

MEDIKUEN AHOTSA

GIPUZKOA MÉDICA



Reportaje sobre Biodonostia + Entrevista a Ander Ramos

La investigación sanitaria en Gipuzkoa

Eztabaida:
¿Sendagaien
patenteen
desjabetzea
bidezkoa ahal da?



PILAR LOIS
ACEBEDO

Emakume
aitzindari eta
bokaziozkoa

Xabier Mitxelena
«Bi urtetik
hona arreman
estuagoa daukagu
espezialistekin»



Ayúdanos a salvar más vidas

Envía **“MÉDICOS”** al **28033***

* Donativo de 1,20€ a Médicos Sin Fronteras (coste máximo del SMS 1,45€ según operadora).
info@sitmobile.com



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 kopiazea onartzen da // Se autoriza la reproducción total o parcial siempre que se cite la fuente.

Síguenos en
Jarraitu  

FACEBOOK.COM/COLEGIOELKARGO
@COLEGIOELKARGO

Editorial

Editoriala

5

Tribuna Abierta - Pedro Gorrotxategi

Tribuna Irekia - Pedro Gorrotxategi

6-7

Asesoría Jurídica - Jon Pellejero

Aholkularitza Juridikoa - Jon Pellejero

8-9

Comisión Deontológica - Enrique Arriola

Batzorde Deontologikoa

10-11

El Colegio, ¿para qué? - Oficina de Cooperación

Elkargoa, zertarako? - Kooperazio Bulegoa

12-13

En Portada: Reportaje sobre Biodonostia

Azaleko Gaia: Biodonostiaren inguruko erreportaia

14-17

En Portada: Entrevista a Ander Ramos

Azaleko Gaia - Ander Ramosi elkarrizketa

18-19

El Debate - Patentes, ¿deben expropiarse?

Eztabaida - Patenteak, desjabetu behar al dira?

20-21

Actividad Colegial

Elkargoaren jarduera

22-23

Gipuzkoa - Entrevista a Xabier Mitxelena

Gipuzkoa - Xabier Mitxelenari elkarrizketa

24-25

Asamblea General

Batzar Orokorra

26-27

Médicos y Jóvenes - III Congreso de Médicos Jóvenes

Medikuak eta Gazteak: Mediku Gazteen III Biltzarra

28-29

Pilar Lois Acebedo

Pilar Lois Acebedo

30-31

Cuento ganador del I Concurso de Cuentos del Colegio (euskara)

Elkargoko Ipuinen I. Lehiaketako ipuin irabazlea (euskara)

32-34

Diccionario Médico

Medicuntzako Lexikoa

35-37

Ocio - Barceló Viajes

Aisia - Barceló Viajes

38



Por ser miembro del Colegio Oficial de Médicos de Guipúzcoa

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



CORRIGE TU MIOPIA, HIPERMETROPIA O ASTIGMATISMO PARA SIEMPRE.

Ahorra más
de 300 €

PRUEBAS PREVIAS

40 €
~~80 €~~

INTERVENCIÓN

845 € /ojo
~~990 €~~ /ojo

OFERTA

Incluidas todas las revisiones hasta el alta médica

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

*Tarifas válidas hasta el 31/12/2015 en clínica Innova Ocular Begitek. No acumulable a otras ofertas.

Catarata / Presbicia / Córnea / Glaucoma / Estrabismo / Retina / Neuroftalmología
Oculoplastia / Oftalmología Infantil / Contactología

Imprescindible acreditarse en la primera visita a clínica

EDITORIALA // EDITORIAL

Medikuntza gaur den bezalakoa bada, ikerketa sanitarioari esker gertatu da hori. Azken hamarkadetan gizakioi gure bizi-itxaropena handitzeko modua eman diguten aurrerapenak ikerketa sanitarioaren eskutik etorri dira. Eta mediku bezala burututako gure lan asistentzian egindako ibilbide luze nahiz laburrean guztiok sumatu izan ditugun erraztasunak ere, neurri handi batean, ikerketa sanitarioari esker lortu ahal izan ditugu.

Gipuzkoako Sendagileen Elkargo Ofizialak ikerketa sanitario hori gure lurraldean sustatzen eta elkargokiden aurrean baloratzen eta aldarrikatzen lagundu nahi luke, bere ahalbideen barruan. Eta gure kolektiboaren barruan Elkargoko Fundazioari dagokio egiteko hori. Fundazioaren Estatutuetak sorburuko helburuen artean jasota dago, hain zuzen ere, “ikerketa medikoaren sustapena”. Testu horretan bertan ezartzen da, era berean, Fundazioak “azterketa eta ikerketako lanak sustatuko dituela berebat, laguntza ekonomiko, material eta azpiegiturakoen bitartez”.

Azken hilabeteotan ekimen desberdinak jarri dira martxan Estatutuetan xedatutako agindu horiek betetzeko asmoarekin. Abenduan, esate baterako, ospitaleen, zentro teknologikoen eta profesional sanitarioen arteko lotura egiteko tresna nagusia den BioDonostia Institutarekin hitzarmen bat sinatu zen, gure lurraldean ikerketa sanitarioa indartu eta sustatzeko. Eta akordio horri es-

ker, Elkargoko Fundazioak laguntza ekonomiko batzuk emango dizkie Gipuzkoan izena emanda dauden elkar-gokideei, Institutuan sor daitezkeen ikerketako proiektuak martxan jartzeko.

Iazko urte-amaieran jarri ziren abian Fundazioak ematen dituen sari desberdinen deialdiak, xede edo helburu bera lortzeko asmoz. Sari horien artean nabarmentzeko modukoak dira Gipuzkoan kolegiatuak dauden medikuek argitaratutako artikulu zientifikorik onenak edo doktoretzako tesirik onenak aitortzeko sortutakoak. Datozen asteetan emango dira ezagutzera sari horietako aurreneko edizioen irabazle aterako direnen izenak, eta Elkargoak bihotz-bihotzez eskertu nahi luke lerro haue-tatik parte-hartzaile guztien ekarpena.

Ikerketa sanitarioari dagokionez gure lurraldeak dituen aukerak erakutsi nahi lituzke *Medikuen Ahotsa – Gipuzkoa Médica* aldizkariaren ale berri honek. Bertan Biodonostiari buruzko erreportaje zabala eskaintzen da, Institutu horrek medikuei bere lan asistentzian zer-nolako laguntza eman diezaiekeen agerian jartzen duena. Eta erreportaje horrekin batera, iktus bat jasan duten pazienteen bizi-kalitatea hobetzeko egindako ikerketengatik Alemanian saritua izan den Ander Ramos ingeniariari egindako elkarrizketa ere nabarmen-duko genuke. Ikertzaile gazteak medikuen eta beste diziplina eta arlo batzuetako ikertzaileen arteko lan bateratuaren premia azpimarratzen du elkarrizketan. ◆

La Medicina es como la conocemos hoy gracias a la investigación sanitaria. Los avances que han permitido que en las últimas décadas los seres humanos hayamos multiplicado nuestra esperanza de vida han llegado gracias a la investigación sanitaria. Y las facilidades que todos hemos constatado a lo largo de nuestra trayectoria en el ejercicio de nuestra labor asistencial como médicos los hemos podido obtener, también, gracias a la investigación sanitaria.

El Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa pretende contribuir dentro de sus posibilidades a fomentar esa investigación sanitaria en nuestro territorio y a ponerla en valor ante los colegiados. En nuestro colectivo esa función le corresponde a la Fundación del Colegio. Uno de los objetivos recogido en los fines fundacionales de los Estatutos de la misma es, precisamente, el “fomento de la investigación médica”. En el mismo texto se establece, también, que la Fundación “fomentará igualmente la labor de estudio e investigación mediante ayudas económicas, materiales y de infraestructura”.

