 Anillo de Kayser-FleischerKayser-Fleischer-en uztai
 Anticuerpo; inmunoglobulina.....Antigorputz; immunoglobulina
 Anticuerpo antimiosina.....Antimiosina antigorputz
 AntígenoAntigeno
 Antiidiotipo.....Antiidiotipo
 Antipirógenos endógenos.....Antipirogeno endogenoak
 AortografíaAortografia
 Aparato circulatorio.....Zirkulazio-aparatu
 Aparato respiratorioArnas aparatu
 ApexcardiogramaApexkardiograma
 ApneaApnea
 ApoptosisApoptosi
 Árbol genealógico; pedigríGenealogia-zuhaitz; pedigri
 ARN; RNA; ácido ribonucleico.....RNA; azido erribonukleiko

Arrastre presistólico;
 soplos presistólicos.....Arraste presistoliko;
 murmurio presistolikoak
 ArritmiaArritmia
 Arritmia respiratoriaArnas arritmia
 Arritmia sinusal.....Arritmia sinusal
 Arteriografía; angiografíaArteriografia; angiografia
 Arteriografía cardiaca;
 ventriculografía.....Bihotzeko arteriografia;
 bentrikulografia
 Arteriografía con sustracción
 digital (ASD)Sustrakzio digital bidezko
 arteriografia (DIVA)
 Arteriografía convencional.....Arteriografia konbentzional
 Arteriografía isotópicaArteriografia isotopiko
 Arteriosclerosis.....Arteriosklerosi
 Arteriopatías funcionales;
 acrosíndromesArteriopatia funtzionalak;
 akrosindromeak
 ArteriosclerosisArteriosklerosi
 Arteritis de TakayasuTakayasu-ren arteritis
 Asma bronquial.....Asma bronkial
 Asma cardíaco.....Asma kardiako
 Asterixis; flapping tremor.....Asterixi; flapping tremor
 AtelectasiaAtelektasia
 Aterogénesis.....Aterogenesi
 AterosclerosisAterosklerosi
 Aterosclerosis coronaria.....Aterosklerosi koronario
 Atopia; anafilaxia local.....Atopia; anafilaxia lokal
 Audiotraumas; alteraciones
 causadas por el ruidoAudiotraumak; zaratak
 sortutako alterazioak
 Aurícula derecha.....Eskuineko aurikula
 Aurícula izquierda.....Ezkerreko aurikula
 AuscultaciónAuskultazio
 Ausencia de gravedad;
 falta de gravedadGrabitaterik eza
 AutoinmunidadAutoimmunitate
 AutomatismoAutomatismo
 Automedida domiciliaria
 de la presión arterial (AMPA)Presio arterialaren etxeko
 autoneurketa (PAEA)
 Autorregulación localAutorregulazio lokal
 Autosomopatías.....Autosomopatiak
 Bacteriemia.....Bakteriemia
 Bamboleo mediastínicoZabu mediastiniko
 Bando de los cromosomas.....Kromosomen xingolaketa
 Barotrauma.....Barotrauma
 BatipneaBatipnea
 BigeminismoBigeminismo
 Biopsia.....Biopsia
 Biopsia abierta de pulmónBirikako biopsia ireki
 Biopsia bronquialBronkioetako biopsia
 Biopsia cardiacaBihotzeko biopsia
 Biopsia del pericardio;
 biopsia pericárdica.....Perikardioko biopsia
 Biopsia pleuralPleurako biopsia
 Biopsia transbronquialBronkioetan zeharreko biopsia
 Bloqueo; bloqueo cardíacoBlokeo; bihotzeko blokeo
 Bloqueo auriculoventricularBlokeo aurikulobentrikular
 Bloqueo auriculoventricular
 de 2º nivel2. Mailako blokeo
 aurikulobentrikular

**ERRETIRO-PENTSIOA JASOTZEAREN ETA NORK BERE KONTURA LAN EGITEAREN BATERAEZINTASUNARI
BURUZKO ARAUDIA**

Datorren uztailaren 1etik aurrera 65 urte betetzen dituzten medikuek ezingo dute erretiro-pentsioa kobratu eta aldi berean kontsulta pribatuan lan egin

Erretiro-pentsioa kobratzea eta nork bere kontura lan egitea bateragarriak ez direla erabaki berri du Lan eta Inmigrazio ministerioak (Maiatzak 23an gobernuak hartutako TIN/136/2011 erabakia maiatzak 26ko BOEn publikatua).

