

# MEDIKUEN AHOTSA GIPUZKOA MÉDICA

De izquierda a derecha:  
Aida Herranz, Irati Oteiza,  
Juana María Sáenz, Sara  
Iglesias y Olaia Martín,  
todas ellas vinculadas a la  
delegación de Euskadi de  
la Federación Estatal de  
Enfermedades Raras.



**LA VISIÓN DE PACIENTES Y MÉDICOS**

## Enfermedades raras

**González de Suso**  
**Errealeko**  
**medikuari**  
**elkarrizketa**



**SENDAGILE**  
**ARTEAN**

**Gazteak**  
**ere daude**  
**arriskuan**

**Eztabaida**

**Medikuek**  
**komunikatu al**  
**dezakete sekretu**  
**profesionala?**



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



## Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

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

**Nosotros lo hacemos**

¿No sabe cómo volver a casa después?

**Nosotros le llevamos**

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

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

**Así de fácil y así de claro.**

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

### **A.M.A. SAN SEBASTIÁN**

Getaría, 19

Tel. 943 42 43 09

sansebastian@amaseguros.com

### **A.M.A. SAN SEBASTIÁN (Colegio Médico)**

Paseo de Francia, 12; bajo

Tel. 943 27 04 11



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



# Sumario // Aurkibidea

FOTO DE PORTADA // AZALEKO ARGAZKIA: I. A.

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



Frantzia pasealekua, 12  
20012 Donostia – San Sebastián

Tel. 943 276 300  
www.giseo.org – www.gisep.org

Argitalpen Batzordea // Comité Editorial  
Gobernu Batzordea // Junta de Gobierno  
Erredakzio Batzordea // Consejo de Redacción:  
Iñigo Aduriz, Jabier Agirre, Fidel Egaña.

Erredakzioa eta koordinazioa //  
Redacción y coordinación  
Iñigo Aduriz (prensa@gisep.org)

Diseinua eta maketazioa // Diseño y  
maquetación  
Susana Millán

Euskara:  
Jabier Agirre

Inprimaketa // Impresión  
Gupost

Lege-gordailua // Depósito legal  
SS 1025-1994

Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialak ez du bere gain hartzen kolaboratzaileen iritzia. Bere iritzia Editorialean adierazten du. // El Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores. Su opinión queda reflejada en el Editorial.



Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa  
Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofiziala

Iturria aipatzen bada, artikulua bat edo horren zati bat kopia-  
tzea onartzen da // Se autoriza la reproducción total o parcial siempre que se cite la fuente.

Síguenos en  
Jarraitu



FACEBOOK.COM/COLEGIOELKARGOA  
@COLEGIOELKARGOA

## Editorial

## Editoriala

5

## Tribuna Abierta - Wilson Astudillo

## Tribuna Irekia - Wilson Astudillo

6-7

## Asesoría Jurídica - Jon Pellejero

## Aholkularitza Juridikoa - Jon Pellejero

8-9

## Comisión Deontológica - Enrique Arriola

## Batzorde Deontologikoa - Enrique Arriola

10-11

## El Colegio, ¿para qué? - Comunicación

## Elkargoa, zertarako? - Komunikazioa

13

## En Portada - Enfermedades Raras

## Azaleko Gaia - Gaixotasun Arraroak

14-17

## El Debate - Secreto profesional, ¿se puede comunicar?

## Eztabaida - Sekretu medikoa, ¿komunikatu daiteke?

18-19

## La nueva web

## Webgune berria

20-21

## Actividad Colegial

## Elkargoaren Jarduera

22-23

## Gipuzkoa - Entrevista a Ihintza Larrañaga

## Gipuzkoa - Ihintza Larrañagari elkarrizketa

24-25

## Médicos y Jóvenes - PAIME-Sendagile Artean

## Medikuak eta Gazteak - PAIME-Sendagile Artean

26-27

## Reportaje - La mujer en la Medicina

## Erreportajea - Emakumea Medikuntzan

28-29

## ¿Qué hacer ante agresiones en el trabajo?

## Zer egin lanean gertatzen diren erasoen aurrean?

30-31

## Entrevista - José Manuel González de Suso

## Elkarrizketa - José Manuel González de Suso

32-35

## Diccionario Médico

## Medikuntzako Lexikoa

36-38





## Por ser miembro del Colegio de Médicos de Gipuzkoa

Tienes unas condiciones ventajosas para ti y tus familiares  
directos (padres, hijos, hermanos y cónyuge).

### ¿CATARATAS O VISTA CANSADA?

Aprovecha nuestros  
descuentos exclusivos.

PRUEBAS PREVIAS

**40€**  
80€

CATARATA

**1.495€** /ojo  
1800€ /ojo

PRESBICIA  
(lente incluida)

**2.495€** /ojo  
2900€ /ojo

OFERTA

Incluidas todas las revisiones hasta el alta médica

Resto de tratamientos **15% de descuento sobre tarifa general\***

\*Tarifas válidas hasta el 31/12/2016 en clínica Innova Ocular Begitek. No acumulable a otras ofertas.

Miopía / Hipermetropía / Astigmatismo / Córnea / Glaucoma / Retina / Estrabismo  
Neuroftalmología / Oculoplastia / Oftalmología Infantil / Contactología

Imprescindible acreditarse en la primera visita a clínica

# EDITORIALA // EDITORIAL

**A**ro digitalean bete-betean murgildutako profesionalak gara, informazio-gizarteko hiritarrak. Horregatik, gure inguruan multimedia kanalak biderkatzen eta osasun-arazoei buruzko mezuak ugaltzen ari direnean, inoiz baino beharrezkoagoa gertatzen da ebidentzia zientifikoak Medikuntzako jardunean duen garrantzia balioestea. “Bere paziente guztiei giza kalitateko eta kalitate zientifikoko arreta medikoa emateko obligazioa dauka medikuak”, dio gure Kode Deontologikoak (21. artikuluan). Medikamentuen preskripzioari dagokionean, berriz, testuak azpimarratzen duen bezala “medikuak erabateko askatasuna edukiko du preskribitzeko, ebidentzia zientifikoa eta baimendutako agindu eta oharrak errespetatuz betiere” (23. art.), eta gehien “erabiliko dituen prozedurek eta aginduko dituen farmakoek ondo frogatua edukiko dute zientifikoki beren eraginkortasuna” (26. art.). Dokumentuak ezin du argiagoa izan, bertan zera esaten baita hitzez hitz: “Ez dira etikoak hitz-jarioke-rian oinarritutako praktikak, inolako oinarri zientifikorik gabeak eta gaixoei sendaketa agintzen dietenak; ezta ametsezko edo ilusiozko prozedurak edo behar adina frogatu gabeak ere, eraginkorrak balira bezala proposatzen direnean; ez tratamendu medikoak nahiz ebakuntza kirurgikoak simulatzea ezta konposizio ezezaguna duten produktuak erabiltzea ere” (26. art.).

Arau deontologikoei egindako errepasso labur honek balio beharko liguke, era berean, egunkarietako orrialdeak nahiz webguneak bete, eta baita telebista nahiz

irratietako programetan gero eta minutu gehiago bereganatzen dituen publizitate sanitarioan ebidentzia zientifikoak daukan garrantzia gogorarazteko ere. “Medikuaren leialtasun nagusia bere pazienteari zor diona da, eta horren osasuna beste ezein komenentzia edo arrazoiren gainetik gailendu behar da” (Kode Deontologikoa, 5 art.). Arrazoi horregatik, “publizitate medikoak objektiboa, zuhurra eta egitia izan behar du, itxaropen faltsurik altxatu ez dadin edo funtsik gabeko kontzepturik zabaltu eta hedatu ez dadin” (65. artikulua). Gure kodeak azpimarratzen duen bezala, “medikuak ez du erabiliko publizitatea sendatzeko itxaropen iruzurtirik sustatzeko, ezta osasunarekin lotutako premia faltsuak sorrarazteko ere” (65. artikulua).

Elkargoa da printzipio deontologiko horiek guztiak behar bezala betetzen direla bermatzeko ardura duena. Eta gure lurraldean indarrean dagoen araudiaren arabera, beren burua anuntziatu nahi duten profesional guztiek erregistro-zenbaki bat lortu dutela eta beren zerbitzuak printzipio eta arau horien arabera publizitatzen dituztela egiaztatu behar du Elkargoak. Publizitateko testu orotan erraz ikusteko modukoa izan behar duen Osasun Publizitateko Erregistro-zenbaki horrek bermatzen du aztergai dagoen publizitatearen egiazkotasuna, bere legaltasuna bermatzeaz gain. Erantzukizuna guztiona da. Helburua lanbidearen ospea eta duintasuna oso-osorik gordeztea eta hiritar guztien osasuna zaindu eta babestea izango da betiere. ♦

**S**omos profesionales inmersos en la era digital y ciudadanos de la sociedad de la información. Por eso hoy, cuando los canales se multiplican y los mensajes relativos a cuestiones sanitarias proliferan a nuestro alrededor, es más necesario que nunca constatar la importancia de la evidencia científica en el ejercicio de la Medicina. “El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica”, dice nuestro Código Deontológico (artículo 21). También cuando se refiere a la prescripción de medicamentos, el texto remarca que los profesionales médicos deben “disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica y las indicaciones autorizadas” (art. 23), y que tienen que “emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente” (art. 26).

El documento no puede ser más explícito cuando establece que “no son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces, la simulación de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas y el uso de productos de composición no conocida” (art. 26).

Este repaso a las normas deontológicas debe servirnos para recordar la importancia que tiene la evidencia científica también en la publicidad sanitaria que inunda páginas de periódicos, minutos de televisión y de radio, y hasta espacios web. “La principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia” (CD art. 5). Por esta razón “la publicidad médica ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados” (art. 65). Nuestro código recalca que “el médico no utilizará la publicidad para fomentar esperanzas engañosas de curación ni para promover falsas necesidades relacionadas con la salud” (art. 65).

El Colegio es el encargado de garantizar que se cumple con todos esos principios deontológicos. De acuerdo a la normativa de nuestro territorio, debe comprobar que todos los profesionales que quieran anunciarse obtienen un número de registro y publicitan sus servicios de acuerdo a esos principios y normas. Ese número de Registro de Publicidad Sanitaria, que debe ser visible en la inserción publicitaria, avala la veracidad de la publicidad en cuestión y garantiza su legalidad. La responsabilidad es todos nosotros. El objetivo es, siempre, mantener intacto el prestigio de la profesión y el cuidado de la salud de todos los ciudadanos. ♦



**WILSON ASTUDILLO**

NEURÓLOGO, MÉDICO DE FAMILIA Y PRESIDENTE-FUNDADOR DE PALIATIVOS SIN FRONTERAS



# MEDICINA PALIATIVA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

**El libro publicado por Paliativos sin Fronteras destaca la importancia del respeto a las preferencias de los pacientes**



**P**aliativos sin Fronteras (PSF), ONG de ámbito internacional, acaba de editar el libro *Medicina Paliativa en niños y adolescentes* (PSF, 2015), que ofrece importantes aportaciones para mejorar aspectos esenciales para la atención de los menores cuando padecen situaciones de vida limitada o necesitan cuidados paliativos (CP). Se centra en el paciente y en su familia, en el respeto a sus valores y preferencias para la elaboración de un plan de cuidado de bienestar de alta calidad, accesible y equitativo desde el mismo momento del diagnóstico junto a otros tratamientos.

Con la edición de esta publicación, PSF busca diversos objetivos. Entre ellos cabe destacar la intención de fomentar el interés en los CP pediátricos o ayudar a detectar y aliviar el elevado nivel de sufrimiento físico, psicológico, social, práctico y existencial que tienen estos niños y jóvenes mediante diversas medidas médicas, de enfermería, de apoyo psicosocial, espiritual y de equipamiento. Se pretende, también, facilitar la comprensión de los problemas que producen los padecimientos crónicos y la cercanía de la muerte en los niños, y conocer cuándo y cómo consultar al equipo paliativo. En sus páginas se podrá



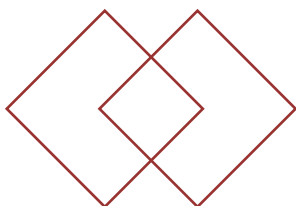
LOS COLEGIADOS INTERESADOS EN ESCRIBIR EN ESTA SECCIÓN PUEDEN ENVIAR UN CORREO A [PRENSA@GISEP.ORG](mailto:PRENSA@GISEP.ORG) / ATAL HONETAN IDAZTEKO INTERESA DAUKATEN ELKARGOKIDEEK MEZU BAT BIDAL DEZAKETE [PRENSA@GISEP.ORG](mailto:PRENSA@GISEP.ORG) HELBIDERA

conocer cómo debe trabajarse con las familias y niños para buscar mejorar su calidad de vida, favorecer su relación y adaptación a la enfermedad, a la fase final y al duelo posterior con herramientas actualizadas de comunicación, diagnóstico y terapéutica.

El libro pretende ayudar en el proceso consensuado de toma de decisiones difíciles del niño y la familia mediante una buena información y el soporte del equipo paliativo. Facilita otros recursos bibliográficos a los profesionales que intervienen en su cuidado, para que permitan mejorar lo que se hace y cómo se hace, e investigar y promover un cuidado holístico del paciente y de su familia. Asimismo, quiere estimular también la cooperación internacional en oncología y paliativos como un medio de progreso de la Medicina en la prevención de la muerte prematura y en la lucha contra el sufrimiento.

En sus 830 páginas el libro contiene 64 capítulos escritos por 115 autores españoles e internacionales, y se ha estructurado en 10 secciones: Generalidades; Manejo de síntomas; Cáncer en el niño y adolescente; CPP en otras situaciones (VIH, neonatología, parálisis cerebral); La pedagogía en niños y adolescentes; El alivio del sufrimiento en general; La atención a la familia y necesidades psicosociales; El trabajo en equipo; La Cooperación en oncología y paliativos; y Bioética y derechos.

A través de este libro, PSF propone varios retos importantes para cambiar la situación actual, que pueden y deben realizarse en los países de escasos y medianos recursos, una buena parte de ellos gracias a la cooperación. El primero de ellos es colocar al cáncer como la preocupación principal de los programas sanitarios de todos los países, porque esta enfermedad puede controlarse mejor con una intervención global, que abarate y facilite el acceso a los medicamentos oncológicos y



## **Familiei hartu behar dituzten erabaki zailetan laguntza eman nahi die liburuak**



## **Ospitale handi guztiek zainketa aringarrietako lantaldeak izan behar dituzte**



la puesta en práctica de protocolos estándar de tratamiento de los cánceres pediátricos.

Otro de los retos es tratar de ofrecer una cobertura de seguro universal que permita la detección precoz y el control del cáncer, en especial en poblaciones pobres o aisladas geográficamente. También se debe ayudar a reducir las muertes prematuras y mejorar la supervivencia de niños y jóvenes con tratamientos eficaces de las enfermedades infecciosas, del

cáncer, más vacunaciones, control de la desnutrición y otras medidas preventivas. Otro de los desafíos debería ser mejorar la educación oncológica y paliativa de los profesionales de la salud, así como aumentar y fomentar los registros del cáncer que orientan una más adecuada planificación del trabajo sanitario.

PSF considera que es necesario estimular a los gobiernos a que se esfuercen por la creación, potenciación y mantenimiento de centros oncológicos y paliativos. Todos los grandes hospitales pediátricos deben tener equipos interdisciplinares en Cuidados Paliativos. Y también se tienen que promover hermanamientos entre instituciones oncohematológicas de países desarrollados con los países de recursos limitados, pues existen varios ejemplos que son muy exitosos. Estos son una forma práctica de solidaridad que ayuda a cambiar el mundo, porque como decía Franklin D. Roosevelt: «Nuestro progreso no es si añadimos más a la abundancia de los que tienen mucho, sino si proporcionamos lo suficiente a aquellos que tienen muy poco». Conocer que “la mortalidad en los niños menores de 5 años en África sahariana es 15 veces más alta que en Europa y en Norteamérica, a causa de la infección y malnutrición”, no nos debe dejar impasibles.