En los últimos meses se han puesto en marcha distintas iniciativas para cumplir con esos mandatos estatutarios. En diciembre se suscribió un convenio con el Instituto BioDonostia, principal instrumento de enlace entre los hospitales, los centros tecnológicos y los profesionales sani-

tarios, para potenciar la investigación sanitaria en nuestro territorio. Gracias a ese acuerdo la Fundación del Colegio concederá a médicos colegiados en Gipuzkoa una serie de ayudas económicas para poner en marcha los proyectos de investigación que surjan en el Instituto.

A finales del año pasado se pusieron en marcha con el mismo fin las convocatorias a los diferentes premios que da la Fundación, entre los que destacan los creados para reconocer los mejores artículos científicos publicados por médicos colegiados en Gipuzkoa, o las mejores tesis doctorales. En las próximas semanas se conocerán los nombres de los ganadores de las primeras ediciones de esos premios, a los que el Colegio quiere agradecer su contribución a través de estas líneas.

Esta nueva edición de *Medikuen Ahotsa – Gipuzkoa Médica* sale a la luz con la intención de mostrar las posibilidades de nuestro territorio en cuanto a la investigación sanitaria se refiere. Incluye un extenso reportaje sobre Biodonostia, que permitirá a los médicos conocer de qué manera puede ayudarles este instituto en su labor asistencial. A esto se le añade la entrevista realizada al ingeniero Ánder Ramos, premiado en Alemania por sus investigaciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un ictus, que destaca la necesidad del trabajo conjunto de médicos e investigadores de otras disciplinas. ◆



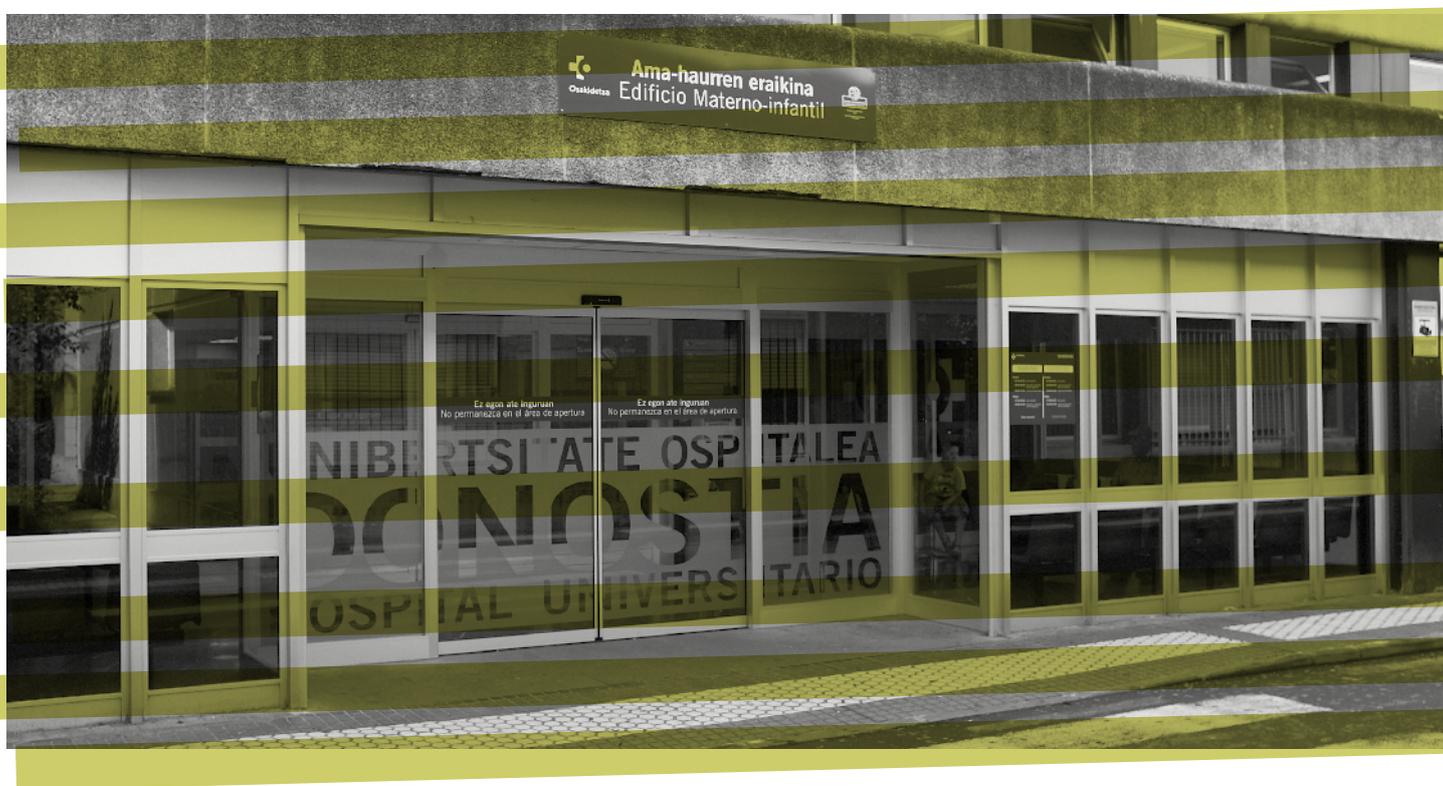
PEDRO GORROTXATEGI GORROTXATEGI

ASOCIACIÓN VASCA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AVPAP)



¿Son adecuadas las OSI o ponen en peligro la Pediatría de Atención Primaria?

Osakidetza ha utilizado el nuevo sistema para tratar de reestructurar las funciones de las plazas de Pediatría



El último número de *Medikuen Ahotsa* recogía dos opiniones sobre las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), con las aportaciones de Iñaki Berraondo, director de Aseguramiento Sanitario y, previamente, gerente de la OSI Bidasoa, y el presidente de Osatzen, Rafael García. Un aspecto que no tocaron ninguno de los dos es el de la Pediatría de Atención Primaria, especialidad que puede verse gravemente afectada en las nuevas OSI.

Estoy de acuerdo con los objetivos de la creación de las OSI en el País

Conclusiones

- 1-** La legislación sobre las OSI no permite que los pediatras de atención primaria sean obligados a realizar guardias hospitalarias ni tampoco el actual Acuerdo de Condiciones de Trabajo de Osakidetza.
- 2-** La creación de plazas mixtas hospital-primaria es una opción no deseada por los pacientes y puede llevar a la larga a la desaparición de la pediatría de atención primaria.
- 3-** La atención continuada y el adecuado seguimiento de los niños por el pediatra de atención primaria es la mejor forma de gestionar el acceso de la población infantil al sistema sanitario, siendo preciso aumentar las plazas de pediatría en formación para llegar a estos objetivos.

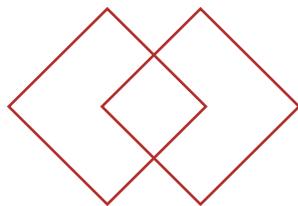
LOS COLEGIADOS INTERESADOS EN ESCRIBIR EN ESTA SECCIÓN PUEDEN ENVIAR UN CORREO A PRENSA@GISEPORG / ATAL HONETAN IDAZTEKO INTERESA DAUKATEN ELKARGOKIDEEK MEZU BAT BIDALI DEZAKETE PRENSA@GISEPORG HELBIDERA

Vasco, es decir, con mejorar la continuidad de cuidados. Pero en el caso de la Pediatría esta coordinación ya existe. Son los denominados procesos de atención integrada, y tienen al pediatra como referente, habiendo varias experiencias muy satisfactorias en la Comarca Bilbao, como son el proceso de atención materno-infantil y los procesos de atención integrada al niño con asma y al niño con necesidades especiales (1). Además hay diversos acuerdos, aceptados por todas las partes, recogidos en el programa integral de atención al niño en Euskadi denominado *Umeak Zainduz* (2).