Arau horren arabera, 2011ko uztailaren 1etik aurrera 65 urte beteko dituzten sendagileek ezi dute erretiro-pentsioa jasotzerik izango kontsulta pribatuan lan egiten badute. Hala ere, salbuespena egingo da uztailaren 1a baino lehen erretiroa hartzen dutenekin. Beraz, 2011ko uztailaren 1etik aurrera 65 urte bete eta jubilatuta ondoren kontsulta pribatuetan lan egiteko asmoa duten medikuek erretiroa uztailaren 1a aurretik hartu beharko dute.

Hala ere, Lan eta Inmigrazio ministerioak maiatzak 23ko TIN/136/2011erabakia zuzendu du. Ekainaren 4ko Estatuko Aldizkari Ofizialak jasotako zuzenketaren arabera, datorren uztailaren 1a aurretik 65 urte beteko dituzten sendagileek -erretiroa hartua izan edo ez- nahi dutenean jubilatzeak aukera izango dute; eta jubilatuta ondoren, erretiro-pentsioa kobratzen duten bitartean, kontsulta pribatuan lan egiterik izango dute.

NORMATIVA SOBRE INCOMPATIBILIDAD DE PERCEPCIÓN DE LA PENSIÓN DE JUBILACIÓN Y LA ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA

Los médicos que cumplan 65 años después del 1 de julio de 2011 no podrán compatibilizar el cobro de la pensión y el ejercicio privado

El Ministerio de Trabajo e Inmigración ha declarado incompatible el ejercicio por cuenta propia de una profesión con la percepción de una pensión de jubilación de la Seguridad Social (Orden TIN/136/2011 de 23 de mayo, publicada en el BOE el 26 de mayo).

Según dicha norma, los médicos que cumplan 65 años después del 1 de julio de 2011 no podrán cobrar la pensión de jubilación si trabajan en su consulta privada, salvo que se jubilen antes del 1 de julio de 2011. Es decir, aquellos médicos que cumplan 65 años después del próximo 1 de julio, y pretendan seguir ejerciendo la medicina privada más allá de la jubilación, deberán jubilarse antes del 1 de julio de 2011.

El Ministerio de Trabajo e Inmigración, no obstante, ha rectificado la Orden TIN/136/2011 de 23 de mayo. Dicha rectificación -publicada en el BOE del 4 de junio- afecta exclusivamente a los médicos que hayan cumplido los 65 años antes del 1 de julio, estén jubilados o no. Así, estos médicos podrán jubilarse cuando quieran y seguir trabajando en su consulta privada.

IMPENZA
desde: 21.800 €



SUBARU

VERTIZ

CONCESIONARIO OFICIAL PARA GIPUZKOA

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

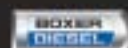
Pº Sarriena, 13 - Tfno. 943 46 92 99
MARTUTENE

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

OUTBACK
desde: 31.900 €



FORESTER
desde: 23.500 €



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

902 10 00 22 • www.subaru.es

PMF recomendada en Petróleo y Boxer para Subaru legados. IVA 4%, transporte e instalación incluidos. Clásica Consumo medio: 8,6L, Emisiones: 204 g/km. Outback Diesel Consumo medio: 8,6L, Emisiones: 215 g/km. Forester Consumo medio: 8,4L, Emisiones: 199 g/km. Forester Diesel Consumo medio: 8,4L, Emisiones: 199 g/km. Tráfico Consumo medio: 8,6L, Emisiones: 215 g/km.

Naturaleza Subaru

"Yo me quemo, tú te quemas, él se quema..."