En resumen, es un libro muy completo y actualizado sobre los Cuidados Paliativos pediátricos que no puede faltar en las consultas ni en las bibliotecas médicas, de enfermería y de los diversos profesionales que intervienen en el cuidado de los niños y adolescentes.

El libro se puede conseguir en: [paliativossinfronteras@gmail.com](mailto:paliativossinfronteras@gmail.com), [www.paliativossinfronteras.com](http://www.paliativossinfronteras.com) y en librerías especializadas.

Los autores del libro son: Wilson Astudillo, Itziar Astigarraga, Antonio Salinas, Carmen Mendinueta, Aurora Navajas, Catherine D'Souza y Satbir Jassal (Editores). ■



**JON PELLEJERO ARAMENDIA**

LETRADO ASESOR DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE GIPUZKOA // GIPUZKOAKO SENDAGILEEN  
ELKARGOKO ABOKATU AHOLKULARIA



# El médico ante el ejercicio por cuenta propia

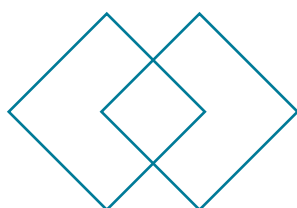


CENTRO ATLAS-CC

**U**na cuestión que se suele plantear habitualmente en el Colegio de Médicos, y en muchas ocasiones al inicio del nuevo curso, es qué deben hacer los médicos para ejercer en la actividad privada por cuenta propia.

Aunque se trata de una cuestión que hay que valorar en el caso concreto, vamos a tratar de dar unas ideas generales, sin olvidar que todos los médicos tienen a su disposición el Colegio de Médicos para plantear las cuestiones concretas de cada supuesto y para una valoración personalizada.

Dependiendo de cómo se vaya a ejercer la actividad existen diferentes cuestiones que se deben valorar y realizar, pero una de las primeras y más sencilla es el alta en Hacienda. Para realizar la actividad privada hay que darse de Alta en Hacienda, realizando la “Declaración Censal” (Decreto Foral 64/2008 de



**Egin beharreko  
lehen pausoa  
Ogasun bulegoan  
alta ematea izango  
litzateke**

15 de julio y Orden Foral 640/2008 de 15 de julio) y el alta en el “Impuesto de Actividades Económicas” (Decreto Foral 1/1993 de 20 de abril). Se trata de un trámite sencillo, siendo el IAE un impuesto en el que existe la obligación de darse de alta pero que no se abona cuando se tiene una cifra de negocios inferior al millón de euros (art. 5.1.c Decreto Foral 1/1993).

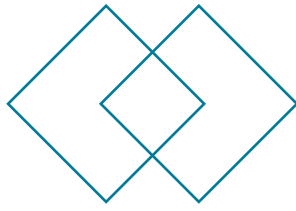
Otro de los trámites que se deben llevar a cabo para el ejercicio privado de la medicina, que ya es conocido por la gran mayoría, es contratar un Seguro de Responsabilidad Civil Profesional. Se trata de una obligación legal recogida en el artículo 46 de la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias y el art. 12.1 de la Ley 18/1997 (B.O.P.V. de fecha 11 de Diciembre) Reguladora del Ejercicio de las Profesiones Tituladas y los Colegios Profesionales. Finalmente los Estatutos del Colegio, en su artículo 57.1.h., también recogen



la obligación de tener Seguro de Responsabilidad Civil Profesional. Pero no sólo es una obligación legal, se debe considerar una necesidad y recomendación, ya que en la actualidad todo médico tiene el riesgo de sufrir una reclamación por responsabilidad civil, aunque sea infundada. El simple hecho de tener una reclamación judicial supone que se van a generar unos gastos, y el seguro cubre los mismos, y por supuesto, ante una posible condena el seguro hará frente al pago de la indemnización. Cuestión diferente será la cantidad que se asegure, siendo una cuestión que habrá que valorar en cada caso concreto.

En algunos casos el médico también deberá solicitar al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco la “Autorización para la Apertura de Consultas Médicas” (Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, Decreto 31/2006 de 21 de febrero, Decreto 248/1996 de 5 de noviembre, Decreto 76/2003 de 25 de marzo). Esta autorización hay que solicitarla cuando el médico procede a la apertura de una consulta médica en un local que no se dedica a la atención médica y sanitaria, es decir, que alquila/compra “un piso o local” y lo adecúa para prestar atención médica. Si alquila una consulta en una clínica privada o en un consultorio médico, normalmente serán dichos centros los que ya dispongan de la autorización del Departamento de Sanidad, por lo que no habrá que solicitar la misma.

Los trámites descritos hasta ahora pueden considerarse los más sencillos, aunque en algunos casos puede resultar engorroso la solicitud de la autorización al Departamento de Sanidad, puesto que supone presentar una memoria y un proyecto de la consulta con los planos de la misma, etc. Donde más dudas y problemas se suscitan es a la hora de darse de alta como autónomo y sobre la publicidad sanitaria. Estos dos apartados podrían dar lugar a un artículo por sí mismos, y aún más en el caso de la publicidad sanitaria estando en tramitación una nueva normativa en Euskadi.



**Gaur egun  
derrigorrezkoa da  
Erantzukizun Zibil  
Profesionaleko  
aseguru bat  
kontratatzea.**



**Jasotzen diren  
diru sarreren  
arabera  
nahitaezkoa da  
autonomo bezala  
ere alta ematea**

Los problemas suelen existir respecto a la publicidad sanitaria, puesto que en muchas ocasiones no se disponen de los permisos necesarios para realizar la publicidad.

En cuanto a la obligación de darse de alta como autónomo, se puede decir que suelen existir dudas en principio, y una vez aclaradas no suelen existir mayores problemas. Lo primero que hay que tener en cuenta son los ingresos que se obtienen por dicha actividad privada. Se interpreta que si por la actividad se obtiene una cantidad inferior al salario mínimo interprofesional, en su cómputo anual (que en el año 2015 son 9.080,40 €), no es obligatorio darse de alta como autónomo.

Pero si se superan dichos ingresos ya surge la posible obligación de darse de alta como autónomo. Decimos “posible” porque se debe tener en cuenta la fecha en la que se inició la actividad por primera vez, siendo la fecha clave el 10 de noviembre de 1995. Si se ha realizado una actividad privada por cuenta propia, con la correspondiente alta en la Declaración Fiscal y en el Impuesto de Actividades Económicas, con anterioridad al 10 de noviembre de 1995, no existe

la obligación de darse de alta como autónomo, ni en la Seguridad Social en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) ni en la Mutuality alternativa; todo ello según lo establecido en la Disposición Adicional 15ª de la Ley 30/1995 y la Ley 50/1998.

Pero cuando se inicia la actividad con posterioridad a dicha fecha existe la obligación de darse de alta como autónomo, que se podrá realizar en el RETA (en la Seguridad Social) o en Mutual Médica (Mutualidad alternativa, que es la única que existe para los médicos en la actualidad).

La duda que suele surgir en estos casos es dónde se procede al alta, en el RETA o en la MUTUA, siendo importante esta decisión puesto que en principio una vez que se ha optado por una no se puede modificar nunca. En algunos casos la respuesta es sencilla, pero en otros habrá que valorarla en el caso concreto. De forma general se podría decir que a quien ya está trabajando en Osakidetza o por cuenta ajena, cotizando a la seguridad social por el máximo, le interesaría cotizar en la mutua.

Finalmente nos encontramos con el problema de la publicidad, y decimos problema, puesto que es el gran desconocido de gran parte de los médicos que ejercen la actividad privada. Para anunciarse se necesita una autorización administrativa previa del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, por la que se dará el número de Registro de Publicidad Sanitaria (R.P.S.), Decreto 550/1991 y Ley 8/1997.

Lo más relevante es que en la solicitud se debe hacer constar el texto íntegro del mensaje publicitario que se va a emitir, ya sea en televisión, radio, prensa, internet, publlirreportaje, etc. , y a la hora de anunciarlo, se deberá hacer constar el número de R.P.S. correspondiente. ◆



1. [http://www.gisep.org/  
es\\_Legislacion.aspx](http://www.gisep.org/es_Legislacion.aspx)



**ENRIQUE ARRIOLA MANCHOLA**

GERIATRA. MATIA FUNDAZIOA. MIEMBRO DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA



# **FINES DE LA MEDICINA**

## **Las recomendaciones del Hasting Center**

### **Una práctica adecuada pasa por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella**

**E**l progreso de la ciencia médica y la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas y de sus deseos unido a la escasez de recursos para satisfacerlas han producido un cambio radical que obliga a pensar de nuevo si entendemos la medicina en sus justos términos.

Puesto que la condición humana es inseparable de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y, por fin, la muerte, una práctica médica adecuada a dicha condición ha de empezar por aceptar la finitud humana y enseñar o ayudar a vivir en ella.

Los fines tradicionales de la medicina han sido: 1.- Salvar y prolongar la vida. 2.- Promoción y la conservación de la salud. 3.- El alivio del dolor y el sufrimiento.

Sin embargo, los deseos de la población han provocado que surjan demandas fuera de estos fines tradicionales y los valores han cambiado. Hoy, por ejemplo, el mantenimiento de la vida ya no es un fin absoluto y está supeditado a los deseos y a las voluntades anticipadas de los pacientes (principio de au-

tonomía). Hay quien entiende que todo lo que hacen los médicos es medicina, sin embargo no toda intervención que requiera de conocimientos médicos con procedimientos biológicos e incluso invasivos, es medicina. Puede tratarse de una intervención biológica en el cuerpo humano que puede no esté dirigida a la terapéutica ni al diagnóstico de una enfermedad sino dirigida simplemente a la estética. No siempre que estemos utilizando medios biológicos en el cuerpo humano estamos practicando medicina.

No es como decía François Mitterrand cuando en el ocaso del marxismo le preguntaron qué era ahora el socialismo y él respondió: "SOCIALISMO ES TODO AQUELLO QUE HACEN LOS SOCIALISTAS". ¡¡Toma ya!! . Quiero entender que nunca deberíamos extrapolar esta cuestión. En medicina desde luego no es así y creo que debemos hacer entre todos y por consenso que nunca sea así. La medicina es un bien cultural que tiene que procurar ser fiel a sí misma y mantenerse como algo viable y sostenible (la salud no tiene precio pero sí coste), no dejarse arrastrar por un desarrollo tecnológico imparable. Su ám-

bito propio "es el bien del cuerpo y de la mente, y no el bien completo de la persona, al que sólo puede contribuir como un factor más, e incluso en ese caso, únicamente en determinados aspectos de la vida".

El desarrollo tecnológico y científico ha hecho que pacientes que hace 50 años habrían fallecido hoy no lo hacen: respiración asistida, cirugía cardíaca, diálisis..

Pero por otra parte la capacidad de la medicina para mantener con vida cuerpos gravemente enfermos, incluso cuando la salud se ha perdido irreversiblemente, puede provocar el dilema moral de si se debe o no suspender el tratamiento. La Medicina se verá inevitablemente influida por los valores y fines de las sociedades de las cuales forme parte, pero esto no implica que sus propios valores puedan o deban someterse a los mismos, la salida es el punto intermedio manteniéndolos en una tensión que resulte provechosa. La sociedad, por su parte, deberá decidir el tipo y la cantidad de recursos sociales y económicos que pondrá a disposición de la medicina. Para ello, habrá de determinar el peso relativo que se le

### **BIBLIOGRAFIA**

- 1.-** Los fines de la Medicina. El Establecimiento de unas nuevas Prioridades. Proyecto Internacional del Hasting Center. Ed. Fundación Grifols. Barcelona 2004. **2.-** Ross D. Lo Correcto y lo Bueno. Editorial Sígueme. Salamanca. 1994

otorgarán a las necesidades médicas y sanitarias frente a otros bienes esenciales, como los sistemas de vivienda, defensa, educación, empleo y transporte. Diferentes aspectos han sido desarrollados anteriormente en este trabajo que justifican una lectura de cuáles son los verdaderos objetivos de la medicina.

Para la realización de este trabajo inmenso The Hastings Center de Nueva York convocó a un equipo de estudiosos internacionales para el estudio de los fines de la Medicina. Además, recibió la asistencia de varios funcionarios de la Organización Mundial de la Salud, quienes pusieron a su disposición sus ideas y conocimientos expertos en

### **Tabla 1** **LOS FINES DE LA** **MEDICINA. THE HASTING** **CENTER**

- 1.- PREVENCIÓN** de la enfermedad y las lesiones, promoción y mantenimiento de la salud.
- 2.- ALIVIO DEL DOLOR** y el sufrimiento causado por la enfermedad.
- 3.- LA ASISTENCIA** y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
- 4.- LA EVITACIÓN** de la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

cuestiones de salud internacional. Los países participantes fueron: Alemania, Chile, China, Dinamarca, España, Estados Unidos, Holanda, Hungría, Indonesia, Italia, el Reino Unido, la República Checa, la República Eslovaca y Suecia. La conferencia de Estados Unidos, celebrada en Detroit en la primavera de 1995, sirvió para presentar el tema al público estadounidense. Con demasiada frecuencia parece darse por supuesto que los fines de la medicina son obvios y se sobreentienden, y que sólo es necesario aplicarlos con sensatez.

Una década ha pasado desde que el

### **Tabla 2** **EXCEPCIONALIDADES** **DE LA ATENCIÓN** **GERIÁTRICA**

- 1.-** La naturaleza endémica de sus enfermedades y al alargar la vida alargar la evolución de las enfermedades crónicas.
- 2.-** El llamativo número de personas mayores enfermas.
- 3.-** La necesidad de realizar elecciones morales difíciles en la asistencia en particular en personas incompetentes y gravemente incapacitadas.

Proyecto Internacional del Hasting Center reuniera en Nueva York a un nutrido grupo de expertos para reflexionar sobre los fines de la medicina actual (1). Ver TABLA 1.

En la toma de decisiones debe contar la finalidad y los objetivos que nos planteamos con los pacientes y con los fines de la medicina, pero de forma genérica desgraciadamente nos hemos centrado quizás en exceso en los medios. La atención de nuestros mayores tiene tres excepcionalidades (2) Ver TABLA 2. Una vez definen los fines legítimos de la medicina describen las cuestiones que no son medicina aunque requieran conocimientos médico/biológicos. Los definen como fines erróneos de forma genérica, unos serán inaceptables (moralmente condenables), otros aceptables y otros aceptables en determinadas circunstancias. Ver TABLA 3

Esta realidad fuerza que tengamos que plantearnos en el futuro cómo vamos a priorizar los gastos, en este momento no nos decidimos a expresar de forma clara cómo vamos a realizar el reparto de recursos.

Todavía estamos en la fase de “es que lo médicos gastan mucho”. De acuerdo, quizás los médicos debamos dejar de decidir “en solitario” con los enfermos y familiares y que la sociedad o sus representantes decidan esta cuestión y definan los límites éticos y posibles económicamente de la atención sociosanitaria y de otros aspectos. Las decisiones serán difíciles y costosas para todos pero aclararán la situación y tranquilizarán a los profesionales.

En el futuro la medicina debería aspirar a:

- Ser honorable y dirigir su propia vida profesional (pero receptiva con la sociedad).
- Ser moderada y prudente (entendiendo la finitud de los seres humanos).
- Ser asequible y económicamente sostenible (adaptándose a las diferentes realidades económicas).
- Ser socialmente sensible y pluralista (en relación con diferentes culturas y en su interpretación de la salud y la enfermedad).
- Ser justa y equitativa.
- Respetar las opciones y la dignidad de las personas. ♦

### **Tabla 3** **LOS FINES ERRONEOS**

**INACEPTABLES:** • La tortura • Causar dolor • Provocar miedo para controlar • Participación en la pena de muerte • Investigación en humanos sin consentimiento • Eutanasia y suicidio asistido (en debate en algunas sociedades) **ACEPTABLES:** • Cirugía Estética (con excepciones)\* • Medicina Forense • Técnicas de planificación familiar (¡ojo! intervienen las creencias/valores) • Reconocimiento psiquiátrico para conocer responsabilidad penal. • Técnicas de ADN y fluidos corporales para identificación \*\* • Drogas para mejorar la naturaleza humana y sus rendimientos (con límites)\*\*\*.