Eso es totalmente contrario a lo que sucedió en la OPE de Pediatría de Atención Primaria, donde se obligó a los pediatras que accedían a una plaza de Atención Primaria a realizar guardias en el hospital, teniendo en contra la opinión de todos los pediatras miembros del tribunal. Este hecho fue denunciado por la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria, e incluso se solicitó amparo a este Colegio de Médicos, como puede leerse en las noticias de dicha asociación publicadas en la Revista de Pediatría de Atención Primaria (3).

Es diferente coordinar la atención, “interacción de profesionales que atienden al paciente”, que según dice el Dr. Berraondo es la finalidad de la integración asistencial, que la “movilización de profesionales entre primaria y especializada” en función de los intereses de los gerentes y de la demanda asistencial, como se ha hecho, de forma irregular, en la pasada OPE.

La existencia de esas plazas mixtas primaria-hospital de Pediatría es rechazada por las asociaciones pediátricas de primaria y por los propios pacientes. El único caso en que se han intentado llevar a cabo fue en la Comunidad de Madrid, obteniendo el rechazo unánime de los pediatras, que elaboraron el denominado *Manifiesto en defensa del pediatra*



Pediatren funtzioen birantolaketa egiten saiatzen ari da Osakidetza

de cabecera que decía: “La nueva figura de pediatra a tiempo parcial compartido entre los centros de salud y los hospitales no solucionará el problema de la falta de pediatras, que semejaría aumentando las plazas de MIR en formación, y a la larga llevará a la extinción de los pediatras de los centros de salud. Desaparece el pediatra de cabecera y los niños son atendidos por turnos por dos o más pediatras distintos, según el día que vayan al centro de salud, ya que estos profesionales, además,

tienen que cubrir las guardias de los hospitales” (4). Se recogieron 24.228 firmas en toda España. En la nota de prensa, los pediatras madrileños decían: “Los ciudadanos apoyan nuestro trabajo como pediatras de cabecera en los centros de salud y quieren tenernos a su lado; nos consideran imprescindibles para la salud de sus hijos y nos han mostrado así su apoyo. Los ciudadanos se niegan a que desaparezca su pediatra de cabecera de su centro de salud y que los pediatras trabajen sólo en los hospitales” (5).

Creemos que Osakidetza ha utilizado las OSI para tratar de hacer una reestructuración de las funciones de las plazas de Pediatría que pone en peligro el futuro de la Pediatría de Atención Primaria. Esperemos que esto no llegue a suceder y desde la AVPap defenderemos con uñas y dientes que el pediatra de cabecera sea el primer contacto de los niños con el sistema sanitario, ya que este modelo ha demostrado en una revisión sistemática que es más efectivo que otras formas de atención a la población infantil (6). ■

Bibliografía

1. Aparicio E. ‘Experiencias de atención Integrada en Pediatría atención primaria-Hospital. El pediatra como referente.’ Bol. S Vasco-Nav Pediatría 2014; 46; 27-32.
2. ‘Acuerdos con Osakidetza. Proyecto UmeakZainduz’. 17 de octubre de 2012. <http://www.avpap.org/documentos/varios/UmeakZainduz.pdf>
3. Noticias de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria (AVPap). RevPediatr Aten Primaria 2013;15: 25-26. http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5LjPqmzmYU-JVNzPdnv4dANhkrl
4. ‘Manifiesto en defensa del pediatra de cabecera’. Asociación Madrileña de Pediatría. http://www.ampap.es/profesion/pdf/MANIFIESTO_en_defensa_del_pediatra_de_cabecera.pdf
5. ‘Los ciudadanos apoyan mayoritariamente la figura del pediatra de cabecera.’ http://www.ampap.es/profesion/pdf/20091109_firmas_manifiesto_np.pdf
6. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB y cols. ‘¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática.’ Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2011;(18):3-64.



JON PELLEJERO ARAMENDIA

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

La situación jurídica del médico ante el plan para reformar la Ley del Aborto

Recientemente se ha presentado en el Congreso un Proyecto de Modificación de la Ley Orgánica 2/2010 que tiene como consecuencia la modificación de una de las Leyes de cabecera para los médicos: la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

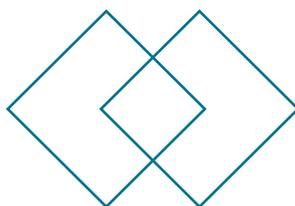
Nuevamente nos volvemos a encontrar con esta ley de apenas 23 artículos, pero muy completa y densa. Con el Proyecto de Modificación se pretende alterar el artículo 9 de la Ley 41/2002 que tiene el título de Límites del Consentimiento Informado y Consentimiento por representación. Este precepto será reformado por tercera vez, si bien el apartado 4, que es al que nos vamos a referir, se modifica por segunda ocasión.

En la primera redacción del artículo 9.4 se establecía que “La interrupción voluntaria del embarazo (...) se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación”.

Con posterioridad se eliminó del mismo cualquier referencia a la interrupción voluntaria del embarazo, y la misma se reguló en la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual. Fue el artículo 13.4 de dicha norma el que abordó la situación de las mujeres de 16 y 17 años, estableciendo que el consentimiento para la interrupción del embarazo les corresponde a ellas, aunque alguno de los representantes legales deberá ser informado de la decisión salvo que se encuentre en alguno de los casos previstos en la Ley en los que no es necesaria esa información: Conflic-



PANAMERICANHEALTHORGANIZATION



Medikua egoera zailagoan geldituko litzateke gerta daitezkeen gatazken aurrean

to grave, peligro de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, etc.

Con la Proposición de Ley Orgánica que se ha presentado se elimina el artículo 13.4 de la Ley Orgánica 2/2010 y se añade un nuevo párrafo al apartado 4 del artículo 9 de la Ley 41/2002:

Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a

la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

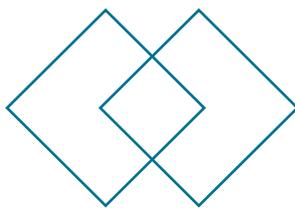
Esta nueva redacción, junto a la aplicación de otros artículos de diferentes normativas, puede dar lugar a una situación compleja para el médico. Se pasa de una legislación en la que la situación del médico era hasta cierto punto clara, a una nueva en la que va ser más compleja ante los conflictos que puedan surgir. No obstante, si las estadísticas que se han publicado son ciertas, se trataría de pocos casos.

Según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente el titular del derecho a la información es el paciente, y el artículo 7 recoge el derecho a la intimidad. Por ello, cualquier consulta de una paciente de 16-17 años seguirá amparada por estos derechos, puesto que se debe diferenciar la consulta médica de la actuación posterior que pudiera tener lugar. De la misma forma, las únicas que tendrían acceso a la Historia Clínica serían las pacientes, puesto que así lo establece el artículo 18 de la misma ley.

La nueva redacción no establece de forma expresa que sea requerido el consentimiento de la menor para la interrupción del embarazo. Lo que establece es que será precisa “su manifestación de voluntad” y el “consentimiento expreso de representantes legales”. Se diferencia el “consentimiento expreso” y la “manifestación de voluntad”, por lo que puede dar a entender que habrá que escuchar a las menores pero que el consentimiento lo darán sus representantes.

La redacción actual exige que uno de los representantes legales de la menor sea informado de la decisión de interrumpir el embarazo. Pero el nuevo texto requiere la manifestación de voluntad de la menor y el consentimiento expreso de sus representantes legales, por lo que si hay más de uno se exige el consentimiento de todos.