Sarri askotan, egunez egun gaixotasunarekin, minarekin eta heriotzarekin aurrez aurre edo bate-ratsu, bederen, bizi beharrak –horretarako bereziki prestatua egon gabe– ordaina dakarkio luzarora medikuari berari, kasu batzuetan, tratamendu psikiatriko eta psikologikoa behar izate-raino. Izan ere, mediku izatea ez baita batere erraza, ez horixe. Horregatik, gure osasun mentalak kal-terik jasan ez dezan lagunduko diguten estrategia egokiak garatzeko prest egon behar dugu medikuok. Helburu horrekin, ikastaro bat eskainiko da Gipuzkoako Sendagileen Elkargoan, burnout-ak jota dagoen medikuekin —erretako medikuaren sindromea ere esaten zaio— nola jokatu jakiteko.

A menudo junto a términos como estrés, depresión, insatisfacción laboral, desgaste profesional, o aburrimiento, escuchamos esta otra expresión: burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. El psiquiatra Herbert Freudenberg describió, por primera vez a mediados de los 70, aunque con otro nom-bre, una patología psiquiátrica que experi-mentaban algunos profesionales que trabajaban atendiendo a personas. Pocos años más tarde, Cristina Maslach fue quien utilizó la expresión inglesa burnout para refe-rirse al sufrimiento y desgaste emocional de personas dedicadas a la ayuda a los demás y en contacto con el público. En español la expresión más aceptada es la propuesta por el profesor titular de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones de la Facultad de Psi-cología de la Universidad de Valencia, Pedro R. Gil Monte, síndrome de quemarse por el trabajo (SQT).

Pero, ¿qué entendemos por burnout o sín-drome de quemarse por el trabajo? El profe-sor Gil Monte define este síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico inte-grado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Según Alberto Amutio, profesor del Departa-mento de Psicología Social de la UPV/EHU y coordinador del programa de manejo de estrés de dicha universidad, quien va a impartir el curso formativo en este Colegio, el burnout es una reacción personal al estrés crónico en el trabajo en función de las demandas y las características de la ocupa-ción". Una reacción que, aunque se da con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizacio-

"Los profesionales de la salud se enfrentan continuamente a estresores específicos que suponen una alta implicación emocional"

nes de servicios humanos, no se limita a estas profesiones.

Para muchos, en el desarrollo del síndrome burnout intervienen factores ambientales, culturales y personales. Entre los factores ambientales los profesionales sanitarios y docentes, junto con los del sector servicios, son los que presentan mayores prevalencias de burnout. Así, según un estudio realizado entre personal sanitario hispanoamericano y español por, entre otros, Armand Grau, del Instituto de Investigación Biomédica de Girona, (publicado en la Revista Española de Salud Pública de marzo-abril de 2009), la prevalencia del burnout es mayor en España y Argentina –con índices en torno al 15%– mientras que en México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presen-tan índices que van entre 2,5% y 5,9%.

EL 28,8% TIENE ALTOS NIVELES DE CANSANCIO EMOCIONAL

Otro estudio realizado entre profesionales sanitarios en diferentes hospitales, centros de salud y clínicas del País Vasco, realizado, entre otros, por Alberto Amutio y publicado en la Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, considera que el 28,8%

de los profesionales de la sanidad presenta altos niveles de cansancio emocional y que solamente un 8% presentaba niveles altos de bienestar psicológico. En este estudio partici-paron 1.275 profesionales de la sanidad vasca (pública y privada), de los que 619 eran médicos.

Pero, ¿Por qué los médicos se queman en el trabajo? Entre las causas por las que surge este síndrome SQT, Alberto Amutio señala que "los profesionales de la salud se enfren-tan continuamente a estresores específicos que suponen una alta implicación emocional, como por ejemplo, el contacto continuo con el sufrimiento y la muerte de los enfermos, a los que hay que añadir otros relacionados con la propia organización del trabajo como, por ejemplo, la sobrecarga de trabajo, así como otros factores personales".