**Notas:** \* Una cosa es la cirugía de reconstrucción y de malformaciones y otra la extravagancia de determinados clientes. \*\* Podemos conocer si un embrión no es viable por una enfermedad genética a través de los fluidos. Además se puede saber el sexo del feto para interrumpir un embarazo. \*\*\*No hay consenso todavía para definir lo que se consideraría una mejora. En determinadas ocasiones (por ej. en atletas) es ilegal.





# SER O ~~NO~~ SER

El sufrimiento ajeno no admite dilemas.  
**Ser humano salva vidas.**

**Envía SER HUMANO al 28033**  
Juntos salvaremos más vidas

Donativo íntegro de 1,20 € a Médicos Sin Fronteras (coste máximo 1,45 €)  
info@sitmobile.com - 902 116 106



# Comunicación

## Komunikazioa

**Difundir la actividad diaria** del Colegio, dar a conocer la utilidad del mismo a los colegiados y cuidar de la imagen y del prestigio de la profesión médica en Gipuzkoa. Esos son los principales objetivos del área de Comunicación del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa encargada, por ejemplo, de la edición y confección de esta revista *Medikuen Ahotsa*, así como del resto de publicaciones y comunicaciones que hace la institución tanto a nivel interno como externo.

Desde julio de 2014 se ha puesto en marcha un Plan de Comunicación con el que se está tratando de renovar la imagen del Colegio, de multiplicar la difusión de todas sus actividades, y de llegar al colegiado que hasta ahora se sentía lejos de la institución. Además de la recuperación de esta propia revista, desde septiembre de 2014 el área de Comunicación ha puesto en marcha un servicio diario de información al colegiado —Elkargoaren begirada. El vistazo del Colegio— que pretende dar a los miembros de este colectivo una visión general de la información sanitaria de nuestro territorio, así como informar de todas y cada una de las novedades del Colegio en materia formativa o de cualquier otro ámbito. La aceptación que ha tenido este servicio ha permitido un considerable aumento de las visitas a la web colegial, que registra un 75% más de entradas que en la etapa anterior.

Otra de las nuevas publicaciones del Colegio es el Boletín mensual que también elabora esta misma área de Comunicación y que recoge, en formato digital, las principales novedades de la institución en materia de acuerdos y convenios, así como los principales actos formativos o de ocio que se organizan en la sede colegial.

Una más de las actividades de este área es la permanente actualización de la web colegial. Desde este mes de septiembre se han reorganizado todos los contenidos de la página para que ésta resulte más accesible y, además, se ha rediseñado para convertirla en más atractiva y manejable para todos los colegiados. Para toda esa renovación el área de Comunicación ha contado con el trabajo de la empresa informática Sectoro4.

A la remodelación de la web le ha acompañado, también, un pequeño cambio en la imagen corporativa del



**2014ko uztailetik  
Komunikazio Plan bat jarri  
da martxan Elkargoaren  
irudia berritu nahian**



**Helburuak Elkargoan egiten  
diren ekintzak zabaltzea  
eta elkargokideei instituzioa  
hurbiltzea dira**

Colegio. La diseñadora Susana Millán, con amplia experiencia en publicaciones a nivel estatal, ha sido la encargada de modificar la tipografía más representativa del Colegio y de su inserción en los distintos soportes. Este cambio de imagen corporativa se irá trasladando poco a poco también a la propia sede colegial.

Con el propósito de que el Colegio se convierta en un referente para los medios de comunicación del territorio, tratando de garantizar la veracidad de la información médica que reciben los ciudadanos, el responsable de comunicación, cargo que en los últimos meses ejerce el periodista Iñigo Aduriz, se encarga de las relaciones con la prensa y de atender sus peticiones. También gestiona las redes sociales y es el responsable de la imagen y la reputación del Colegio tanto a nivel interno como externo, así como en la red. ♦

### Aldizkaria, buletinak, eta webgunea



Elkargoaren eguneroko lana zabaltzea, elkargokideei gure instituzioan egiten diren ekintzak jakinaraztea, eta Gipuzkoako medikuntza-lanbidearen irudia eta prestigioa zaintzea dira Komunikazio sailko helburu nagusiak. Arlo honek 'Medikuen Ahotsa' aldizkari hau egiten du, eta baita Buletinak eta webguneko edukierak ere.

EN PORTADA // AZALEKO GAIA



# ENFERMEDADES RARAS

**La visión de  
pacientes y médicos**

**Pazienteen eta  
medikuen ikuspuntua**



Miembros de FEDER en Euskadi frente a su sede en Bilbao. A la derecha, la delegada Juana María Sáenz. I.A.



**Es la traducción** literal de las *rare diseases* inglesas. Pero las Enfermedades Raras son, en realidad, “enfermedades poco frecuentes”. Suelen afectar a menos de cinco pacientes de cada 10.000 habitantes y tienen asociadas otras características: “suelen ser crónicas, degenerativas o invalidantes”. Con esas palabras se expresa Juana María Sáenz, delegada de la Federación Estatal de Enfermedades Raras (FEDER) en Euskadi, donde existen unas 40.000 personas afectadas directamente por estas patologías. El movimiento reivindicativo en torno a estas enfermedades nació en Europa en el siglo XX, “para exigir que no se retiraran los llamados medicamentos huérfanos, que son aquellos para los que hay poca demanda y, por tanto, no son rentables para las empresas farmacéuticas”, explica Sáenz. Hoy en día la Ley del Medicamento establece una serie de protocolos para solicitar los fármacos, si bien los afectados por esas miles de enfermedades —se calcula que son en torno a 7.000 patologías distintas, las catalogadas como raras— asociadas en un gran porcentaje a la genética, se encuentran en muchas ocasiones con que son muy caros o difíciles de encontrar.

Los problemas de estas personas van más allá y su odisea comienza generalmente en las consultas de los médicos. “El primer escollo” para los afectados por estas enfermedades y para sus familiares es encontrar un diagnóstico. “Los casos más difíciles son aquellos a los que les dicen que primero tienen una cosa, luego otra, el tratamiento no funciona, etc. Ahí empieza la angustia”, apunta la delegada en el País Vasco de la Federación que engloba a unas 200 asociaciones de todo el Estado. “Hay familias que entienden cuál es su situación, pero hay otras que son muy impacientes, que tienen mucha angustia y que necesitan de un refuerzo emocional para aprender a soportar ese dolor que es tener un familiar en esas condiciones. La fase de desesperación es muy complicada, porque todo el mundo la percibe, incluso el enfermo, y se transmite al propio médico”.

Las asociaciones de enfermos y los propios profesionales médicos que tratan habitualmente con ellos insisten: “Tiene que haber confianza entre el médico y el paciente”. “Hay médicos que escuchan al paciente y a su familia, y que no les importa conjugar lo que la familia les cuenta con sus conocimientos científicos; pero hay otros que se colocan detrás de una barrera, no sé si es por inseguridad o porque piensan que les van a hacer de menos, y que son menos humildes y no escuchan lo suficiente. Muchas veces existen conflictos con médicos de urgencias, porque intentan hacer las cosas bien pero no escuchan a la familia que conoce perfectamente lo que hay que hacer”, insiste Sáenz.

“Lo que peor he llevado es que los médicos me trataban como una loca”, lamenta, por su parte, Sara Iglesias. Ella

es la madre de Inés —de seis años— y de Raúl —de cuatro—, ambos afectados por enfermedades raras aunque aún no tienen un diagnóstico concreto. Acudió por primera vez a FEDER del País Vasco después de que a su hija le diagnosticaran una espina bífida oculta y no se quedara satisfecha. “Empecé a investigar porque Inés tenía también un tic nervioso y volteaba los ojos, empezó a tener epilepsia, problemas en el desarrollo cognitivo y del lenguaje, y la espina bífida no da ese tipo de retraso”, asegura. Ahora lleva tres años de profesional en profesional tratando de conocer exactamente qué les ocurre a sus hijos, si bien ya ha conocido que ambos tienen una modificación genética gracias a una prueba que hizo a través de servicios privados. “Me he sentido incomprendida”, insiste, “y por eso creo que es importante que los médicos deriven y envíen a este tipo de pacientes a especialistas”.

En la actualidad los médicos guipuzcoanos, como los del resto de Euskadi, ya tienen a dónde acudir cuando a sus consultas llegan pacientes cuyas características o afectación multiorgánica pueden hacerles pensar que pueden padecer una de estas enfermedades raras. El Consejo Asesor de Enfermedades Raras del País Vasco creado por el Departamento de Salud del Gobierno vasco en 2011, presidido por el viceconsejero, Guillermo Viñegra, y compuesto por profesionales sanitarios y representantes de enfermos, nombró a principios de este año distintos médicos de referencia para el abordaje de estas patologías en cada uno de los cuatro nodos hospitalarios más importantes del País Vasco. En Gipuzkoa el nodo es la OSI Donostialdea y las médicos de referencia son la internista Dra. Cristina Aguirre, para los pacientes adultos, y la pediatra Dra. Leonor Arranz, para los niños.

### Las distintas acciones

“La designación de estos médicos de referencia en cada uno de esos nodos permite que tanto los profesionales que trabajan en el hospital como los que lo hacen en atención primaria puedan acudir a ellos y consultarles”, explica el Dr. Jon Letona, coordinador de esos nodos asistenciales y Jefe de Servicio de Evaluación y Calidad Asistencial de Osakidetza. “Enfermedades raras se ven y se han visto siempre. A los médicos nos forman también en ese tipo de enfermedades pero debemos dedicarles una mayor atención porque en la práctica surgen diversos problemas como el retraso en el diagnóstico. El Consejo Asesor antes mencionado hizo un análisis preliminar nada más nacer hace cuatro años y priorizó una serie de acciones. Por un lado, generar un registro de enfermedades raras “para poder cuantificar qué hacemos y cómo lo hacemos”; por otro, desde el punto de vista asistencial, se puso en marcha el sistema de los médicos de referencia; y finalmente, desde el aspecto más socio-sanitario, “estamos tratando de conectar a los pacientes con los recursos de apoyo que puedan tener a su disposi-



**El Hospital U. Donostia es el centro de referencia para las enfermedades raras en Gipuzkoa.** I. A.

### **«Lehen oztopoa» diagnostikoa lortzeko zailtasuna da**

Ingeleseko rare diseases izenaren hitzez hitzeko itzulpena da. Baina gaixotasun arraroak ezohikoak dira, egia esan. 10.000 biztanleen artean 5 baino gaixo gutxiago dituztenak dira, hain zuzen ere. Pazienteentzako “lehen oztopoa” diagnostiko bat lortzeko zailtasuna izaten da Juana María Sáenz, Gaixotasun Arraroen Estatuko Federazioko (FEDER) Euskadiko ordezkariak dioenez. “Okerrena medikuek eroa banintz bezala tratatu izana izan da”, kexu da Sara Iglesias, gaixotasun arraroak dituzten bi haurren ama. Oraindik ez du lortu haien gaixotasunentzako diagnostiko zehatz bat, eta medikuz mediku dabil erantzun eske. Gipuzkoan, Euskal Autonomia Erkidego osoan bezala, medikuek badute nora jo beren pazienteek gaixotasun arraro bat daukatela uste badute. Urte hasieratik Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak osatutako Gaixotasun Arraroen inguruko Kontseilu Aholkulariak patologia hauek tratatzeko erreferentzia-medikuak izendatu ditu Euskadiko lau ospitale nagusietan. Gipuzkoan Donostialdeko ESla da erreferentzia eta erreferentziako medikuak Cristina Aguirre internista —helduentzako— eta Leonor Arranz pediatra dira. Kontseilu Aholkularia Osakidetza mailan partekatu ahal izango den gaixotasun arraroen erregistro bat prestatzen ari da baita ere.

ción”, bien sea por parte de la administración o de cualquier otra organización.

Es precisamente a esta atención sociosanitaria a la que más tiempo dedica FEDER. Los pacientes con enfermedades raras o en busca de diagnóstico acuden a la Federación para conseguir información y ayuda. En Gipuzkoa existe desde hace unos pocos meses una delegación que tiene al frente a la trabajadora social Irati Oteiza, y con sede en Donostia, en el edificio Txara I del Paseo de Zarategi, 10. “Estamos impulsando el trabajo en Gipuzkoa y ya estamos recibiendo las primeras llamadas pidiendo información sobre estas enfermedades, sobre las investigaciones que se están haciendo y sobre los avances en marcha”, asegura Oteiza. Su labor, insiste, es la de “escuchar y comprender”, para después prestar apoyo o buscar soluciones.

Además de FEDER, en Gipuzkoa existe Gure Nahia Elkartasuna —Asociación en favor de niñ@s con enfermedades raras de Gipuzkoa—, una entidad de iniciativa social y sin ánimo de lucro, constituida en 2012 fruto del impulso realizado por los padres de Nahia de Cos Cuesta —niña afectada por la enfermedad de Batten— y un grupo voluntario de profesionales que buscaban dar solución a las necesidades que presentaba esta misma niña. Esta organización ofrece información a los afectados por estas patologías a través de una dirección de correo electrónico [info@gurenahiaelkartasuna.com](mailto:info@gurenahiaelkartasuna.com).

FEDER también facilita un Servicio de Información y Orientación sobre Enfermedades Raras, con un único teléfono para todo el Estado (918 221 725) y una dirección común de correo electrónico para todas sus delegaciones ([sio@enfermedades-raras.com](mailto:sio@enfermedades-raras.com)). En Euskadi la

trabajadora social encargada de atender esas llamadas es Aida Herranz: “Escuchamos a la gente y buscamos por dónde orientarles. Normalmente las preguntas que hacen suelen ser ‘¿Qué es esta enfermedad?’, o ‘¿Qué me va a pasar?’, ‘¿Va a haber algún médico que me atienda?’. En un primer momento lo que les pedimos es que cuenten todo lo que están sintiendo para ver qué intermediación podemos hacer. Pero siempre les pedimos que, si pueden, se acerquen hasta alguna de nuestras sedes, lo que les ayuda a no sentirles solos”.

La atención psicológica también se presta desde la propia Federación. Olaia Martín, la psicóloga que trabaja en Euskadi y en Gipuzkoa, insiste en que los afectados por las enfermedades raras van más allá de la cifra oficial, “porque hay que sumar el entorno familiar que también se ve afectado de alguna manera”. Ella calcula que, por ello, en Euskadi existen unas 120.000 o 150.000 personas afectadas directa o indirectamente. Martín hace especial hincapié en la necesidad de que los médicos se den cuenta de “la angustia que tienen las familias por saber qué les pasa a sus familiares”, y recuerda que “la media de diagnóstico en este tipo de enfermedades está entre cinco y 10 años”. Respecto a su labor diaria la psicóloga reconoce que se encuentra con “situaciones de todo tipo” y explica que atiende tanto a las personas directamente afectadas como a las familias. “Les acompañamos en el proceso que supone la enfermedad y vemos cómo han ido adaptándose para que todas las emociones que van surgiendo no sean patológicas”, afirma. A su consulta llegan personas con “muchos estados de ansiedad, de no saber a dónde acudir”, y por eso destaca, al margen del apoyo individual, también el de grupo. “Ver que no eres tú sólo al que le está pasando es muy liberador”, remacha.

### La importancia de la formación

Todas las personas consultadas insisten en la importancia de la formación de los médicos en estas enfermedades. “La formación especializada y la creación de equipos multidisciplinares es esencial”, recuerda Juana María Sáenz. Explica que en la Facultad de Medicina de Valencia ya hay una asignatura optativa sobre enfermedades raras y que la Universidad de Sevilla ya impulsa un máster sobre el tema. La propia FEDER ha organizado recientemente un temario para auxiliares en Enfermería. Y también ha creado becas de investigación, básica para el desarrollo de tratamientos y futuros diagnósticos. “La investigación requiere de recursos, pero investigar no quiere decir que haya resultados. Por eso son tan importantes las asociaciones, que se tienen que implicar en este asunto igual que los laboratorios y las instituciones”, apunta. “Como madre yo haría lo indecible si hay alguna remota posibilidad de conseguir algo de esperanza”, añade Sáenz, cuya hija afectada por una de estas enfermedades motivó su implicación y su lucha.