Ante todo esto hay que tener en cuenta también lo dispuesto en el



Adingabekoek beren legezko ordezkarien baimena beharko dute haurdunaldia eteteko



Emantzipaturik dauden 16 eta 17 urteko neskek legeak jasotzen ez duen egoeran geldidatezke

Código Civil, que regula el derecho a la emancipación de los menores (arts. 314 y siguientes), estableciéndose en el artículo 323 del Código Civil que el emancipado se encuentra facultado para regir su persona como si fuera mayor de edad. Sin embargo, la nueva redacción no realiza ninguna referencia al Código Civil en este sentido, por lo que las menores que tengan 16-17 años y que se encuentren emancipadas podrían encontrarse en una situación no recogida por la Ley. Por un lado, pueden regir su persona como si fueran mayores de edad y, por otro, la nueva redacción de la Ley 41/2002 no contempla su situación. Podría interpretarse que como pueden regir su persona según el Código Civil como mayores de edad, podrían decidir por sí mismas, por lo que unas pacientes con 16-17 años podrían decidir por sí mismas y otras con esa edad no. A todo ello habría que añadir los diferentes proyectos de modificación de diferentes leyes que pretenden establecer la edad de matrimonio y consentimiento sexual en 16 años, lo que podría dar lugar a conflictos en estas situaciones.

En la propuesta para la nueva redacción se hace mención al Código Civil para el supuesto de que exista un conflicto, por lo que se entiende que

se está refiriendo a los artículos 156 y siguientes. Pero la ley no establece ningún procedimiento a seguir, aunque sería un procedimiento de Jurisdicción Voluntaria regulado por los artículos 1811 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Civil de 1881 que todavía se encuentra vigente. Por tanto, habría que acudir a un procedimiento judicial en el que un Juez decidiría escuchando a las partes en conflicto.

Finalmente nos encontramos con la problemática desde el punto de vista penal. Actualmente la interrupción voluntaria del embarazo se encuentra regulada en los artículos 144, 145 y 145 Bis, estableciéndose en todos ellos que se debe informar a la mujer y que se necesita su consentimiento. Por lo tanto se interpreta que habiendo informado a la paciente de 16-17 años y teniendo su consentimiento, se cumple con lo establecido por el Código Penal.

Sin embargo, los artículos 145 y 146 bis también se refieren a la práctica de la interrupción del embarazo fuera de los casos permitidos por la ley. En este caso habría que interpretar si la ausencia del consentimiento expreso de los padres supone una infracción con trascendencia en el ámbito penal, pudiéndose considerar que no supone tal infracción si se encuentra dentro de los supuestos previstos por la Ley. Porque la ausencia de consentimiento de los representantes legales no hace que nos encontremos fuera de estos supuestos, sino que faltaría un requisito.

Esta nueva propuesta deja al médico en una situación delicada. Por eso se puede criticar la norma desde el punto de vista de técnica jurídica, puesto que siendo clara la intención de la modificación, se dejan diferentes cuestiones legales sin respuesta o sujetas a interpretación. Esto va a dejar a los profesionales sanitarios en una posición compleja. ♦



■ http://www.gisep.org/es_Legislacion.aspx



ENRIQUE ARRIOLA MANCHOLA

GERIATRA. COORDINADOR DEL GRUPO DE DEMENCIAS DE LA SEGG. MATIA FUNDAZIOA.



El profesionalismo y el cambio de visión social de la profesión médica (2)

Aspectos que han cambiado nuestra vida

1. La relación médico enfermo (RME), tanto que relación interpersonal, no es que pueda ser accidentalmente conflictiva sino que es esencialmente conflictiva. Jamás la RME fue tan conflictiva como hoy, y que lo sea no es en sí mismo algo malo, es señal de que vivimos cambios y crisis. La RME se desarrolla habitualmente en un medio público donde intervienen diferentes protagonistas (sanitarios, enfermos y familia, la administración sanitaria y el derecho). Comprender que cada parte tiene su protagonismo es necesario para poder desarrollar una sanidad en mejora. Por otra parte, se han cometido errores. El Consentimiento Informado (CI) en vez de dar fe de una nueva relación médico enfermo, del intercambio de información o de enriquecimiento democrático, lo hemos convertido en una herramienta de la que recelan médicos y enfermos. Los primeros lo ven como una medida de seguridad defensiva para evitar denuncias, y los enfermos lo contemplan como quien entrega un *cheque en blanco*.

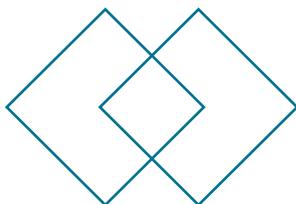
2. Para muchos sanitarios esta revolución se ha convertido en una forma de control y su **esquema de hacer el bien (principio de beneficencia) se ha desfigurado** hasta perder sentido.

3. Con la segunda década del pasado siglo la Medicina dio pasos de gigante, entre otros, su capacidad por mejorar las condiciones de vida, erradicar las muertes prematuras y controlar las enfermedades infecciosas. Es curioso el desarrollo

de la Esperanza de Vida (EV) a lo largo del tiempo. Hace 35.000 años AC la EV era <20 años, en el imperio romano de 20-25 años, en el siglo XIX (finales) de unos 40 años, en el siglo XX (finales) de 74-81 años. Es decir, han sido necesarios 36.900 años para doblar la EV de 20 años a 40, y sólo 100 años (los últimos) para doblar de nuevo esta EV. Sin embargo, su colaboración a la **prolongación de la vida** nos ha dejado nuevos retos: por un lado está la gestión de las enfermedades crónicas/medicamentos de muchos mayores. Por otra, la aparición de una vejez que conserva una buena salud física y mental, y mantiene una buena red de conexión social.

4. El triunfo del individualismo, entendido como la capacidad de elegir por uno mismo sobre supuestas infinitas posibilidades de tratamiento origina: **a)** una desilusión, porque no son ciertas tantas posibilidades, la dura realidad de la demencia y sus posibilidades de tratamiento lo expresan claramente. **b)** Hace que los hom-

bres nos alejemos de los órdenes sociales que teníamos como referentes (familia, religión, referentes sociales...). Sobre esto han llamado la atención los comunitaristas. Como bien señala Charles Taylor (1) *una vez que la sociedad deja de tener una estructura sagrada, una vez que las convenciones sociales y los modos de actuar dejan de estar asentados en el orden de las cosas o en la voluntad de Dios, están en cierto sentido a disposición de cualquiera. Una vez que las criaturas que nos rodean pierden el significado que correspondía a su lugar en la cadena del ser están abiertas a que se las trate como materias primas o instrumentos de nuestros proyectos.* Es decir, como asegura el autor, todo cae en manos del racionalismo instrumental. El mundo actual se nos presenta como un espacio (al menos en apariencia) más seguro y con más abundancia de cosas, donde no estamos tan obligados a acatar las normas sociales, donde casi nadie nos discute el derecho a vivir según nuestras normas (2). El éxito biológico es la supervivencia y siempre la supervivencia ha estado asociada a la adaptación al medio, a aceptar, a acatar, a integrarse en esa sociedad o entorno. En estos momentos (hoy) la técnica no es la adaptación del hombre al mundo, sino la creación de un mundo nuevo, de imaginario a virtual y de aquí a casi real. El individualismo ha podido producir ya lo que los comunitaristas han dado en denominar una *desarticulación* en la sociedad. No sabemos el alcance ni el grado de irreversibilidad de esta situación. Pero cuando inevi-



Mediku eta pazientearen arteko harremana gatazkatia da funtsean

tablemente tenemos que hablar de limitación en la distribución de recursos escasos, de esfuerzos extraordinarios o excesivamente costosos, lo tendremos que hacer desde una perspectiva global y pública. Si no es seguro que discriminaremos no sólo a ancianos sino también a jóvenes que tienen su derecho a disfrutar de una vida prolongada y digna.