Entre las variables relacionadas con condi-ciones laborales negativas que pueden ser productoras de insatisfacción laboral y que inciden en los niveles del SQT y de bienestar psicológico, Amutio menciona la sobrecarga, la monotonía, la falta del desarrollo profesio-nal, la falta de reconocimiento profesional, la supervisión deficiente, la falta de participa-ción, la retribución insuficiente y la falta de

"Atendiendo a las profesiones, el burnout se da más entre los médicos -sin que haya grandes diferencias según las especialidades- que en el resto de profesionales sanitarios"



cohesión. Y también señala que los médicos que tienen un mayor número de pacientes en cupo y los que atienden a un mayor número de pacientes por día presentan mayores niveles de SQT y menor bienestar.

Atendiendo a las profesiones, el burnout se da más entre los médicos –sin que haya grandes diferencias según las especialidades– que en el resto de profesionales sanitarios. Entre los médicos, por su parte, el burnout es más alto entre aquellos que trabajan en urgencias (17%), seguido de los internistas (15,5%). Mientras que los anestesiólogos y dermatólogos tienen las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). La

edad, la satisfacción profesional, el perfil optimista y positivo, el sentirse recompensado y, sobre todo, la percepción de sentirse valorado son factores que se oponen a la adquisición del burnout, es decir, que protegen al profesional contra este síndrome. Son algunos de los datos que se desprenden del estudio realizado por Armand Grau y otros.

Dado que la medicina es una profesión absorbente, para evitar la aparición del síndrome burnout en los médicos, los expertos recomiendan realizar actividades extralaborales, ya sean físicas, de ocio y en grupo; intensificar las relaciones personales, familiares y sociales y ante la duda, pedir ayuda.

Amutio recuerda que gran cantidad de estudios, tanto de ámbito nacional como internacional, señalan que el aumento del bienestar personal de los empleados redundará en mayor motivación y compromiso con la organización, mayor satisfacción laboral y productividad, así como en la disminución de los riesgos psicosociales y de los costes asociados a los altos niveles del burnout. Según los propios profesionales, para mitigar el estrés y mejorar el grado de bienestar en el trabajo fundamentalmente se necesita mayor equilibrio entre tiempo y tareas, así como un mayor reconocimiento y formación.

CURSO SOBRE BURNOUT A PARTIR DE SEPTIEMBRE

El Colegio de Médicos de Gipuzkoa, por tanto, con el objetivo de mejorar el bienestar psicológico de los médicos de Gipuzkoa, al tiempo que la calidad de la atención sanitaria ofrecida a los usuarios, va a ofrecer un curso de 20 horas de duración, sobre cómo intervenir ante el síndrome del médico quemado.

El curso será impartido por el profesor e investigador de la UPV/EHU Alberto Amutio, coordinador del programa de manejo de estrés del departamento de Psicología Social de la UPV/EHU y experto en técnicas de manejo de estrés. Formado en la universidad de Roosevelt en Chicago, Amutio ha investigado sobre el burn-out en el colectivo médico.

Como ya se ha indicado, este curso forma parte de un proyecto de investigación en el que se trata de ver si las técnicas que aprenderán los médicos son efectivas o no.

En el curso –que tendrá lugar durante 8 semanas a lo largo de los meses de septiembre, octubre y noviembre, y que será anunciado oportunamente– podrán participar cincuenta personas que serán distribuidas en dos grupos. Mientras el primer grupo recibirá la formación, el segundo actuará a modo de control. Este segundo grupo recibirá la formación una vez haya finalizado el primer grupo. De este modo podrán compararse los resultados y ver si el curso es efectivo o no. El material necesario para realizar los ejercicios prácticos del curso (3 CD y un libro) será facilitado por el Colegio.

El programa que se va a desarrollar en el Colegio de Médicos de Gipuzkoa es pionero en los Estados Unidos y tiene como objetivo mejorar la salud y bienestar de los médicos guipuzcoanos. Y es que se ha constatado que hay una cantidad considerable de profesionales que, sobre todo, sienten cansancio emocional lo cual repercute negativamente en la atención al paciente y en el bienestar psicológico del colectivo.