## «Okerrena medikuek eroa banintz bezala tratatu izan da», kexu da Sara Iglesias, bi pazienteen ama



## Patologia hauek tratatzeko erreferentzi-medikuak izendatu dira Euskadiko lau ospitale nagusietan

Por el momento ya se ha descubierto que “prácticamente el 80% de las enfermedades raras tienen una base genética”. Lo explica la Dra. María García Barcina, representante de la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza en el Consejo Asesor de Enfermedades Raras y Jefa de Servicio de la Unidad de Genética Clínica del Hospital de Basurto. Ella reconoce que “gran parte” de su tarea como genetista está dedicada a las enfermedades raras y, de hecho, ha estado participando en grupos de enfermedades raras a nivel estatal. García Barcina recalca que la “principal acción” que se está poniendo en marcha desde el Consejo Asesor es la puesta en marcha de ese registro de enfermedades raras a nivel de Osakidetza. “Con orgullo podemos decir que tenemos un sistema que va a empezar a utilizarse próximamente y que va a estar ligado a la historia clínica”, añade Jon Letona. Este registro permitirá que todos los médicos que accedan al sistema puedan conocer los protocolos a seguir o los tratamientos asignados.

A pesar de las novedades que se están aplicando, como el propio registro o el nombramiento de los médicos de referencia antes mencionados, García Barcina quiere destacar que “la asistencia” que recibían hasta ahora los pacientes con enfermedades raras “no era mala”, si bien “estaba muy relacionada con la implicación individual de cada médico”. “Lo que se ha propuesto el Consejo Asesor es organizar, visibilizar y que todos los pacientes tengan unos circuitos comunes y una asistencia homogénea”. Además de todos los pasos descritos “se ha conformado también un grupo especialista en enfermedades raras para que pueda asesorar a la Comisión Corporativa de Farmacia de Osakidetza, de manera que todo el mundo que necesite un medicamento fuera de la ficha técnica pueda acceder a él. ♦



### MÁS INFORMACIÓN // INFORMAZIO GEHIAGO

[www.federpaisvasco.org](http://www.federpaisvasco.org)

Tuiteda @colegioelkargoa

Comparte [facebook.com/ColegioElkargoa](https://facebook.com/ColegioElkargoa)



# El debate // Eztabaida



# Secreto profesional,

**IÑAKI AYESA**

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE GIPUZKOA



## Razonable «por el bien de terceras personas»

**E**l secreto médico ha estado presente en la Medicina desde sus comienzos. Figura en el Juramento Hipocrático: “Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré como secreto inviolable”. Pero en la actividad médica diaria no siempre se respeta la intimidad de los enfermos. Vivimos en una sociedad que por un lado trivializa el respeto a la privacidad (sometida en ocasiones al “sagrado” derecho a la información) y en la que por otro, y como leí en una ocasión al escritor valenciano Manuel Vicent, somos muy dados a hablar en público sobre nuestras “pústulas”. De algún modo forma parte de nuestra “cultura”, y no nos resulta extraño comentar, decir, indagar... acerca de las enfermedades propias y ajenas.

La INTIMIDAD (de intimus = interior = lo que ha sido reservado libremente por la persona frente a la posible intromisión de otros), es un derecho fundamental del individuo, recogido en distintas declaraciones internacionales.

Del derecho a la intimidad surge la CONFIDENCIALIDAD, entendiéndose por confidencial todo lo que se dice en confianza, en base a la cual contamos a alguien hechos que no contaríamos a otro, ni menos públicamente. Y este atributo de confianza que se encuentra en la base de la relación médico-enfermo, obliga al SECRETO MEDICO de acuerdo con el cual la información personal de un enfermo le pertenece a éste, es confiada al profesional y será celosamente guardada. En la práctica diaria se dan situaciones en las que podríamos faltar a este compromiso: informando innecesariamente a familiares o amigos, facilitando datos médicos a la empresa para la que trabaja, a los medios de comunicación en caso de personas conocidas, accidentes... a falta del consentimiento del paciente. Pero también hay situaciones en las que el derecho del enfermo entra en conflicto con el deber de evitar daños a otras personas (incluso al propio paciente). El derecho a la confidencialidad o secreto médico no es un bien absoluto.

Hay 5 razones clásicas para poder obviar dicho secreto:

**CARLOS PELLEJERO**

ASESOR JURÍDICO DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE GIPUZKOA



## Sólo cuando exista un peligro real y posible

**P**or todos es conocida la obligación del Secreto Profesional, recogida por la Constitución (arts. 18.1 y 24.2), leyes ordinarias (ej.; art. 7 Ley 41/2002 y art. 10 Ley 14/1986), Estatutos del Colegio de Médicos (art. 83 como infracción) y Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (art. 64 como falta disciplinaria), y el Código Deontológico (Capítulo V). Cuando un Juez solicita la Historia Clínica o se cita al médico a declarar, al ser por orden judicial no existen mayores problemas, puesto que al final se trata de una decisión judicial. El problema es cuando no existe una autoridad judicial que lo ordene y es el médico quien por iniciativa propia debe comunicar la situación de su paciente. Pero la obligación del Secreto Profesional y las consecuencias de su vulneración también se recogen en el Código Penal, en concreto en el artículo 199.2 que establece:

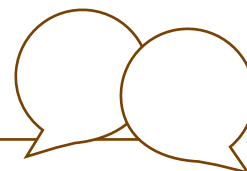
**- Artículo 199. [Conocimiento por razón de su oficio o relaciones laborales]**

1. *El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.*
2. *El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.*

Por lo que atendiendo a toda la normativa citada puede surgir la duda sobre si el médico debe informar a un tercero, normalmente a la autoridad, sobre la situación del paciente. Los motivos pueden ser diversos, pero a todos nos viene a la cabeza la todavía reciente y desgraciada situación del avión de Germanwings.

Es una cuestión a la que es imposible dar una respuesta general, porque más que nunca se debe estar al caso con-

# ¿pueden los médicos comunicarlo?



- 1.- Por el bien del propio paciente (informar a otros profesionales sanitarios que colaboren en su manejo...)
- 2.- Con el consentimiento del paciente (informar a familiares, cuidadores,...)
- 3.- Por razones de bien común (epidemias, requerimientos judiciales,...)
- 4.- Por el bien de terceras personas (que pueden correr riesgo de contagio,...)
- 5.- Por incapacidad del paciente (menores, deterioro cognitivo severo,...)

En el recuerdo reciente está el caso del empleado A.L. de la compañía Germanwings que al parecer estrelló voluntariamente el avión que pilotaba llevando a la muerte a 149 personas cuando llevaba padeciendo un trastorno depresivo cerca de 6 años, con pleno conocimiento del mismo por parte del médico que lo trataba, que además había firmado recientemente su baja laboral. Parece que este último dato era desconocido por la empresa, ya que el trabajador no lo había comunicado.



## Badaude sekretu medikoa alde batera uzteko arrazoiak

La legislación española recogida en Real Decreto 625/2014 (en este caso similar a la alemana), establece que el facultativo expide los partes médicos de baja y entrega al trabajador dos copias, una para el propio trabajador y otra para la empresa (que el interesado deberá entregar en el plazo de 3 días). Es decir, no lo entrega el médico de forma directa a la empresa.

La posibilidad de que la comunicación fuese de forma directa plantea dos problemas: El primero de índole administrativa o de gestión (establecer un sistema de comunicación centro de salud-empresa del paciente), pues a pesar de que las tecnologías de la información y comunicación parecen poderlo todo, podría resultar complejo. El segundo de tipo ético-legal referido a la confidencialidad/secreto médico, que es el que nos interpela directamente. Y este tal vez podría quedar a salvo si lo que se informa es la baja laboral y no el proceso concreto que justifica dicha baja. En actividades en las que la merma de facultades del trabajador pueda poner en riesgo la vida o integridad de terceros (especialmente en el sector de transporte de viajeros), parecería razonable esta limitación del derecho a la confidencialidad “por el bien de terceras personas”, llevándonos al subrayado del juramento hipocrático que obliga a callar y guardar secreto si es cosa que no debe ser divulgada. ♦

creto. La justificación para no tener que cumplir con el secreto profesional y no cometer la citada infracción penal, la encontramos en el artículo 20.5 del Código Penal:

### - Artículo 20. [Eximentes]

*Están exentos de responsabilidad criminal: (...)*

*5º El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos: Primero. Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.*

*Segundo. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto.*

*Tercero. Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.*

Esto es similar a lo recogido por el art. 30.1.c del Código Deontológico que establece que podrá revelarlo:

*Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.*

*Todo esto supone que se podrá comunicar el secreto y sin que suponga una infracción, cuando exista un estado de necesidad para evitar un mal mayor al que se va a cometer al infringir el secreto profesional, ya sea al paciente o a terceros.*

Se trata de una cuestión que según la literatura jurídica ha tenido lugar sobre todo en el ámbito psiquiátrico, pero para que se encuentre justificada esta vulneración se debería tratar de un peligro real y posible. Esto habría que valorarlo en cada caso y en función de dicha valoración, actuar en consecuencia y comunicarlo a las autoridades. No se debe olvidar que, tal y como establece el artículo 30.1 del Código Deontológico, el médico podrá revelar el secreto con el asesoramiento del Colegio, por lo que no será una decisión que se tome de forma unilateral, sino que se realizará un estudio y valoración del caso para determinar si se encuentra justificada esa vulneración del secreto profesional. A modo de resumen se puede decir que en algunos casos está justificado que el médico revele el secreto profesional, ya que existe un amparo legal en los códigos penal y deontológico. Además, siempre puede acudir al Colegio de Médicos con el fin de tomar una decisión —tal y como se establece en el Código Deontológico— para posteriormente comunicarlo a la autoridad competente. ♦



## Justifikatuta egongo litzateke arriskua dagoenean

# LA NUEVA WEB



## NO ES SÓLO UN LAVADO DE CARA

**La página web del Colegio ha sido rediseñada y reorganizada para resultar más cercana y accesible.**

**U**n nuevo diseño más funcional, una organización de contenidos más accesible, y más servicios online. Esas son las tres principales características de la renovada web del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa ([www.gisep.org](http://www.gisep.org)) que echa a andar esta semana con el objetivo de resultar más cercana y útil tanto para los colegiados como para el resto de los ciudadanos guipuzcoanos. Tanto el trabajo de rediseño como el de la programación lo han realizado los profesionales de la empresa Sector 04, que han estado coordinados con el área de Comunicación del Colegio.

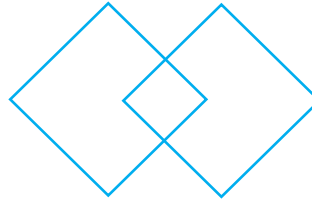


La reorganización de los contenidos tiene como fin facilitar el acceso a los mismos jerarquizándolos y ordenándolos en función del interés que pueden tener para los usuarios de la web. A las ya habituales secciones de 'El Colegio' y 'La Fundación', que contienen información de interés y descripciones de ambas instituciones y de sus miembros, se han sumado la de Servicios, que se ha dividido entre 'Soy Ciudadano' y 'Soy Médico'. La primera, dedicada a reflejar los distintos servicios para la ciudadanía que ofrece el Colegio, agrupa noticias relacionadas con el ámbito sanitario, el listado de todos los médicos de Gipuzkoa con sus correspondientes números de colegiados, un buzón abierto a sugerencias y reclamaciones, así como un directorio de organizaciones y asociaciones sanitarias.

'Soy Médico', sección abierta a todos los usuarios pero dedicada a los profesionales médicos, describe y orienta acerca de todos los servicios y ventajas que ofrece el Colegio a sus colegiados y, además, facilita documentos de interés para todos los facultativos, recoge las ofertas de empleo que nos hacen llegar distintas empresas, e informa acerca de cómo colegiarse o darse de baja.

### Comprar recetas y pedir citas de asesoría

Pero la principal novedad de la nueva web es la sección 'Mi Colegio', área privada de la página que incorpora una Oficina Virtual para que los colegiados puedan realizar todas sus gestiones desde donde quieran. Desde ya, todos los usuarios que dispongan de clave de acceso a la web colegial podrán solicitar y comprar recetas privadas y escoger si quieren recogerlas en el Colegio o que se les envíen a sus domicilios. También podrán solicitar certificados de forma automática y pedir citas con los asesores jurídicos pudiendo escoger el horario de las mismas a través de la propia web. La Oficina Virtual incorpora, asimismo, la posibilidad de consultar todos los cobros realizados por el Colegio en función de distintos conceptos, y de descargar todas las facturas. En las próximas semanas, además, los colegiados podrán inscribirse en



**Diseinu erabilgarriago bat, edukien antolaketa argiagoa eta online zerbitzu gehiago. Hauek dira webgune berriaren ezaugarri nagusiak**

**Elkargokideek errezeta pribatuak online eskatu ahal izango dituzte, eta baita aholkulari juridikoekin hitzorduak aukeratu ere**

los distintos cursos de la Fundación del Colegio directamente a través de la web, pudiendo conocer en tiempo real las plazas libres que quedan en cada uno de ellos. También podrán reservar directamente las salas disponibles en nuestras instalaciones.

### La formación continuada

La formación continuada sigue siendo uno de los principales objetivos del Colegio y por eso se dedicará el 'slide' —elemento dinámico de la parte derecha de la pantalla principal— a publicitar los cursos cuyos plazos de inscripción estén abiertos en cada momento. También se destacarán servicios tan importantes para los médicos como el PAIME-Sendagile Artean o la asesoría ante las agresiones que puedan producirse en el ámbito laboral. Además del habitual bloque de noticias se mantiene un importante grupo de accesos directos a los principales servicios del Colegio y un calendario para consultar los actos más importantes de nuestra institución. Otra novedad de la nueva web es la sección de Alertas Sanitarias ubicada en la parte más inferior de la página principal.

El Colegio se ha unido en las últimas semanas a nuevas redes sociales como Flickr y LinkedIn, cuyos accesos directos se encuentran ya incorporados en la web en la parte superior derecha, al lado de la pestaña 'Contacto' en la que se pueden consultar el teléfono, la ubicación y demás datos estratégicos de la institución. ♦

### Elkargoaren webguneak berrantolaketa bat izan du



Diseinu erabilgarriago bat, edukien antolaketa argiagoa eta online zerbitzu gehiago. Hauek dira Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialetako webgune berriko ([www.gisep.eus](http://www.gisep.eus)) ezaugarri nagusiak. Berritasun nagusia 'Nire Elkargoa' atala da, Bulego Birtuala bere gain hartzen duena. Pasahitza daukaten elkargokide guztiek errezeta pribatuak online eskatu ahal izango dituzte. Gainera Elkargoko aholkulari juridikoekin hitzorduak ere eskatu ahal izango dituzte.



**ARGIBIDE GEHIAGO NAHI IZANEZ GERO.**

<http://www.gisep.eus>



# Elkargoak kooperaziorako diru-laguntzak eman ditu

**Gipuzkoako** Sendagileen Elkargo Ofizialeko Fundazioak kooperazioari emandako aurreneko laguntzak erabaki ditu, aurtengo deialdian, Mugarik gabeko Paliatiboak, Denok Osasunaren Alde (DOA), La Valmuza Fundazioak eta AMSOGRA erakundeak aurkeztutako proiektuentzat, hain zuzen ere. Elkargoko Kooperazio Bulegoaren inaugurazioa dela medio gure erakundeak martxan jarritako aurreneko deialdian irabazle gertatu diren antolamendu horietan Gipuzkoako hainbat elkargokide ari dira lanean. Guztira 11 izan dira diru-laguntza horietarako hautagai moduan aurkeztutako proiektuak.