5. El coste de los medios: la salud no tiene precio, pero sí coste.

6. El mercado y la demanda del público (2): Algunas de las actuaciones de los médicos responden más a los deseos de las personas de solucionar sus problemas sean sanitarios o no pero que precisan de conocimientos médicos o biológicos para su realización. Entramos de este modo a la distorsión de los fines de la medicina. La sociedad “amplía” los cometidos de los profesionales y este empuje es coordinado, dirigido y promocionado por las fuerzas económicas para satisfacer las necesidades del mercado y sus oportunidades de negocio. La profesionalidad médica está siendo seriamente amenazada por esta industrialización. La medicina, mejor dicho determinados aspectos desarrollados por profesionales con conocimientos médicos se convierten en un bien de consumo más, y por extensión mediante una visión miope de la misión de la profesión, el resto de los actos médicos. La oferta de servicios médicos pasa a ser regida por las leyes del mercado y vigilada por el derecho mercantil. ¿Es esto lo que queremos? No es nuevo el mundo de los deseos, ya Aristóteles afirmaba: *la naturaleza del deseo no conoce límites, y la mayor parte de los hombres viven para colmarla* (3). Los usuarios no dejan de pedir o exigir y la sociedad en general no quiere y no le gusta un mundo con restricciones o límites. Los deseos se convierten en parte y en muchos, en gran parte de su identidad alejándolos del mundo real, que nadie ha asegurado que vaya a ser divertido e instalándolos en el mundo de los deseos, es decir en un mundo sin limitaciones que suponen pueden exigir al resto de la sociedad. Como por ejemplo tener un hijo de una determinada raza o de

un determinado color o incluso con un color de ojos determinado. Esta actitud en el ejercicio de la medicina choca también, cuando nos solicitan una prueba que no consideramos indicada por ejemplo u otro tipo de peticiones. Otro ejemplo de mi experiencia personal, paciente con diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia y obesidad, no quería saber nada de medidas no farmacológicas quería que le recetase las pastillas y sólo las pastillas que fuesen necesarias para permitirle llevar la vida que a él le gustaba llevar y él identificaba como “su vida”, está bien, pero entramos en otro debate ¿debe ser la sociedad la que financie esos medicamentos. Por otro lado tenemos la “medicina” del perfeccionamiento, organismos normales quieren ser mejores en diferentes aspectos: cognitivos, de rendimiento físico o sexual. La terapéutica deja de tener sentido sólo en la enfermedad sino puede ser útil para aumentar la calidad de vida o el bienestar de las personas de acuerdo con sus deseos o necesidades. Estamos hablando del abuso del sildenafil, la fluoxetina, el metilfenidato, el estiramiento facial, los esteroides y la medicina estética u “otra medicina”, la de la comodidad : exponentes de ello lo tenemos en la píldora del día después o el alumbramiento de un hijo en una fecha determinada. La medicina no es un conjunto de prácticas asociadas a tecnología cada vez más eficiente al servicio de todos nuestros deseos. El médico no es sólo un “ingeniero de cuerpos” contratado por un cliente.

7. La “medicalización” de la vida. Mediante la conversión de un problema social o personal en un problema médico o sanitario, en ocasiones no es un problema sino de una problemática normal y

que además favorece la creatividad y la madurez de las personas (niños más movidos, la adolescencia en general, la ansiedad ante un examen o de exponer algo en público...). La “medicalización”, provoca entre las personas el efecto de alimentar que, mediante un tratamiento farmacológico, la medicina pueda erradicar un inmenso cúmulo de aspectos normales de la vida de las personas pero que pueden ser poco agradables de pasar (el duelo por la muerte de un familiar) pero consustanciales con la vida. Por ejemplo, yo no puedo solucionar los problemas sociales o de relación de las personas pero puedo hacer que duerman o sean menos “sensibles”, conscientes o “vulnerables” a la presión psicológica.

8. Nueva comprensión de la responsabilidad: *consideramos que la confianza es algo obsoleto, incluso peligroso en la vida pública y profesional, deberíamos establecer robustos sistemas de responsabilidad, reemplazando la confianza por estructuras fuertes de control y seguridad* (4). Tres palabras son el nuevo paradigma del profesional: *Managerial accountability, Transparency, Audit Culture* y con estos tres conceptos creemos edificar seguridad, transparencia y credibilidad. Pero, inevitablemente, nos pasamos la vida tomando decisiones en ausencia de información completa, en ausencia de garantías definitivas, no libres de riesgo, cuando no muchas de ellas desde una gran incertidumbre. Desde esta realidad diaria, asegura O'Neill, la necesidad de que exista una inevitable confianza entre los agentes parece más que deseable. Por más que unas *guide-lines* sean oportunas, lo que nos interesa es tener confianza en las personas que las redactan. *

Bibliografía

- 1.- Taylor C. La Ética de la autenticidad. Ediciones de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Barcelona .1.994 :40. 2.- Gonzalez Quirós JL, Puerta JL. Tecnología, demanda social y “medicina del deseo”. *Med Clin(Barc)*.2009;133(17):671-675. 3.- Aristóteles. Política. Madrid: EditorialGredos;1988p.115(1267b). 4.- O´neill O. Accountability, trust and informed consent in medical practice and research. *Journal of the Royal College of Physicians* 2.004 Vol 4(3):269-276

EL COLEGIO, ¿PARA QUÉ? // ELKARGOA, ZERTARAKO?

Oficina de Cooperación

Enlace entre el Colegio y los voluntarios médicos

Elkargoaren eta sendagile boluntarioen arteko bitartekaria



La Oficina pretende ser un punto de encuentro entre médicos cooperantes. ROSA ARROYO

Desde principios de año, la Fundación del Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa ha puesto a disposición de los colegiados un nuevo servicio con el que pretende encauzar la cooperación de los médicos guipuzcoanos y servir de enlace entre éstos y las instituciones u organizaciones no gubernamentales que necesitan voluntarios para poner en marcha sus proyectos solidarios.

La Oficina de Cooperación, de la que ya disponen en otros colegios desde hace años, no sólo viene a cumplir con uno de los fines fundacionales de la propia Fundación: el que se refiere al “fomento de la investigación médica y promoción del voluntariado para participar en asistencias y ayudas médico sanitarias a desprotegidos, necesitados y tercer mundo, participando con ONGS que ofrezcan ayuda sanitaria”. También pretende ser un punto de encuentro en el que los profesionales guipuzcoanos interesados en cooperación y desarrollo puedan compartir sus experiencias de voluntariado y aclarar las

dudas o preguntas de quienes quieran ser voluntarios en un futuro cercano.

La sede de la oficina es virtual: la web del Colegio. En la página están recogidos los diferentes servicios que ofrece esta nueva plataforma. Allí se han colgado, además, las bases para solicitar ayudas a la cooperación que la Fundación destinará a aquellas organizaciones en las que participen médicos colegiados. Las primeras beneficiadas se darán a conocer en las próximas semanas, y los representantes de las mismas serán invitados a participar en una jornada de presentación de la Oficina de Cooperación que tendrá lugar en el Colegio, y en la que también intervendrá Iñaki Prieto, miembro de la Junta de Gobierno y responsable de la Oficina. El acto servirá para aclarar todas las dudas que surjan entre los colegiados acerca de este nuevo servicio.

Como se ha explicado anteriormente, la Oficina también servirá de escaparate para todos aquellos proyectos de voluntariado en los que hayan participado médicos colegiados en Gipuzkoa. Por ello, quien alguna vez haya sido cooperante y le apetezca compartir sus experiencias con los médicos puede enviar al Colegio sus resúmenes, reflexiones o fotos de dichos viajes solidarios, que se publicarán en una sección específica de la web colegial.