JULIÁN BERECIARTUA

Médico colegiado nº 202001217



Sepia, jibia o txautxa

La sepia merece, por méritos propios, que la tengamos en cuenta aunque he de reconocer que no es el marisco de mi preferencia. Su nombre científico es el de *sepia officinalis* que revela, claramente, que tiene indicaciones médicas. Aunque sus propiedades alimenticias son más interesantes.

Es un cefalópodo que pertenece al mismo grupo animal que el chipirón, la pota, el pulpo y el choco o sepiola. Anatómicamente es desproporcionada porque tiene una enorme cabeza con ojos saltones. Dentro de la cual posee una especie de concha o lámina blanca y esponjosa que se ha empleado hasta para fabricar dentífricos y, en más de una ocasión, la hemos observado en jaulas de pájaros, como los jilgueros y canarios, que les sirven para limpiar y afilar el pico.

Su pesca con nasa o "buitrón" es la más extendida, y se realiza poniendo dentro de las mallas unas ramitas de tamarindo o tamarice, árbol tropical muy popular en nues-

tras costas. La parte comestible es fibrosa y algo dura por lo que, olvidándonos de los golpes que se daban antiguamente, conviene tenerla durante horas o días en el congelador y así ablandar sus carnes. Es sabrosa y se ofrece a toda clase de preparaciones, aunque personalmente prefiero cualquiera de sus congéneres anteriormente mencionados.

Su peso total es comestible. Es agua en el 70% (la misma cantidad que en la carne de besugo y de dorada) y tiene un 17% de proteínas. Su contenido en grasa y azúcares, por su parte, es prácticamente nulo. Cada 100 gramos proporcionan en torno a 80 calorías de energía, un valor similar al que

aportan el mismo peso de vieiras, caracoles o besugo.

Dicen que es un animal inteligente, astuto y de vida apasionada. La verdad es que yo no sabía que en el fondo del mar también hubiera jueguistas. Aunque pienso que eso de la astucia se refiere a que en situaciones de peligro, para despistar al enemigo y poder darse a la fuga, suelta un gran chorro de tinta negra.

También afirman que el macho, además de amantísimo "esposo", es un buen padre, pero las hembras prefieren liberarse de estas locuras de amor.



Ser mutualista de A.M.A. es ahora **más seguro** que nunca

Los mutualistas de A.M.A. con seguro de coche
podrán aplicar al parabrisas de su vehículo,
de forma totalmente gratuita, el sistema **LUNIASHIELD**



Este repelente de agua activo dura 20.000 kilómetros.

LUNIASHIELD garantiza plena visibilidad, sin necesidad de usar
los limpiaparabrisas, a partir de 80 km/h.

Este producto, que ha revolucionado la seguridad visual de la conducción cotidiana,
resulta especialmente útil ante tormentas y aguaceros.

Llama e infórmate

902 933 353

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE GIPUZKOA • Tel.: 943 27 63 00

Paseo de Francia, 12 / 20012 SAN SEBASTIAN / info@gisep.org



www.amaseguros.com



Sus pacientes satisfechos. Nosotros también

Disponer de la última tecnología en equipamiento para el diagnóstico y contar con los mejores profesionales tienen su razón de ser cuando obtenemos una sonrisa de sus pacientes.

Transmitirles confianza, tranquilidad, seguridad, que se sientan a gusto.

Así conseguimos la mayor satisfacción de sus pacientes, y la nuestra propia.

**Análisis clínicos
Radiología
Scanner TAC
Ecografías
Densitometría ósea
Cardiología
Chequeos médicos**

DIAGNÓSTICO
CENTRO DE

URBIETA

Al servicio de la salud

Urbietta, 58 • 20006 San Sebastián
Tfno.: 943 47 01 44 • Fax: 943 47 01 75
cmu@centrourbietta.com • www.centrourbietta.com