Laguntza horiei esker, Mugarik gabeko Paliatiboak erakundeak mediku paliatibista bat bidali ahal izan-

go du Yaoundé-ko ospitale batera (Kamerungo herrialdera), bertako pazienteei zainketa aringarriak eskainiz arituko dena. Denok Osasunaren Alde – Todos por la Salud (DOA) taldearen lana, bere aldetik, Guatemalan osasun-sistema sendotzera eta lankidetzako programa bat indartzera bideratuko da batez ere. Diruz lagundutako beste programa batek, La Valmuza Fundazioak aurkeztutakoak, hain zuzen ere, osasuneko eragile komunitarioak edo osasun-sustatzaileak trebatzeko modua emango du Maputon (Mozambiken). AMSOGRAk, Elkargoaren laguntzari esker material osagarri ugari eskuratu ahal izango ditu Nicaraguan, Jalapa-ko Nicolasa Cruz eta Ocotál-eko Alfonso Moncada ospitaleetako larrialdi-zerbitzuetan eskaintzen den arreta hobetzeko. ♦

## UNIDAD DE VÉRTIGO Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

**DR. FERMÍN MATELLANES**  
OTORRINOLARINGOLOGÍA

- ◆ POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS
- ◆ POTENCIALES EVOCADOS MIOGÉNICOS (VEMPS CERVICALES Y OCULARES)
- ◆ OTOEMISIONES ACÚSTICAS
- ◆ CRANEOCORPOGRAFÍA DE CLAUSSEN
- ◆ VIDEONISTAGMOGRAFÍA COMPUTERIZADA
- ◆ HEAD IMPULSE TEST (HIT)

### POSTUROGRAFÍA:

- ◆ POSTUROGRAFÍA DINÁMICA SWAY-STAR
- ◆ POSTUROGRAFÍA DINÁMICA SISTEMA BRU
- ◆ TRATAMIENTO: REHABILITACIÓN VESTIBULAR CON POSTURÓGRAFO (ESTIMULACIÓN REALIDAD VIRTUAL 3D)

HOSPITAL QUIRÓN DONOSTIA  
Calle Alkolea, 7  
20012 SAN SEBASTIÁN

**943 32 26 46**  
**691 77 54 58**

RPS - 116/15

CENTRO CLÍNICO DONOSTIA  
Urbietta, 39 - 1ª Izda.  
20008 SAN SEBASTIÁN



## AULA MÈDICA SENIOR/ /SENIOR MEDIKUNTZAKO IKASGELA



**URRIAK 21 //**  
**21 DE OCTUBRE** –  
**‘ADICCIÓN A LAS**  
**REDES SOCIALES**  
**Y A LAS NUEVAS**  
**TECNOLOGÍAS’**

Conferencia impartida por  
el Dr. Enrique Echeburua.

**AZAROAK 26 //**  
**26 DE NOVIEMBRE** –  
**‘HISTORIA DEL BELÉN**  
**DE LA PLAZA DE**  
**GIPUZKOA’**

Conferencia  
impartida por el Dr. Juan  
Lindner.

**ABENDUAK 17 //**  
**17 DE DICIEMBRE** –  
**‘CONCIERTO DE**  
**NAVIDAD’**

Conferencia  
impartida  
por el Dr. Carlos  
Benito.

## ACTIVIDADES MUSICALES//MUSIKA-JARDUERAK



**URRIAK 6 /**  
**/ 6 DE OCTUBRE**  
**‘LA CAMBIALE**  
**DI MATRIMONIO’**  
**(ROSSINI)**

**URRIAK 14 /**  
**/ 14 DE OCTUBRE**  
**‘DOS CHICAS DE**  
**REVISTA’**  
**(LINA MORGAN)**

**AZAROAK 11 /**  
**/ 11 DE NOVIEMBRE**  
**‘L’ALLEGRO, IL**  
**PENSEROSO ED IL**  
**MODERATO’ (HÄNDEL)**



**AZAROAK 18 /**  
**/ 18 DE NOVIEMBRE**  
**ZARZUELA**

**ABENDUAK 2 /**  
**/ 2 DE DICIEMBRE**  
**‘EL MURCIÉLAGO’**  
**(JOHANN**  
**STRAUSS)**

**ABENDUAK 23 / 23 DE**  
**DICIEMBRE**  
**‘EL CASCANUECES’**  
**(PIOTR**  
**ILICH**  
**TCHAIKOVSKY)**

## AULA DE EDUCACIÓN SANITARIA // OSASUN- HEZIKETARAKO IKASGELA



**URRIAK 7 // 7 DE**  
**OCTUBRE** –

**‘LA MEMORIA’**

Conferencia  
impartida por el  
Dr. Fermín Moreno

**ABENDUAK 9 /**  
**/ 9 DE DICIEMBRE** –

**‘LA DIABETES’**

Conferencia  
impartida por el  
Dr. Alfredo Yoldi

## FALLECIDOS / /HILDAKOAK



**AGUSTÍN GOROSTIAGA**  
**GORRITI**

**JUAN CARLOS**  
**EIZAGUIRRE ESTEBAN**

**MIREN ARRATE**  
**BENGOA GOROSABEL**

**FCO. JAVIER ROMAGOSA**  
**FERNANDO**

**CARLOS BARRUSO**  
**ARAICO**

**FERMÍN GOROSTIAGA**  
**AZNAR**

SI QUIERES  
CELEBRAR UN  
ACTO EN LAS  
INSTALACIONES  
DEL COLEGIO,  
ESCRÍBENOS  
A ESTA  
DIRECCIÓN:  
[prensa@gisep.org](mailto:prensa@gisep.org)



GIPUZKOA



**IHINTZA LARRAÑAGA**

ENDOKRINOLOGOA BIDASOA OSPITALEAN

## «Eskualdeko ospitale batek etxekotasun handiagoa dauka»



Ihintza Larrañaga, Elkargoan izandako elkarriketaren ostean. I. A.

**Endokrinologia** eta nutrizioan espezializazioa bukatu eta hurrengo egunean hasi zen lanean Ihintza Larrañaga (Donostia, 1986) Bidasoa Ospitalean. Bere kezka nagusia noizbait lan-faltan egotea dela aitortzen du.

**Zein izan da orain arteko zure ibilbide profesionala?**

Ikasketak Leioan hasi nituen eta Donostian bukatu. Eta, gainera, Gurutzetako Ospitalean burutu nuen Endokrinologia eta Nutrizioko espezialitatea. Prestakuntza hori osatzeko alde batetik Madrilgo Ramon y Cajal Ospitalean egin nuen Nutrizio arloko egonaldi bat, eta bestetik diabetesaren inguruko teknologia berrien arloa landu nuen Bartzelonako Clinic ospitalean.

**Dezente mugitu zara orduan. Positiboa izan al da leku aldaketa hori?**

Bai, guztiz. Gehien gustatu zaidan gauzetariko bat kanpora ateratzeko aukera hori izan da hain zuzen ere.

**Jarduera profesionalen zer izan da gehien harritu zaituena?**

Galdera zaila da, baina agian gehien harritu nauena nire bilakaera bera izan da. Hasieran ospitalean ezer jakin gabe sartzen gara eta aurrera zoazen heinean praktikan geroz eta gauza gehiago eta lasaiago eramateko gai zarela ikusten duzu. Agian zu ez zara guztiz ohartzen baina inguruan bilakaera hori egon dela ohartarazten dizute.

**Eta espezializazioaren aldetik, sorpresaren bat izan al duzu hasi zinenetik gaur arte?**

Egia esan aukeratu nuen espezialitatea ez nuen oso ondo ezagutzen, eta nahiz eta teoria asko gustatu praktika ezezaguna nuen. Sorpresa onerako izan da. Niri espezialitate medikoak gustatzen zaizkit, eta nahiz eta Endokrinologia beti buruan izan dudana ez nekien gai izango ote nintzen aurrera eramateko. Azkenean dena ondo aterada.

**Urte hauetan zer izan da gehien gustatu zaizuna?**

Ospitalean ikusi dudan giroa. Harremanei garrantzi handia ematen diet.

**Hamar urte ikasten igaro ondoren sendagileentzako lana aurkitzea zaila izaten dela esaten da. Zer gertatu da zure kasuan?**

Nire kasuan espezializazioa bukatu eta hurrengo egunetik aurrera hasi nintzen Bidasoa Ospitalean lanean. Zentzu horretan ez dut arazo hori sufritu. Egia da nirekin batera espezializazioa bukatu duten Estatuko lankideek arazo gehiago dituztela. Gure autonomia-erkidegoan baldintza hobeekin lortu dugu lana.

**BAMEekiko agintariak zer hobetu behar dute?**

Orokorrean ahaztuta dago prestakuntza garai bat dela. Helburua lana aurrera ateratzea izaten da edozein baldintzatan, eta prestakuntza hori kasu gehienetan bigarren mailan gelditzen da. Eskaera irakaskuntzan esfortzu handiago bat egin dezaten izango litzateke.

**Espezializazioa egiten ari zareten bitartean beste jardueratan parte hartzen uzten al dizute ospitalean?**

Bai, adibidez bi astez Saharan egon naiz kooperazio lanetan, errefuxiatuen kanpamenduetan diabetesa tratatzen, eta bestetik, haur diabetikoentzat antolatzen diren udalekuetan hartu dut parte, beraiekin bizikidetzat banatuz. Egia da independentzia bat uzten dizutela ikasi



## «El Colegio es necesario. Quizás deberíamos incrementar la participación por nuestra parte»

duzuna praktikan jartzeko, errealitate horietan parte hartzeak asko erakusten du.

**Non ikusten duzu zeure burua, Euskal Herrian edo kanpoan?**

Luzarora Euskal Herrian gelditzea gustatuko litzaidake, baina une honetan ez dut baztertzen kanpora joateko ideia, espezializazioa bukatu berri izanda prestakuntza behar hori ere ikusten dudalako.

**Momentuz medikuntza publikoan ibili zara. Pentsatu al duzu Medikuntza pribatuan ere lan egitea?**

Momentuz nik ezagutzen dudan bakararra Medikuntza publikoa da, eta helburua hemen lana ondo egitea da. Behin hori lortuta ez dut baztertzen pribatuan lan egitea.

**Hasieran esaten zenuen bezala, Gurutzetako Ospitalean egon eta gero orain Iruneko Bidasoa Ospitalean ari zara lanean. Nolakoa izan da aldaketa hori?**

Aldaketa asko egon dira, espezializazio bukaera eta ospitale aldaketa ia batera izan direlako. Normalean

espezializazioa egiten dugun tokian gelditzeko gogoia izaten dugu, erosoago gaudelako eta dena ezaguna delako. Baina nire onerako izan da eskualdeko ospitale batera aldatzea, agian ez nagoelako hain babestuta, erabakiak nik neuk hartu behar ditudalako eta horrek asko erakusten dizulako.

**Zeintzuk dira Bidasoa ospitaleko ezaugarri nagusiak?**

Eskualdeko ospitale batek etxekotasun handiagoa dauka, nire ustez, bai pazienteekiko eta baita lankideekiko ere. Bestalde, orokorrean, eta nahiz eta jendeak kontrakoa pentsatu, Donostiako Ospitaleak eskaintzen dituen zerbitzu berdintsuak ematen ditugu ospitalea txikiagoa izan arren.

**Nola ikusten duzu Gipuzkoako Medikuntzaren egoera?**

Gipuzkoan oso jende ona dago, eta oso mediku onak etorriko dira ere etorkizunean. Baina daukaguna ez badugu zaintzen eta kanpoan lan-baldintza hobeak badaude jendeak alde egingo du. Saiatu behar dugu oraingo egoera ondo mantentzen.

**Gaur egungo belaunaldiak zailagoa izango dutela esaten dute.**

Hori entzun dugu azkeneko lau urte hauetan. Baina gero ez da bete. Aukerak izan ditugu eta baita lana aurkitu ere.

**Zereskatuko zenieke osasun-agintariei gauzak hobetu daitezen?**

Kezka nagusia da lanik ez izatea. Printzipioz, mediku egoiliar “sentimendu” hori agortu ez zaidanez, eskatuko nuke hauen egoerara gerturatzea, beraien ahotsa entzutea, lan-baldintzak hobera joan daitezen.

**Nola ikusten duzu Elkargoa? Zer espero duzu gure erakundetik?**

Elkargoa beharrezkoa da eta gauza askotarako jo daiteke hara: prestakuntza, kooperazioa, etab. Gainera gaur egungo aurrerapenak edukita modu desberdinak daude heltzeko. Beharbada gure aldetik parte hartzea handiagotu beharko genuke. ◆

## «Un hospital comarcal tiene una mayor familiaridad»



Nada más acabar la especialización en Endocrinología y Nutrición Ihintza Larrañaga (San Sebastián, 1986) consiguió trabajo en el Hospital del Bidasoa. Tras haber hecho la residencia en el Hospital de Cruces de Bilbao considera que un centro comarcal, como en el que trabaja actualmente “tiene una mayor familiaridad”. Advierte de la necesidad de “cuidar” la que considera una atención médica de calidad.

MÉDICOS Y JÓVENES // SENDAGILEAK ETA GAZTEAK

# MEDIKU GAZTEAK ERE ARRISKUAN DAUDE

Helduagoek bezalaxe  
**BAMEek** ere **PAIME-**  
Sendagile Artean  
programaren laguntza  
behar izaten dute





**2004** urtetik hona 194 dira dagoeneko Euskal Autonomia Erkidegoan PAIME-Sendagile Artean programaren laguntza behar izan duten medikuak. Horietatik 17k (% 8,7) 36 urte baino gutxiago zeuzkaten. Arazo psikiatrikoak edota adikzioak ez dira, beraz, helduenen kontua soilik. Deigarria da, batez ere, lehenengo urteko BAME askoren osasunak izaten duten bilakaera. Medikuen Elkargoaren Erakundearen arabera izugarri igo-tzen da botika psikofarmakoak hartzen dituzten sendagileen kopurua erresidentzia hasi eta urtebetera. Gauza bera gertatzen da gainerako botikekin: ospitaleetan urte bat igaro eta gero, mediku gazte gehiago dira medikamentuak hartu behar izaten dituztenak.

Horregatik da garrantzitsua mediku gazteek PAIME-Sendagile Artean programaren ezaugarriak ezagutzea. Zerbitzua 2004. urtean jaio zen eta geroztik artatutako pazienteen ezaugarriak anitzak izan dira. Tratatutako patologiak era askotakoak izan dira ere: nahasmendu antsioso-depresiboak, alkohola edo beste drogekiko adikzioak, elikadura-nahasmenduak, eskizofreniak, etab. Eta betiere helburu nagusi bat izan du Euskadiko Medikuen Kontseiluaren barruan dagoen baliabide honek: lankide gaixoaren osasuna, lanera berriro ere osasun-baldintzarik onenetan bueltatu, eta bere pazienteen segurtasuna bermatzeko.

PAIME-Sendagile Artean zerbitzuak gizartearen osasuna babestuz eta jardunbide mediko egokia bermatuz arazo psikiatrikoak edo adikzioak dituzten mediku eta lankideei behar duten arreta eskaini nahi die. Baliabide honen ezaugarri bereziak borondatezkoa izatea eta konfidentzialtasuna dira. Nahi duena soilik sartzen da programara, ez baita inor horretara behartzen. Gainera, pazientearen nortasuna babesten da, estigmatizazioa saihesteko helburuarekin. Horretarako itxurazko izenak erabili eta itxarongela komunak ekiditen dira. Horrez gain ospitaleratzeak Autonomia Erkidegotik kanpo egin daitezke eta kontsultategiak ez daude PAIME



## Desde 2004 en Euskadi 17 médicos menores de 36 años han necesitado ayuda



## Sube el número de médicos que toman psicofármacos tras el primer año de la residencia

### Los médicos jóvenes también están en peligro



Desde 2004 ya son 194 los médicos que han necesitado la ayuda del programa PAIME-Sendagile Artean en la Comunidad Autónoma Vasca, de los cuales 17 (el 8,7%) tenían menos de 36 años. Y es que los problemas psiquiátricos o de adicciones no son únicamente un asunto de las personas más mayores. Es llamativa, sobre todo, la evolución que tienen muchos de los MIR de primer año. Según datos de la OMC crece considerablemente el número de profesionales que consumen psicofármacos tras el primer año de residencia, y ocurre lo mismo con el resto de los medicamentos. Para poder recibir el servicio de PAIME-Sendagile Artean el médico que tiene problemas psiquiátricos o de adicciones sólo tiene que hacer una llamada al número propio del servicio (646581200) o al Colegio de Médicos (943276300). Tendrá garantizada toda la privacidad.

konsultategi bezala identifikatuta. Zerbitzu hau jaso ahal izateko arazo psikiatrikoa edo adikzioa duen medikuak telefono-dei bat egitea besterik ez du, bai Sendagile Artean-PAIMEaren berariazko telefonora (646581200) edo baita Elkargoaren telefonora (943276300). Edozein kasutan harremanetarako telefonoa eta izena (benetakoa edo itxurazkoa) eskatuko zaizkio. Deia jaso bezain pronto programaren koordinatzailea mediku eskatzailearekin jarriko da harremanetan bere kasuaren kudeaketa egin eta aukeratzen duen unitate ambulatorioan sarrera errazteko.