La Fundación pretende además abrir la Oficina de Cooperación a todas las organizaciones solidarias del territorio con la intención de servirles de plataforma de enlace con los médicos que quieran ser cooperantes. En la página web se incluye por ello un apartado de ofertas en el que estas ONG pueden publicar sus necesidades de voluntarios. Ya se publican en esta misma sección las ofertas que hace llegar la Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios (Fundación FRCOMS) de la Organización Médica Colegial (OMC).

La Oficina de Cooperación del Colegio también ofrece, en todo caso, la posibilidad de que los colegiados que quieran ser voluntarios se inscriban en una Bolsa de médicos cooperantes que se pondrá a disposición de las organizaciones interesadas. Se facilitan dos opciones: por un lado, una bolsa específica del ámbito guipuzcoano, en la que los colegiados pueden inscribirse poniéndose en contacto con el Colegio a través del correo electrónico de la Oficina (cooperacion@gisep.org). Por otro está la bolsa de la Fundación FRCOMS, de ámbito estatal, a la cual se puede acceder rellenando el formulario establecido para ello en la propia página web del Colegio.

Asimismo, con el objetivo de conocer la realidad de los profesionales médicos que estén trabajando en proyectos de cooperación y, asimismo, avanzar en programas y prestaciones que den respuesta a sus necesidades, la OMC también ha habilitado un registro de médicos cooperantes en los que se pueden inscribir los colegiados de los 52 colegios de médicos del Estado.



Bulegoaren egoitza birtuala da. Elkargoaren web orrian daude plataforma berri honek eskaintzen dituen zerbitzuak



Erakundeek kooperazio eskaintzak argitaratu ditzakete medikuekin harremanetan jartzeko



Se ofrece una bolsa y un registro de médicos. KY CHUNG

Entre los servicios de la Oficina de Cooperación del Colegio se incluyen también, las facilidades para obtener documentos que en algunos casos son imprescindibles para viajar como cooperantes. Es el caso del Certificado de Idoneidad Profesional o el Seguro para cooperantes y voluntarios del que dispone la OMC y cuyos precios también pueden consultarse en la web. Cualquier consulta al respecto se puede realizar a través de la dirección de correo electrónico cooperacion@gisep.org o llamando por teléfono al Colegio.



MÁS INFORMACIÓN // INFORMAZIO GEHIAGO

www.gisep.org
cooperacion@gisep.org - kooperazioa@gisep.org

Mediku solidarioentzako zerbitzu eta abantaila berriak



Urte hasieran jaio berri da Elkargoaren Fundazioako Kooperazio Bulegoa, Gipuzkoako medikuen eta erakunde solidarioen arteko bitartekaria izango dena. Egoitza birtuala izango du zerbitzu berri honek eta, beraz, Elkargoaren web orrian kontsulta daitezke bulego berri honek eskaintzen dituen zerbitzu eta abantaila guztiak.

EN PORTADA // AZALEKO GAIA

BioDonostia

Puerta de entrada a la investigación para los profesionales sanitarios de Gipuzkoa

Gipuzkoako osasun profesionalentzako ikerkuntzarako sarrera atea

Es la puerta de entrada a la investigación para todo el colectivo sanitario de Gipuzkoa. El Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia se ha convertido en sus siete años de vida en el centro en el que los profesionales sanitarios del territorio pueden desarrollar sus ideas y proyectos para la mejora de su labor asistencial. Es, además, el lugar al que deben dirigirse para sugerir e incluso poner en práctica investigaciones que crean que pueden resultar beneficiosos para la salud del conjunto de los ciudadanos.

Se creó en 2008 de la mano del entonces gerente del Hospital Universitario Donostia, Máximo Goikoetxea, y de la del hoy director científico de Biodonostia, Julio Arrizabalaga, que consideraron necesario que en el territorio hubiera un centro específico para la investigación sanitaria. El instituto sirve desde entonces de instrumento de enlace entre los distintos agentes externos guipuzcoanos (centros tecnológicos, empresas, otros institutos de investigación etc.) y los profesionales sanitarios, con el objetivo de potenciar de forma preferente

la investigación enfocada al paciente. Da así cobertura a toda la investigación llevada a cabo en Gipuzkoa dentro del ámbito de Osakidetza y pretende mediante su estructura colaborativa multi-institucional e interdisciplinar mejorar la salud de la población guipuzcoana. Esa labor de mediación del instituto entre clínicos, investigadores y empresas se evidencia por su situación estratégica de la sede de Biodonostia, en pleno Paseo Dr. Begiristain de San Sebastián y, por lo tanto, pegado al Hospital U. Donostia y a un paso del Parque Científico y Tecnológico de Gipuzkoa, en Miramón, donde se ubican las principales entidades vinculadas con el ámbito sanitario.

El instituto ha generado una nueva cultura de la investigación en Gipuzkoa, y así lo perciben quienes forman parte de su estructura. “Aunque siempre ha habido colaboración entre los investigadores básicos y los clínicos, ahora tanto unos como otros son cada vez más conscientes de la necesidad de hacer proyectos conjuntos, en beneficio del paciente”. Con esas palabras se explica



Marisabel Arzamendi, la responsable de la Unidad de Proyectos de Biodonostia, sección del instituto que se dedica a la búsqueda de financiación y a asesorar a los profesionales sanitarios e investigadores en la preparación y presentación de propuestas a las distintas convocatorias de ayudas a la investigación que se conceden tanto desde el ámbito público como desde el privado.

La Unidad de Innovación tiene como objetivo ejercer de “puente” entre agentes externos y los profesionales sanitarios. Andrea Salinero, miembro de la unidad, expone que “son los profesionales sanitarios quienes a través de esta unidad trasladan sus necesidades al instituto, facilitándose desde la misma la coordinación con aquellos agentes o empresas que trabajan en esa temática, con el fin de favorecer el trabajo en equipo ante dichos proyectos”. Por otro lado, resalta que “con la creación de Biodonostia, se ha conseguido estrechar esta colaboración”. En este sentido, Arantza Abad, Gerente del Instituto, reseña que la creación del Instituto ha supuesto un antes y un después en la vinculación y el acercamiento de los profesionales sanitarios al ámbito de la investigación “Antes los profesionales sanitarios que tenían alguna idea se preguntaban: ‘¿qué puedo hacer?’ Y ahora les ayudamos a valorarlo y a encauzarlo con el fin de que las soluciones obtenidas lleguen al paciente”, añade, por su parte, Marisabel Arzamendi durante la conversación mantenida con *Medikuen Ahotsa-Gipuzkoa Médica* en febrero

330 investigadores en 25 grupos

La investigación del instituto está organizada en 7 áreas temáticas —Neurociencias, Enfermedades Hepáticas y Gastrointestinales, Enfermedades Infecciosas, Oncología, Cirugía y otras Enfermedades Sistémicas, Epidemiología y Salud Pública, y Bioingeniería—, que agrupan a alrededor de 330 investigadores que se distribuyen

en 25 grupos de investigación. El “núcleo de referencia” de Biodonostia es la OSI Donostialdea, y al igual que en la mayoría de institutos de investigación sanitaria “también está integrada la Universidad, en nuestro caso la Universidad del País Vasco (UPV-EHU)”, apunta Julio Arrizabalaga en la carta de presentación de la web del instituto. A este núcleo se encuentran asimismo incorporadas la Diputación Foral de Gipuzkoa, la Fundación Euskampus y la Fundación Ikerbasque, “gracias a la cual se ha logrado aumentar la masa crítica investigadora incorporando personal de gran renombre internacional”.