Gogoratu beharra dago Euskadiko Medikuen Kontseilua dela programaren kudeaketaren arduraduna eta, beraz, medikuen eta medikuentzako programa bat dela. Zerbitzu honek koordinatzaile bakarra du programa osorako eta arreta psikiatriko ambulatorio hiru unitate ditu, bat lurralde historiko bakoitzeko. Ospitaleratzea beharrezkoa denean Bartzelonako Galatea Fundazioak kudeatzen duen PAIMEaren Ospitaleratze Unitatean burutzen da normalean, nahiz eta pazienteak nahi badu bere autonomia-erkidegoan beran ere egin daitekeen. PAIME-Sendagile Artean Euskadiko Medikuen Kontseiluaren eta Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailen artean finantzatzen dute. Euren zerbitzuak behar dituzten elkargokideentzat doakoa da.

Aldizkari honen orrialdeetan aurreko urtean Angel Alayo programaren koordinatzaileak azaldu zuen bezala Estatu mailan izan diren kasuen zifrei erreparatuz, tratatutako medikuen % 90 bere onera itzultzen da, eta datu horiek bete-betean estrapola daitezke Euskal Autonomia Erkidegora. ♦



**ARGIBIDE GEHIAGORAKO:**

[www.gisep.org/eu\\_paime.aspx](http://www.gisep.org/eu_paime.aspx)



Son más mujeres que hombres las que se colegian. IREKIA - LIBRO 'XXV ANIVERSARIO DE OSAKIDETZA' - CC

# ¿Tendremos una primera presidenta o consejera de Salud?

**Todavía pesa sobre las mujeres médicos un techo de grueso cristal que nos impide ascender profesionalmente**

**Por Maite R. Antigüedad Zarranz**

**C**orrían los años 60 y los jóvenes americanos organizaban protestas multitudinarias contra la guerra de Vietnam. En París, los estudiantes buscaban la playa y un mundo más justo bajo los adoquines de las calles. La revolución sexual y, sobre todo, la reclamación de una sociedad igualitaria, en la que los negros y los blancos, los hombres y las mujeres tuviéramos los mismos derechos impregnaba el espíritu de mayo del 68.

En España, en esos años, las mujeres necesitábamos del permiso del padre o del marido para poder trabajar, obtener un pasaporte o abrir una cuenta corriente en un banco, el adulterio femenino se castigaba con cárcel y nos cubríamos el pelo con una mantilla para ir los domingos a una misa cuasi obligatoria. Los chicos tenían

que hacer la mili y las chicas realizar el servicio social o confeccionar una canastilla para un bebé.

A pesar de ello, la revolución de las flores y de la paz también llegó a nuestro país. Sutilmente, con mucha menos fuerza, jolgorio e ilusión que en Francia o en California, pero llegó. Eran también los tiempos en que florecía la clase media y, con ella, las ansias de mejorar y de dar a los hijos una educación superior. Y así, tras el bachiller, muchas de las niñas nacidas a finales de los 60 entraron en facultades universitarias hasta entonces ocupadas casi por completo por hombres. Muchas de ellas eligieron medicina y en los 90, esas hijas del 68 empezaron su especialización MIR. El año 1990 marca un hito en esta historia: es el año en que por primera vez el número de nuevas inscritas en nuestro colegio de Gipuzkoa

sobrepasa al de nuevos colegiados: 100 mujeres frente a 95 hombres. Ser médico dejó de ser “cosa de hombres” como en su adolescencia lo fue tomarse una copa de cierto famoso (y misógino) coñac.

Han pasado veinticinco años y la siguiente generación, la de los nietos del 68, está tomando el relevo. 68 de ellos, la misma cifra que la del mítico año, han iniciado este año su especialidad MIR: de esos 68 nuevos médicos, 49 son mujeres y 19 hombres: es decir, casi tres de cada cuatro R1 guipuzcoanos son mujeres.

Estas nuevas compañeras han pasado a formar ya parte de ese 59% que representan las mujeres que ejercen la Medicina en nuestra provincia en el total de los médicos, y del 66,8% de trabajadores del Sistema Vasco de Salud que son del sexo femenino. Es bastante llamativo que mientras dos de cada tres trabajadores de Osakidetza son mujeres, las médicas mujeres son sólo 3.042 del total de 23.419 de la plantilla de Osakidetza. La explicación es que la mayor parte del personal femenino del Sistema Vasco de Salud se nutre de enfermeras, auxiliares de enfermería y personal no sanitario, habiendo una minoría de hombres en esos puestos. Eso sí, representan el 54% del total de médicos

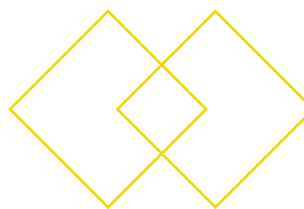
A estas recién estrenadas residentes quizás no les sorprendan todavía estas cifras y es casi seguro que les resultará natural encontrar en sus hospitales vestuarios y habitaciones para mujeres y, sobre todo, les parecerá impensable ser tratadas con condescendencia o con maneras de superioridad, como a menudo les sucedía a sus predecesoras. No les llamará tampoco la atención encontrar pijamas de quirófano de su talla. Todo ello les parecerá tan normal como no fumar en el trabajo o como ver a algunos compañeros con pendientes en las orejas.

### Una lenta adaptación

Sin embargo, en 1990 nada de eso era tan normal. Los cambios han ocurrido por un proceso de lenta adaptación del mundo, diseñado y gestionado desde sus inicios por y para la mitad de la población. La población masculina, claro.

Cuando las nuevas MIR nacieron, la falta de adaptación de los hospitales al trabajo de las médicas pudo disuadir a algunas mujeres de realizar especialidades ocupadas casi en su totalidad por hombres. Pero ya no se extrañarán de compartir trabajo con neurocirujanas, oncólogas o traumatólogas, cosa impensable hasta no hace muchos años.

A pesar de ello, si se analizan los datos de los residentes de estos tres últimos años, se puede detectar cierta tendencia a elegir especialidad de forma algo diferente por parte de hombres y mujeres. Entre 2013, 2014 y 2015 han entrado un total de 207 residentes nuevos en Gipuzkoa, de los cuales un 75% (155) eran mujeres. El total de especialidades ofertadas ha sido de 34 y el mayor número de plazas fueron para Medicina Familiar y Comunitaria (80 plazas, es decir casi un 39% del total). Estas 80 plazas



## 1990 urtetik hona emakume gehiago dira Medikuntza ikasten dutenak

de medicina de familia fueron cubiertas por un 84% de mujeres (67) y un 16% de hombres (13). Es decir, el porcentaje de mujeres en Medicina Familiar es cerca de un 10% superior al porcentaje de mujeres en el conjunto de las especialidades. También destaca Pediatría que con 15 plazas ofertadas, sólo fue escogida por un hombre.

Las nuevas residentes que realicen su residencia en el Hospital Universitario Donostia, rotarán por 32 servicios médicos, dirigidos por 25 hombres y por sólo 7 mujeres. Quizás no les sorprenda tampoco este hecho, ni que el director-gerente del Hospital, así como que tanto el consejero de Sanidad, como el viceconsejero y el director de Osakidetza sean todos ellos hombres. Pensarán algunas, tal vez, que hay que dar tiempo para que las cosas se normalicen, que a medida que vayan entrando más mujeres en los hospitales irán entrando también más mujeres en los puestos directivos.

No se puede olvidar, sin embargo, que hace ya 25 años, en 1990, empezaron más mujeres que hombres su andadura profesional como médicos y, a pesar de ello, es la minoría de estos hombres médicos que entró después de esta fecha, la que ocupa la mayor parte de los puestos más altos de la profesión médica en el Sistema Vasco de Salud.

Todavía pesa sobre las mujeres médicos, que son mayoría desde hace ya una generación, un techo de grueso cristal que nos impide ascender profesionalmente. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que se presenta al MIR se corresponde, aproximadamente, con el porcentaje de mujeres que aprueban este examen. Cuando las pruebas para el acceso a los puestos son objetivas, el techo tiende a desaparecer y con ello se deja de negar también al conjunto de los ciudadanos el beneficio del talento, tantas veces infrutilizado, de muchas mujeres.

¿Leeremos antes de que pasen otros 25 años un artículo en esta misma revista en el que se recuerde a la primera presidenta del Colegio de Médicos, a la primera gerente del Hospital Universitario Donostia y a la primera consejera de Salud del Gobierno Vasco? Como cantaba Bob Dylan en los 60, “The answer, my friend, is blowing in the wind”. La respuesta, compañeros, está flotando en el viento. ♦

Tuitea @colegioelkargoa  
Comparte facebook.com/ColegioElkargoa



# Tolerancia cero desde la consulta

**Las agresiones físicas o psíquicas que se producen en el ámbito profesional rompen el vínculo de confianza entre el médico y el paciente**



**L**os médicos se enfrentan cada día a situaciones conflictivas en las consultas, que en ocasiones implican agresiones, bien verbales, bien físicas, que muchas veces no se denuncian y por tanto quedan como no ocurridas. El Colegio de Médicos de Gipuzkoa tiene entre sus objetivos dar un protagonismo más importante a todos estos ataques que sufren los médicos en nuestro territorio para que ninguno quede sin reflejarse aunque sea de modo anónimo.

El simple hecho de proporcionar una información diferente a la que el paciente, o su familia, quiere escuchar; la negativa a certificar una baja o a prescribir un deter-

minado medicamento, pueden ser el desencadenante de una conducta agresiva. Por eso sólo con una sólida relación médico-enfermo puede realizarse una atención de calidad, lo que es imposible cuando se produce una ruptura violenta de la misma, que repercutirá sobre el servicio sanitario generando intranquilidad y desconfianza en el resto de los pacientes.

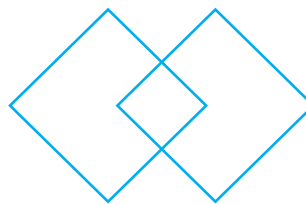
Las conductas violentas, aunque no lleguen a la agresión física, no deben permitirse en ningún caso y deben atajarse desde la propia consulta —denunciando o acudiendo al Colegio de Médicos—, puesto que rompen algo tan básico como el vínculo de confianza que

siempre debe existir en la relación médico-paciente, fundamental para la consecución de los objetivos de la relación clínica. Además, esa conducta agresiva —si no es sancionada como se merece— puede influir en que el médico ceda ante el paciente cayendo en el pacto de silencio lo que es inaceptable pues constituye una mala praxis de la medicina y un perjuicio para la sostenibilidad de la sanidad en general.

Con el fin de atajar los cada vez más numerosos actos de agresión de todo tipo de que venían siendo objeto los facultativos que prestan servicio en los centros médicos y hospitalarios del País Vasco, y al mismo tiempo procurar agilizar los trámites procedimentales necesarios, las Fiscalías del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco y de las Audiencias Provinciales de Álava y Guipúzcoa, y los Colegios Oficiales de Médicos de Gipuzkoa y Bizkaia y Álava tomaron en 2007 la decisión de poner en marcha una determinada forma de actuación, teniendo en cuenta la especial organización y los medios materiales con los que cuentan.

El protocolo, vigente hoy en día, es el que se aplica en nuestro Colegio, que dispone de un servicio de Asesoría Jurídica que en el caso de que el médico lo solicite prepara la denuncia y defiende al colegiado que ha sido agredido en el juicio. El Colegio asume el importe de los gastos judiciales generados, incluidos los de Procurador. A nivel estatal, la entrada en vigor en julio de este mismo año de la Ley Orgánica del Código Penal ha permitido que se contemplen las agresiones a sanitarios como delito de atentado contra la autoridad para los médicos funcionarios y conlleva hasta cuatro años de cárcel.

En Euskadi, el mencionado protocolo aprobado en 2007 ya establecía que “todo acometimiento, empleo de fuerza, intimidación grave o resistencia activa también grave realizados contra un médico que tenga la condición de funcionario público y se encuentre en el ejercicio de sus funciones, tendrá la consideración de delito de atentado (cf. artículos 550 y 551 CP), sin perjuicio de la calificación que, en su caso, merezca el concreto resultado lesivo”. Dice, además, que “no será obstáculo para estimar la



**Erasoek medikuaren eta pazientearen arteko konfiantza apurtzen dute**

existencia del delito de atentado el hecho de que aquellos actos se hayan producido fuera del centro o lugar de trabajo del facultativo, siempre y cuando estuviesen motivados por la condición de médico que tuviere la víctima o por su previa actuación profesional (como tal funcionario público)”. Asimismo, establece que “las agresiones verbales de que sea objeto un médico —funcionario público o no— serán calificadas como delito o falta de coacciones, amenazas, vejaciones, injurias, etc., en función de la gravedad y las circunstancias concretas de cada caso”.

Por todo ello, el Colegio de Médicos de Gipuzkoa se comprometió a informar convenientemente a sus colegiados de que los partes de lesiones que emitan en su práctica profesional, como consecuencia de la atención a un médico que hubiere resultado agredido en el ejercicio de sus funciones o como consecuencia de ellas, “deberán ser remitidos directamente al Colegio” a fin de que por éste y en cumplimiento de la obligación prevista en el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal “sea remitido vía denuncia a la Fiscalía correspondiente, en lugar de hacerlo al Juzgado o a la Policía, y ello con la finalidad de evitar la duplicidad de procedimientos”.

Además, y como se explicaba anteriormente, nuestra institución se encarga de recibir y tramitar las denuncias que presenten aquellos médicos que sean agredidos, haciendo cumplimentar el parte de denuncia correspondiente, y pudiendo establecer en la propia denuncia que el domicilio a efectos de notificaciones sea la sede del propio Colegio, para garantizar así la seguridad del profesional. También remite la denuncia junto con el parte de lesiones, en su caso, bien a la Fiscalía o bien al Juzgado correspondiente según proceda. El trabajo del Colegio de Médicos de Gipuzkoa tiene como objetivo la tolerancia cero respecto a estas prácticas, una actitud que debe contar con la colaboración de todos los profesionales desde las propias consultas. ♦

*\*Artículo elaborado en base a textos de la OMC.*

#### MÁS INFORMACIÓN:

[http://www.gisep.org/es\\_agresiones\\_fisicas\\_o\\_psiquicas\\_en\\_el\\_trabajo.aspx](http://www.gisep.org/es_agresiones_fisicas_o_psiquicas_en_el_trabajo.aspx)

Tuitea @colegioelkargoa  
Comparte [facebook.com/ColegioElkargoa](https://www.facebook.com/ColegioElkargoa)

### Erasoen aurrean zero tolerantzia

Eguneroko kontua da, eta egunetik egunera ohikoagoa zoritzarrez, gure kontsultetan gatazka-egoerei aurre egin beharra. Eraso-egoerak izan ohi dira, ahozkoak bezala baita ekin-tzazkoak ere, sarritan salatzen ez direnak eta, horrexegatik, gertatu ez balira bezala gertatzen direnak. Bere helburuen artean Elkargoak protagonismoa eman nahi die medikuek jasaten dituzten era guztietako erasoei, horietako bakar bat ere islatu gabe gerra ez dadin.



**JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ DE SUSO JANARIZ**

MÉDICO DEL DEPORTE Y RESPONSABLE DEL SERVICIO MÉDICO DE LA REAL SOCIEDAD

# «Nuestro máximo objetivo es evitar la lesión»



González de Suso, en las instalaciones de Zubietta. I. A.

**Siempre** quiso orientar su formación al trabajo con deportistas. José Manuel González de Suso (Las Palmas de Gran Canaria, 1960) llegó a la Real Sociedad en 2002 y desde 2008 es el responsable de su servicio médico.

## ¿Cómo es su día a día?

Convivimos con los jugadores y cuerpo técnico tanto en los entrenamientos como en la competición. Todos los días tenemos actividad, principalmente hacemos una visita a los jugadores que tienen lesiones o se encuentran enfermos, valoramos su progreso para determinar si se encuentran en condiciones de participar en el trabajo del grupo o, por el contrario, si deben seguir con el trabajo de recuperación que tienen específicamente diseñado para cada dolencia. El diseño de la instalación, que nos permite un contacto directo con todos los jugadores, facilita la relación con todos ellos para saber si han descansado bien o existe alguna novedad que lo haya impedido. Tras estas consultas, orientamos su programa

diario. Luego estamos pendientes de las incidencias que se produzcan durante la actividad deportiva, valoramos como han percibido la intensidad del entrenamiento o competición y organizamos la ración de recuperación para facilitar la adaptación al esfuerzo realizado.

## ¿Usted viaja siempre con el equipo?

Estamos obligados a hacerlo casi cada 15 días, y en función de que tengamos competiciones entre semana también tenemos que aumentar el número de desplazamientos. Yo, desde que soy médico del primer equipo, estoy presente durante todos los entrenamientos y competiciones del equipo.

## Están ya, por tanto, inmersos en la nueva temporada.

Sí, desde el 4 de julio hemos iniciado los entrenamientos. En breve [la entrevista se realizó en agosto] se inicia la competición y se trata de realizar unas 6-7 semanas de preparación que permitan afrontar la competición en



buenas condiciones.

**¿El descanso de los jugadores influye en el trabajo de los médicos?**

La pretemporada para nosotros suele ser un momento crítico. Los jugadores vienen de estar de vacaciones, se mantienen activos pero la carga de trabajo que han podido realizar es siempre menor a la habitual. Súbitamente empiezan entrenamientos duros, con mucha carrera, mucho salto, mucho balón, mucho impacto y, por tanto, tienen un mayor riesgo de lesión. Situaciones específicas como la pretemporada o el aumento de la frecuencia de las competiciones suponen momentos en los que debemos estar alerta. Sobre todo cuando un jugador ha estado lesionado y se reincorpora a la competición. Por supuesto que, si el jugador no descansa tras el entrenamiento o la competición, puede condicionar su adaptación y retrasar la recuperación.

**¿Cuál ha sido su trayectoria profesional? ¿Cómo ha llegado hasta aquí?**

Siempre me ha apasionado el deporte y ya inicié los estudios de medicina orientado hacia la posibilidad de trabajar con deportistas. Cuando los acabé me fui a Francia, a Lyon, donde estuve cuatro años gracias a una beca del Ministerio de Educación y Ciencia. Me preparé tanto en la Medicina del Deporte como en Fisiología del Ejercicio.

**¿Entonces aquí no había esa posibilidad de estudiar Medicina del Deporte?**

Antes sí que se podía hacer Medicina del Deporte en España pero cuando yo me fui, en el año 1986, esa posibilidad ya no existía. En los congresos que organizaba en San Sebastián el doctor Agustín Álvarez tuve la oportunidad de contactar con un médico francés, de Lyon, y me ofreció la posibilidad de ir a su centro médico que estaba muy ligado a la Federación Francesa de Piragüismo. Tras estar cuatro años en Lyon tuve la oportunidad de ir al Centro de Alto Rendimiento de Sant Cugat, en Barcelona. En ese centro de entrenamiento para deportistas de alto nivel empecé a trabajar en el seguimiento biomédico de deportistas y en proyectos de investigación muy relacionados con el estudio del músculo por resonancia magnética nuclear, no en la parte de imagen sino haciendo espectroscopia con el fin de conocer aspectos fisiológicos de la adaptación del músculo al ejercicio. Valoramos las diferencias entre distintos tipos de deportistas, entre diferentes tipos de entrenamiento, los efectos de la recuperación, el efecto de la alimentación, etc. En 2002 recibí una llamada de la Real Sociedad que me dio la oportunidad de volver a San Sebastián.

**¿Cuáles son las dolencias más habituales en el fútbol?**

El fútbol se caracteriza por una alta incidencia de lesiones. Las estadísticas de competiciones internacionales y nacionales hablan de algo más de un jugador lesionado por cada competición. En su mayoría son lesiones musculares y, en menor proporción, lesiones articulares. Los músculos que más se lesionan son los de la región posterior del muslo. En cuanto a las lesiones articulares, las que más se afectan son el tobillo y la rodilla. Pueden ser



**«Egunero daukagu lana. Batez ere lesioak dauzkaten edo gaixo dauden jokalariek ikusten ditugu»**



**«Aurrendenboraldia momentu kritikoa izaten da. Jokalariek oporretarik datoz eta arriskua handiagoa da»**

por sobreesfuerzo o por contusión. De los deportes de equipo el fútbol es el más exigente. Hay un mínimo de tres días, y me parecen pocos, entre cada competición porque ese resulta el mínimo tiempo necesario para recuperarse del esfuerzo previo, tanto para la reposición de las reservas energéticas gastadas como para superar los golpes sufridos. El aumento del número de competiciones supone un incremento considerable de la incidencia de lesiones en los equipos.

**¿Influye el clima o el lugar en las lesiones de los jugadores?**

Hay estudios muy interesantes que han observado que quizá en función del terreno de juego puede haber una mayor o menor incidencia de lesión. Se ha visto que algunos tipos de hierba, sobre todo los que se utilizan en el hemisferio sur del planeta, pueden ser más proclives a que haya lesiones a nivel de la articulación. De todas maneras lo más importante a nivel de la incidencia de lesión es conocer la lesión previa. De ahí que en los interrogatorios que hacemos a los jugadores es muy importante conocer si han sufrido lesiones porque esa va a ser la causa de que exista una nueva lesión.

**«Gure helburu nagusia lesioa saihestea da»**



Berak argi zeukan kirolariekin lan egin nahi zuela, eta horren inguruan bideratu zuen bere prestakuntza. José Manuel González de Suso (Las Palmas Kanaria Handikoa, 1960) Catalunyako Errendimendu Altuko zentro batean lanean egon ostean Errealera etorri zen 2002an eta 2008tik taldeko zerbitzu medikoaren arduraduna da. Bere "helburu nagusia lesioa saihestea" dela esaten du, eta xede horrekin egunerokoan neurriak hartzen dituztela adierazten du. "Aurre-denboraldia momentu kritikoa da" zerbitzu medikoarentzako, "jokalariek oporretatik datozelako eta, beraz, beren lesionatzeko arriskua handiagoa delako". Futbola lesio ugari eragiten dituen kirola dela azpimarratzen du, gainera.

**A los médicos se les ve saltar al terreno de juego durante los partidos. ¿Con qué recursos cuentan en esos momentos?**

Cuando saltamos al terreno de juego nuestra misión es valorar el daño que se ha producido y, a partir de ahí, considerar la posibilidad de que el jugador pueda seguir participando o tenga que abandonar el terreno de juego. Respecto a la valoración traumatológica, identificamos si es un daño muscular o articular. Si hay daño muscular por sobreesfuerzo intentamos que deje de participar enseguida mientras que si hay un daño articular valoramos la estabilidad de la articulación para tomar la decisión. Siempre existe un consenso con el jugador para la toma de la decisión. Además, contamos con material de emergencias y un desfibrilador portátil. Es excepcional pero en el caso de que hubiera una parada cardiorrespiratoria nos ayudará para sacarla adelante. No obstante, actualmente todos los campos de España tienen un servicio de emergencias con todos los recursos para poder asistir una reanimación cardiopulmonar.

**Lo que no tienen es mucho tiempo para hacer todo eso en el terreno de juego.**

No tenemos tiempo y sí una gran presión mediática y desde la dirección técnica del banquillo para tomar una decisión. Sobre todo no tenemos las imágenes de televisión. Desde la pantalla se valora mucho mejor el mecanismo que ha producido la lesión que desde el banquillo, donde prácticamente no vemos nada y solamente nos desplazamos porque el jugador levanta la mano o la caída ha sido un poco aparatosa. En cuanto podemos, ahora casi nada más concluir el partido, nos gusta analizar las imágenes de la televisión, donde vemos perfectamente el mecanismo que ha desencadenado la lesión. Eso nos ayuda mucho para orientar bien el caso cuanto antes.

**A diferencia de en nuestro territorio, en las competiciones europeas es obligatorio que en todos los campos de fútbol haya un médico intensivista. ¿Qué sucede aquí? ¿Es necesario?**

Ahora mismo la Real Sociedad, en los partidos que se juegan en Anoeta, cumple con los requisitos UEFA sobre la asistencia médica en los estadios y atiende tanto a los jugadores que están en el terreno de juego como a los técnicos, auxiliares y al público asistente. Contamos, para ello, con la colaboración de Cruz Roja que proporciona los recursos humanos y materiales. Hay un intensivista acompañado de un diplomado de Enfermería a pie de campo, y otro intensivista acompañado de otro diplomado en Enfermería en la grada. Esta asistencia resulta vital.

**¿Debería equipararse la situación a la normativa europea y convertirse esa presencia del intensivista en una exigencia a nivel estatal?**

Por supuesto, sobre todo por la exigencia de la competición. Por mucho que se hagan valoraciones preventivas y se descarten factores de riesgo, todos los que participan y están presentes en la competición, estamos expuestos a que se produzca un problema cardiorrespiratorio.



**«Lesio bat gertatu delako zelaira salto egin behar dugunean presio mediatiko izugarria jasaten dugu»**



**«Kirol-medikuak, fisioterapeutak, OLTak, masajistak eta podologoak daude gure taldean»**



Es necesario un buen servicio compuesto por personal especializado en emergencias que ante la situación de urgencia esté en condiciones de realizar un soporte vital avanzado.

**¿De qué manera ayuda o perjudica la exposición mediática al trabajo de los médicos deportivos?**

Estamos acostumbrados a la exposición mediática y resulta habitual leer o escuchar comentarios sobre las lesiones de los jugadores. Para los medios es más importante determinar el pronóstico de curación que alcanzar un diagnóstico fiable de la lesión. Es lógico que el aficionado se interese por cuánto tiempo va a estar el jugador de baja, para algunas lesiones es sencillo pero hay

otras en que resulta muy complicado. Por mucho que exista una clasificación generalizada del tipo de lesión y del tiempo necesario para superarla, hay infinidad de matices que dependen de la biología humana y médicamente no es fácil pronosticar el tiempo necesario para una vuelta a la competición con garantías sin que haya recaída.

### ¿Cuántos miembros son en el servicio médico de la Real Sociedad?

Hay médicos del deporte, fisioterapeutas, ATS, masajistas y podólogos. El doctor Guillermo Murgia, también médico del deporte, nos ayuda a diario en la consulta para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones y enfermedades de los jugadores de todos los equipos del club y de los clubes convenidos. También se encarga de la asistencia médica durante la competición del equipo filial. Contamos con tres fisioterapeutas que tienen una dedicación preferente a la plantilla profesional y desarrollan una labor fundamental para la preparación y recuperación de los jugadores, tanto en la sala de fisioterapia como en el gimnasio, sala de hidroterapia o en el terreno de juego. Otro fisioterapeuta, un ATS, un masajista y dos podólogos, estos últimos compartidos con el primer equipo, se dedican a la asistencia de los equipos del fútbol formación. Además, contamos con otros ocho fisioterapeutas que proporcionan asistencia sanitaria en las competiciones del fin de semana y torneos donde participan los equipos del fútbol formación. Siempre hay un sanitario en cualquier partido donde compita un equipo de la Real Sociedad, bien sea el femenino, juveniles, cadetes, infantiles o en el hockey femenino. También nos ayudan cuatro preparadores físicos que hacen labores de prevención, readaptación y reincorporación de los jugadores a su actividad habitual en el terreno de juego.

### ¿Cuáles son las instalaciones con las que cuentan para su trabajo?

El servicio médico tiene dependencias en los dos edificios del centro de Entrenamiento de Zubietta, uno para la asistencia a los jugadores profesionales y otro para los equipos del fútbol formación y femenino. En cada uno de ellos hay un despacho médico de trabajo, una sala de exploraciones, una sala de fisioterapia-rehabilitación y una sala de hidroterapia. Ambas salas de exploraciones cuentan con metodología para realizar estudios ecográficos que resultan complementarios y básicos para el diagnóstico de patología musculoesquelética. Estas dependencias están conectadas con los gimnasios donde se sigue realizando y controlando la actividad de recuperación de los jugadores.

### ¿Cuál es la principal labor que realizan desde que usted es el responsable del Servicio Médico?

Nos marcamos como objetivo que los jugadores tengan unas condiciones de práctica de ejercicio físico segura y que exista un correcto procedimiento médico a seguir cuando haya lesión o enfermedad. Todos los nuevos jugadores que se incorporan a la Real Sociedad y para los que ya están, con una frecuencia anual o bianual, se someten a un reconocimiento médico donde se valora la salud cardiovascular y osteoarticular. Contamos con la

colaboración del servicio de Cardiología de Policlínica Gipuzkoa, donde, entre otros, el Doctor Eduardo Alegría, nos ayuda a descartar la existencia de anomalías cardíacas que contraindiquen la participación deportiva de los jugadores. En ese reconocimiento también es importante la exploración del aparato locomotor y la anamnesis para ver si existe una lesión previa. Conocer el estado previo y la función de esos sistemas es muy importante para prevenir la lesión y una mala adaptación. Ante la lesión, en colaboración con el resto de miembros del servicio médico y nuestros colaboradores expertos, como el servicio de Resonancia Magnética de Policlínica Gipuzkoa, tratamos de establecer un diagnóstico preciso y fiable para determinar si el jugador puede seguir participando o debe parar y, en colaboración con el servicio de preparación física y los técnicos, establecer el procedimiento de recuperación más adecuado para que el jugador vuelva a entrenar y competir en óptimas condiciones. La comunicación con el cuerpo técnico es fundamental, el conocimiento de las cargas de entrenamiento y de competición puede ayudar a mejorar la adaptación de los jugadores. En todo caso, aunque resulta muy complicado en un deporte de contacto, el máximo objetivo del servicio es prevenir la lesión.

### Cuando es necesaria una intervención, ¿dónde la realizan?

Gracias a los servicios que nos presta Fremap para los jugadores profesionales o la Mutualidad de futbolistas para los aficionados, ante cualquier lesión deportiva, accedemos al cuadro médico especializado de Policlínica Gipuzkoa que es nuestro centro sanitario preferente. También tenemos un acuerdo de patrocinio por el que, en caso de lesión o enfermedad, todos los jugadores de la Real Sociedad, bajo la indicación del servicio médico del club, pueden ser atendidos por los especialistas de Policlínica Gipuzkoa. En ocasiones, cuando lo requieran las características de la lesión o la libre elección de asistencia médica, realizamos consultas e intervenciones en otros centros sanitarios. ♦

### «UEFAk ezarritako betebeharrak betetzen ditugu»

Denbora falta da gehienbat medikuek norgehiagoka baten erdian zelaira salto egiten dutenean jasaten duten arazo nagusia. Momentu horietan "gure eginkizun nagusia eragindako mina baloratzea da eta, hortik aurrera, jokalariek lanean jarraitu dezakeen edo ez erabakitzea". González de Susok horrelakoetan zerbitzu medikoko kideek "presio mediatiko izugarria" jasaten dutela dio eta, gainera, ez dutela telebistaren laguntzarik lesioa hobeto baloratu ahal izateko. Baliabideen aldetik Errealak "laguntza medikoaren inguruan UEFAk ezarritako betebeharrak" betetzen dituela argi utzi nahi du. Horregatik intentsibista eta erizain bana egoten dira bai zelaian eta baita harmailetan ere.