Pero la “singularidad” del instituto respecto a otros radica en el resto de los miembros integrantes, ya que se encuentra integrado el Parque Científico y Tecnológico de Gipuzkoa y dentro de su ámbito de actuación se incluye la Atención Primaria y los Hospitales Comarcales. También forman parte del propio instituto centros de investigación de base tecnológica como Vicomtech-IK4, CIC microGUNE, Cidetec-IK4, Osatek, Inbiomed o Matía Instituto Gerontológico. Y también existen centros conveniados con Biodonostia pero que no están dentro de sus órganos de Gobierno como CIC nanoGUNE, CIC biomaGUNE, Tecnalia, Onkologikoa, BCBL, CITA Alzheimer y Fundación Dr. Carlos Elosegui de Policlínica Gipuzkoa.

“Los médicos de Atención Primaria también tienen abierta la puerta del instituto”, recuerda Marisabel Arzamendi. “Yo animaría a los clínicos a que se pongan en contacto con nosotros. Les podemos ayudar a poner en marcha proyectos de investigación que surgen de las necesidades que se les plantean a partir de su práctica clínica en los centros de salud”. La financiación no tiene que ser un freno, ya que “es posible desarrollar proyectos muy interesantes con pocos recursos”, sostiene la responsable de la Unidad de Proyectos. Además, añade





Kultura berri bat sortu da Gipuzkoako ikerkuntza esparruan

Gipuzkoako osasun profesional guztientzako sarrera atea da Biodonostia Osasun Ikerketa Institutua. Maximo Goikoetxea, Donostia Unibertsitate Ospitaleko gerente ohia, eta Julio Arribabalaga, Biodonostiako zuzendari zientifikoa, izan ziren 2008an zentruaren sorrera bultzatu zutenak. Geroztik Gipuzkoako ikerkuntza esparruan kultura berri bat sustatu du institutuak, Hori da behintzat Biodonostiaren egituraren parte hartzen dutenek diotena. “Nahiz eta betidanik egon den ikertzaile basikoen eta klinikoen arteko kolaborazioa, gaur egun bai batzuek eta baita besteek ere argi dute pazientearen onurarako proiektuak elkarlanean gauzatzea beharrezkoa dela”, dio Marisabel Arzamendi Biodonostiako Proiektuen Unitateko arduradunarenak. Sail honek proiektuentzako finantzaketa bilatzen du eta osasun profesional eta ikerlariei beren proposamenak aurkezten laguntzen die. Andrea Salinero, berriz, Berrikuntza Unitateko kidea da. “Osasun profesionalak unitate honekin jartzen dira harremanetan beren beharrak institutuari azaltzeko. Hemen gai horren inguruan lan egiten ari diren agente edo enpresekin jartzen ditugu harremanetan, proiektu horien inguruan elkarlana errazteko”, adierazten du. Biodonostiak pazienteen elkarrekin diru laguntzak jasotzen ditu. Institutua 25 ikerkuntza taldek osatzen dute eta horietan 330 ikertzailek parte hartzen dute.

que la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Gipuzkoa, liderada por Itziar Vergara, está ubicada en el propio instituto.

Con esa misma intención de acercar la investigación al conjunto de los sanitarios guipuzcoanos Biodonostia suscribió el pasado 17 de diciembre un acuerdo de colaboración con el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa. Este convenio permitirá a la Fundación del Colegio conceder a médicos colegiados en Gipuzkoa una serie de becas o ayudas económicas para poner en marcha diferentes proyectos de investigación que vayan surgiendo en el Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia. Así, la Fundación presidida por Begoña Azkarate quiso dar cumplimiento al objetivo del fomento de la investigación médica recogido en sus fines fundacionales.

Desde que en 2008 se puso la primera piedra del instituto que consiguió su posterior acreditación por parte del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, en 2011, Biodonostia contabiliza un buen número de avances logrados por sus investigadores. Uno de los más recientes tuvo que ver con el descubrimiento del origen de algunas células madre adultas. Dicha investigación llevada a cabo desde el 2009 por el Grupo de Investigación de Ingeniería Tisular del instituto demostró que las células clave para la regeneración y cicatrización de la piel humana vienen realmente de la vaina que recubre el nervio periférico. Biodonostia descubrió que esas células que cubren y protegen los nervios cambian su función debido a diferentes circunstancias —como por ejemplo, una herida— para convertirse en células madre y promover la regeneración de los diferentes tejidos afectados. Los resultados de dicho estudio fueron incluso publicados en la edición online de la prestigiosa revista estadounidense *Stem Cell Reports*.

Meses antes, el área de Neurociencias del instituto, que colabora desde 2008 con la asociación de afectados por retinosis pigmentaria, Begisare, había puesto en marcha otra línea de investigación que permitió concluir que existe una mutación genética que explica la aparición de esa enfermedad. Durante seis años y con el investigador Javier Ruiz Eterra a la cabeza, desde Biodonostia se analizaron los genes de los pacientes que padecen esa Retinosis Pigmentaria, lo que les permitió identificar el mapa genético de los mismos y explicar el origen de la mencionada enfermedad hereditaria.

La revista *BMC Medicine* también publicó el pasado mes de septiembre otro estudio coordinado por el instituto y en el que participaron una veintena de personas de los servicios de Cirugía, Aparato Digestivo y Anatomía Patológica de la OSI Donostialdea con la ayuda de Osatek y de la Facultad de Farmacia de la UPV. Se trata de una investigación que supuso un importante avance en la detección y el diagnóstico de la esteatosis hepática, ya que permitió demostrar que la resonancia magnética permite cuantificar el nivel de grasa que existe en el hígado de un paciente. Los planteados son sólo tres ejemplos, pero los avances se acumulan en estos últimos siete años de existencia.

Colaboración con asociaciones de pacientes

Es a través de las propuestas e ideas de asociaciones de pacientes y de organizaciones de enfermos de unas u otras patologías como en muchas ocasiones Biodonostia encuentra el caldo de cultivo para nuevas investigaciones. El instituto recibe donativos por parte de esos colectivos para que se les ayude a investigar acerca de esas enfermedades que les afectan, y con el paso de tiempo los investigadores reciben el agradecimiento de esos grupos que ven que lo invertido comienza a dar resultados. Además de Begisare con Biodonostia también colaboran otras organizaciones como la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

Para poner en marcha sus investigaciones Biodonostia cuenta con distintas instalaciones, que actualmente están divididas entre las Plataformas de Cultivos Celulares, la de Diagnóstico Molecular, la Genómica, y la de Ensayos Clínicos. Existe, además, un Animalario y un Quirófano experimental. *