# Glosario BDSP de Salud Pública



Por iniciativa de la Comisión Europea, se elaboró en 2003 un glosario multilingüe (francés, inglés, español, alemán) de 400 términos de salud pública y promoción de la salud., en la que participaron expertos de 15 países de la CEE. En este nº y en el siguiente de Medikuen Ahotsa ofreceremos una selección de los principales conceptos de dicho glosario multilingüe.

Para más información, [http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/adsp-43\\_0406.pdf](http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/adsp-43_0406.pdf)

## ÁRBOL DE CAMPO

1. Bioestadística
2. Categorías de problemas de salud
3. Demografía
4. Economía de la salud
5. Medio Ambiente
6. Epidemiología
7. Ética y Derechos
8. Evaluación
9. Planificación / Administración
10. Prevención
11. Promoción de la salud
12. Seguridad Social
13. Sociología. Psicología
14. Sistemas de información
15. Sistemas de salud

## ZUHAITZ-EREMUA

1. Bioestatistika
2. Osasun-arazoen kategoriak
3. Demografia
4. Osasunaren ekonomia
5. Ingurumena
6. Epidemiologia
7. Etika eta Eskubideak
8. Ebaluazioa
9. Planifikazioa / Administrazioa
10. Prebentzioa
11. Osasunaren sustapena
12. Gizarte Segurantzza
13. Soziologia - Psikologia
14. Informazio-sistemak
15. Osasun-sistemak

## GAZTELANIA

- A**
- abogacía
  - abuso
  - abuso infantil (malos tratos a los niños)
  - accidente cerebrovascular
  - accidentes
  - acción comunitaria para la salud
  - acción paternalista
  - acreditación
  - actitud ante la enfermedad
  - adicción (dependencia)
  - admisión
  - afrontamiento del estrés; adaptación al estrés
  - alfabetización para la salud
  - análisis coste beneficio (ACB)
  - análisis coste utilidad (ACU)
  - análisis coste-efectividad (ACE)
  - análisis de minimización de costes
  - análisis de sensibilidad
  - análisis económico (en la sociedad)
  - años de vida ajustados por calidad (AVAC)
  - años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)
  - años de vida perdidos
  - apoyo social; soporte social
  - archivo médico
  - asistencia gestionada
  - asociación causal
  - atención ambulatoria
  - atención primaria

## EUSKARA

- abokatutza
- abusu; gehiegikeria
- haurren abusu (umeen tratatu txarrak)
- istripu zerebrobaskular
- istripuak
- osasun-ekintza komunitario
- ekintza paternalista
- akreditazio
- gaixotasunarekiko jarrera
- adikzio (mendekotasun)
- onarpen
- estresari aurre egite; stresaren kudeaketa
- osasun (mailako) alfabetatze
- kostua/mozkina analisi
- kostua/erabilgarritasuna analisi
- kostua/eraginkortasuna analisi
- kostu-minimizazioaren analisi
- sentikortasun(aren) analisi
- analisi sozioekonomiko
- kalitatearen arabera doitutako bizitza-urteak
- degaitasunaren arabera doitutako bizitza-urteak
- galdutako bizi-urteak
- gizarte-laguntza
- artxibo mediko
- arreta kudeatu; kudeatutako arreta
- kausa(zko) asoziazio
- zainketa anbulatorio
- lehen mailako arreta



atención secundaria	bigarren mailako arreta
atención terciaria	hirugarren mailako arreta
atribución causal	kausa-atribuzio
auditoría	auditoria; auditoretza
autoayuda	autolaguntza
autocuidado	autozainketa; norbere zaintza
autodeterminación	autodeterminazio
autoeficacia	autoeraginkortasun
autonomía	autonomia
<b>B</b> balance migratorio	migrazio-balantze
beneficencia	ongintza; benefizientzia
bienestar social	gizarte-ongizate; ongizate sozial
<b>C</b> calidad de vida	bizi-kalitate
carga global de enfermedad	erikortasun-tasa global
casuística	kasuistika
causalidad	kausallitate
censo	errola
centro de la familia (core)	familiagune
centro de revisión sanitaria	osasun-berrikuspeneko zentro
centro de salud; centro de atención primaria	osasun-zentro; lehen mailako arretako zentro
chequeo; examen de salud	txekeo; osasun-azterketa; osasun-miaketa
<b>Clasificación Internacional de Enfermedades; CIE</b>	<b>Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapen; GNS</b>
cobertura vacunal	txertaketa(ren) estaldura
cohorte	kohorte
colaboración intersectorial; alianzas en salud	sektoreen arteko lankidetzak; osasuneko aliantzak
colaboración para la promoción de la salud	osasuna sustatzeko lankidetzak
comunicación de riesgos	arriskuen jakinarazpen
comunidad	komunitate
conceptos no profesionales de salud y enfermedad	osasunari eta gaixotasunari buruzko herri-usteak
condiciones de vida	bizi-baldintzak
conducta de riesgo	arrisku(ko) portaera; jokabide arriskutsu
conductas de salud	osasun-portaerak
confidencialidad	konfidentzialtasun
conflicto de intereses	interes-gatazka
consentimiento informado	baimen informatu
consulta	kontsulta
contaminación	kutsadura
contaminación acústica	kutsadura akustiko; hots-kutsadura
contaminación aérea	airearen kutsadura; poluzio atmosferiko
contaminación del agua	uraren kutsadura; uraren poluzio
contaminación química	kutsadura kimiko
control de costes	kostuen kontrol
co-pago	koordainketa
coste de oportunidad	aukera-kostu
coste de producción	produkzio-kostu; ekoizpen-kostu
coste directo	zuzeneko kostu
coste estándar	kostu estandar
coste fijo	kostu finko
coste indirecto	zeharkako kostu
coste intangible	intangibleen kostu; ukiezinen kostu
coste marginal	kostu marjinal
coste medio	batez besteko kostu

## Glosario BDSP de Salud Pública (D)

coste real	kostu erreal
cribaje	baheketa; screening
cribaje de grupos específicos	talde espezifikoen baheketa
cribaje de masas	masa-baheketa
cribaje de nuevos casos; tamizado de repesca	kasu berrien despistaje; kasu berrien baheketa
cribaje multifásico	fase anitzeko baheketa
cribaje múltiple	baheketa anizkoitz
cribaje oportunista	baheketa oportunista
cribaje selectivo	hautazko baheketa
cribaje sistemático	baheketa sistematiko
cuarto mundo	laugarren mundu
cuidados compartidos; continuidad de la atención	zainketa partekatua; arretaren jarraitutasun
cuidados paliativos	zainketa paliatiboak; zainketa aringarriak
cumplimiento	compliance; betetze
<b>D</b> daño	kalte
daño/lesión ocupacional	lanbideak eragindako kalte/lesio
datos administrativos	datu administratiboak
declaración de enfermedades	gaixotasunak deklaratzeko
deficiencia	urritasun; gutxitasun; eskasia
demanda inducida; demanda derivada	eragindako eskari; eskari induzitu
demografía	demografia
densidad de incidencia	intzidentzia-tasa
depreciación	balio-galera; depreziazio
derechos humanos	giza eskubideak
derrame cerebral	garuneko isuri
desarrollo de la salud	osasun(aren) garapen
desarrollo sostenible	garapen jasangarri
desempleo	langabezia
desigualdad (en salud)	desberdintasun(ak)
desviación estándar (DE); desviación típica	desbiderapen estandar; desbiderapen tipiko
determinación de necesidades	premiak zehaztea
diagnóstico principal	diagnostiko nagusi
difusión de la información	informazioaren hedapen
difusión de la innovación	berrikuntzaren hedapen
dignidad humana	giza duintasun
discapacidad	desgaitasun
diseminación de información	informazioaren barreiatze (sakabanatze)
disminución de la tasa de natalidad	jaiotza-tasaren beherakada
disponibilidad de información	informazioaren eskuragarritasun
dolencia; achaque	aje; minantz
duración de la estancia	egonaldia iren iraupen
<b>E</b> educación a pacientes	pazienteen hezkuntza; pazienteak jaso beharreko hezkuntza
educación para la salud	osasun-hezkuntza
educación por pares; educación de iguales	pareen hezkuntza
efectividad	efektibotasun
eficacia	eraginkortasun; efikazia
eficiencia	efizientzia
emigrante	emigratzaile
empoderamiento	ahalduntze
encuesta de salud	osasun-inkesta
endemia	endemia
enfermedad	gaixotasun
enfermedad cerebrovascular	gaixotasun zerebrobaskular
enfermedad coronaria; cardiopatía isquémica	gaixotasun koronario; kardiopatia iskemiko



# Privatizaciones y acceso a la salud en el Sistema Sanitario Público Vasco



En los próximos meses Medicus Mundi, en colaboración con el Foro Vasco por la Salud, publicará una investigación con el objetivo de identificar los procesos privatizadores y la equidad en el acceso a la salud que se están dando en el sector público vasco.

A pesar de que el Real Decreto de 2012, que restringía el acceso universal a la salud y establecía el copago farmacéutico, entre otras medidas, no ha sido asumido por el Gobierno Vasco, y de que los datos de privatización en la CAV parecen estar siendo más escasos y no tan espectaculares como en CCAA como Madrid o Valencia, desde el Foro Vasco por la Salud se insiste en que se están dando algunos pasos de los que no se está informando y ante los que el colectivo sanitario y el conjunto de la ciudadanía debe prestar atención, de cara a exigir que el acceso público y universal a la salud no se vea mermado en ninguno de sus aspectos.

Ante la falta de información y transparencia por parte de Osakidetza y del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, desde el Foro y Medicus Mundi se quiere sacar a la luz qué está pasando en temas como las restricciones en contratación de personal o la reducción en su sueldo, la evolución de los presupuestos de Sanidad, qué gasto se está derivando a los conciertos con clínicas privadas y a las externalizaciones, o si se está atendiendo adecuadamente a todas las personas.

Para Juan Luis Uribe, presidente de Osalde –asociación participante en el Foro Vasco por la Salud–, es importante identificar lo que pudieran ser malas prácticas respecto a estos temas, ya que “donde se están dando procesos de privatización se están generando desigualdades sociales, y crear desigualdades en salud, expulsar determinados colectivos del sistema sanitario, supone destruir la cohesión social; y la falta de cohesión social crea un malestar social que acaba explotando de alguna manera”.



La vicepresidenta de Medicus Mundi Gipuzkoa, Inmaculada Vila, por su parte, tiene clara la línea roja que no se puede rebasar. “Lo importante es conservar el carácter universal del acceso a la salud, porque la tendencia de algunos gobiernos es privatizar cada vez más servicios. En Euskadi, de momento, no hemos tenido privatizaciones de hospitales, pero la proyección a futuro puede ser esa; por eso tanto desde la ciudadanía como desde el colectivo sanitario debemos estar alerta y participar en la reivindicación de lo público en todo momento”.

La investigación que ahora se pone en marcha tendrá precisamente ese objetivo: visibilizar los procesos privatizadores y el acceso a la salud en la CAV para reivindicar luego ante las administraciones públicas –con el apoyo del mayor número posible de personas– las carencias que puedan detectarse en el sistema de cara a garantizar que el derecho a una sanidad pública de calidad sea una realidad para todas las personas.

## ¡Asóciate! zuretzat, guretzat, denontzat; OSASUNA!

Si quieres asociarte a medicusmundi gipuzkoa, rellena este cupón y envíanoslo a:  
Medicus Mundi Gipuzkoa / C. Serapio Múgica 33, bajo / 20016 Donostia



Izena / Abizena1 / Abizena 2 Nombre / Apellido 1 / Apellido 2

NAN / NIF / Pasaporte DNI / NIF / Pasaporte

Jaiotza data Fecha de nacimiento

Helbidea (Kale mota, zenbakia, solairua, eskailera, eskua edo atea) / Domicilio (Tipo de vía, número, piso, escalera, mano o puerta)

PK CP

Hiria Ciudad

Probintzia Provincia

Telefona Telefono

E-maila E-mail

Lanpostua Profesión

☐ BAI, MEDICUSMUNDI GIPUZKOAKO BAZKIDE IZAN NAHI DUT / SÍ, QUIERO ASOCIARME A MEDICUS MUNDI GIPUZKOA

KUOTA / CUOTA

10€ ☐

20€ ☐

30€ ☐

Beste kantitate bat / Otra cantidad

ZENBATEKOTASUNA / PERIODICIDAD

Hilero / Mensual ☐

Hiruhilabeteko / Trimestral ☐

Seihilabeteko / Semestral ☐

Urtero / Anual ☐

HELBIDERATU (Kontu zenbakia, 20 digituak) / DOMICILIAR EN (Número de cuenta, 20 dígitos)

DATA / FECHA

SINADURA / FIRMA

### ONURA FISKALAK / BENEFICIOS FISCALES

medicusmundi gipuzkoa Herri Erabiltzailearen deklaratuak erabazteko dute eta kuoten edo dohainen %30 desgratzeko aukera ematen du PFEZearen eta sozietate-zerzan / medicusmundi gipuzkoa es una asociación declarada de Utilidad Pública que te permite desgravar el 30% de tus cuotas o donativos en el IRPF y en el impuesto de sociedades.

Interesdunek dagozkien informazioa ezagutzeko, aldatzeko, ezeztatzeko eskubidea dute, edo informazio hauen tratamenduari oposatzeko, eta informazio hau medicusmundi gipuzkoako fitxategietako parte izatea baitmentzen dute (Serapio Múgica 33, behea-20016 Donostia. Tel.: 943404740. E-maila: gipuzkoa@medicusmundi.es. Web: www.medicusmundi.es/gipuzkoa). Honen aurrean bere eskubideak gauzatu ahal izango ditu eta erlazio komertzial bat izateko eta erakundearen informazioa jasotzeko helburuarekin erabiltzeko eskubidea izango du (abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoa -Datu Pertsonalak Babes-teari buruzkoa). / Las personas interesadas tienen derecho a conocer, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento de la información que les concierne y autorizan que pase a formar parte del fichero de medicusmundi gipuzkoa (Serapio Múgica 33, bajo - 20016 Donostia. Tel.: 943404740. E-mail: gipuzkoa@medicusmundi.es. Web: www.medicusmundi.es/gipuzkoa), ante la cual podrán ejercitar sus derechos y a que sea utilizada para mantener la relación comercial y recibir información de la asociación (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos)



**RENTABILIDAD ASEGURADA PARA  
EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2015:**

**1,65% (\*)**

# Flexiahorro

**RENTABILIDAD ASEGURADA POR SEMESTRES NATURALES**

## **LIQUIDEZ: DESDE EL PRIMER MOMENTO.**

Durante el primer año se aplica una penalización  
del 2% sobre el importe rescatado.

## **DURACIÓN:**

Ilimitada, hasta que el cliente fallezca o rescate su inversión.

**FLEXIAHORRO es un SEGURO DE VIDA AHORRO de la  
Compañía CNP Partners de Seguros y Reaseguros, S.A.**, perteneciente al Grupo CNP Assurances, con rating A de Standard & Poor's y con una composición accionarial en el que más del 60% pertenece a empresas públicas o al estado francés. Bankoa actúa como mediador.

(\*) Diariamente se consolidan los intereses aplicables netos de gastos de 1,65%, y trimestralmente por anticipado se deduce la prima del seguro. Ejemplo de coste del seguro para una persona asegurada de 50 años: 0,62€ al trimestre durante el primer año. TAE estimada en este ejemplo con una inversión de 50.000€: 1,645%, pudiendo variar ésta con las revisiones semestrales del tipo de interés.

La TAE está calculada bajo la hipótesis de que el tipo de interés no varía. Por tanto, esta TAE variará con las revisiones semestrales del tipo de interés. El tipo de interés asegurado de este producto podrá oscilar tanto hacia arriba como hacia abajo, como consecuencia de las variaciones de los tipos de interés del mercado.

Bankoa es una Agencia de Seguros Exclusiva de Predica, Sucursal en España, inscrita en el Registro Administrativo de Mediadores de Seguros con el código E0125A20043717, y autorizada por Predica, Sucursal en España para la distribución de productos de la Compañía de Seguros CNP Partners de Seguros y Reaseguros, S.A.

ENTIDAD MEDIADORA



ENTIDAD ASEGURADORA