|||||
MÁS INFORMACIÓN // INFORMAZIO GEHIAGO
www.biodonostia.org



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



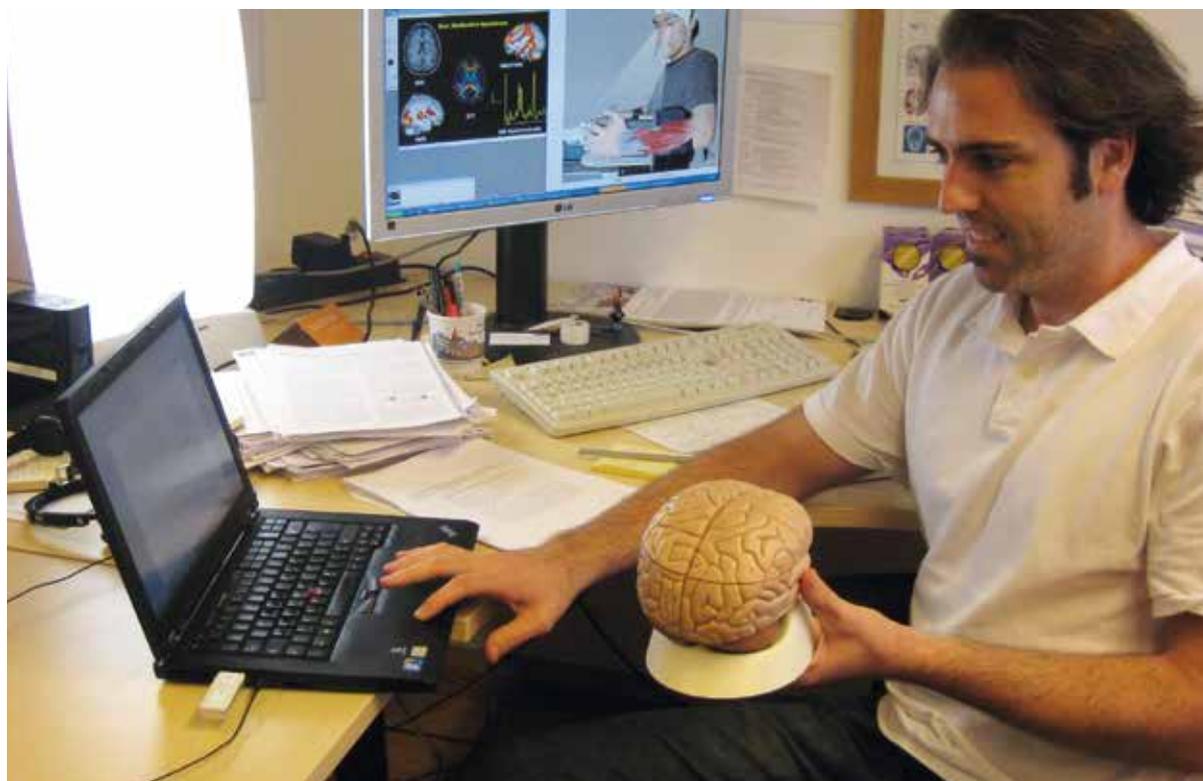
EN PORTADA // **AZALEKO GAIA**



ANDER RAMOS

DOCTOR EN NEUROCIENCIAS E INVESTIGADOR // NEUROZIENTZIAN DOKTOREA ETA IKERTZAILEA

«Los médicos son los que deciden si nuestras tecnologías se usan o no»



El guipuzcoano Ander Ramos ha recibido el Premio al Mejor Investigador Joven de Alemania. A.R.

Nunca antes se había concedido el premio Walter Kalkhof-Rose con el que la Academia Alemana para las Ciencias y las Letras distingue al mejor investigador joven a alguien que no hubiera nacido Alemania. Ander Ramos (Donostia-San Sebastián, 1980) fue el primero. El ingeniero industrial, también Doctor en Neurociencias, lleva años investigando acerca de la rehabilitación de pacientes que han sufrido un ictus, y tratando de mejorar su movilidad.

¿Por qué le otorgaron a usted y no a otro el distinguido premio Walter Kalkhof-Rose?

Me lo dieron por el trabajo realizado durante cuatro años con interfaces para la rehabilitación de pacientes que tras un ictus se han quedado completamente paralizados. Por eso no pueden acceder a ninguna de las terapias existentes,

«Sendagileak dira geure teknologiak erabiliko diren edo ez erabakitzen dutenak»



Ander Ramos (Donostia, 1980), alemaniarra izan gabe Walter Kalkhof-Rose saria jaso duen lehen ikertzailea da. Iktusa izan eta gero mugikortasunik gabe gelditu diren pazienteentzako diseiniatutako teknologien erabilera eman zioten sari hori. Ikerkuntzan lantalde anitzen garrantzia azpimarratzen du elkarrizketa honetan, bere ustez sendagile eta ikertzaileen elkarlana oso garrantzitsua baita. “Sendagileak dira geure teknologiak erabiliko diren edo ez erabakitzen dutenak”, dio.

porque estas siempre exigen un mínimo movimiento para poder ejecutarse. Lo que nosotros hacemos es detectar la actividad cerebral cuando esa persona intenta moverse, la decodificamos y le movemos el brazo con un exoesqueleto robótico. A través de hacer esto durante mucho tiempo conseguimos una reconexión del cerebro a los músculos, trabajando la neuroplasticidad.

¿Cuál suele ser la primera reacción de esos pacientes que recuperan movilidad?

Los resultados no son inmediatos y no mueven la mano perfectamente. Pero sí que se emocionan, e incluso a veces lloran. Cuando ven, por ejemplo, que son capaces de mover una mano que ha estado paralizada durante ocho años se emocionan y mucho y se dan cuenta de que no está todo perdido. Es más, se quedan con la esperanza de pensar que se pueda seguir avanzando y que, gracias a la ciencia, se les pueda dar una solución.

Por tanto, en este momento se encuentra usted trabajando en este mismo proyecto.

Sí, estamos ampliando un poco, intentando mejorarlo y optimizarlo, para que ese pequeño movimiento se convierta en algo más funcional, en un movimiento que les pueda ayudar a hacer algo más importante.

¿Cuáles son sus ambiciones? ¿Hasta dónde cree que puede llegar la neurotecnología?

La neurotecnología es cada vez más importante, y los estudios indican que va a crecer mucho más. Porque realmente el cerebro es el órgano menos explorado de todos los que tenemos y estamos empezando a hacerlo y a interactuar con el sistema nervioso. El futuro está totalmente abierto. Con cualquier cosa que podamos pensar ahora probablemente nos quedemos cortos. A corto plazo evidentemente se necesita mucha investigación y muchos recursos. En nuestro caso particular el objetivo es conseguir que la gente que está paralizada se pueda volver a mover.

¿Qué importancia tiene la relación que mantienen ustedes los investigadores con los médicos?

Es vital. Hoy en día el que no esté inmerso en un grupo multidisciplinar probablemente no vaya a avanzar lo suficiente. Todo está muy unido. Hacen falta ordenadores para todo, electrónica, mecatrónica, cada vez hay más robots apoyando a los médicos haciendo análisis... Todo se apoya en la tecnología, así que estamos condenados a entendernos. La Medicina aporta todo, desde el momento menos uno. Cuando estás diseñando algo necesitas que te den unas pautas porque lo que un tecnólogo o un ingeniero puede pensar que es solucionar un problema un médico lo ve de otra manera diferente. Los médicos tienen que estar involucrados en este tipo de desarrollos desde el principio y, sobre todo, al final, porque son ellos los que van a aplicarlos y los que van a decidir si se utilizan estas tecnologías o no. Porque a veces hay tecnologías que están desarrolladas y no se usan, y otras en las que nosotros no somos capaces de desarrollar lo que los clínicos pueden aplicar.



«Kalitatezko jendea eta mundu mailan ikerketak egiteko behar den guztia daukagu Gipuzkoan»



«Gaur egun lantalde anitz batetan murgildurik ez dagoenak ezin izango ditu aurrerapausoak eman»

Los investigadores, ¿se sienten correctamente valorados por los médicos?

Sí, sí. Muchas veces tenemos nosotros más problemas que ellos. Esto de los equipos multidisciplinares es algo nuevo para nosotros y sí que hay un problema de comunicación porque muchas veces no somos capaces de ofrecer a los médicos algo que ellos vean como funcional, que les vaya a aportar algo y les ayude. Es un error por no haber metido a los médicos desde el principio en el diseño y en este tipo de proyectos en los que tienen que estar involucrados.

Usted vive actualmente en Alemania. ¿Cree que podría haber puesto en marcha estos proyectos en Gipuzkoa?

En eso estamos. Yo he estado en Gipuzkoa —en Tecnalia— siempre y de hecho este trabajo se hace en Gipuzkoa. En estos momentos estamos trabajando con el Hospital U. Donostia para avanzar en este proyecto. En Gipuzkoa tenemos a gente de muchísima calidad, tenemos todo lo que hace falta para hacer investigación de primera línea mundial y lo que tenemos que hacer es aprender de las experiencias de otros lugares y de otros grupos y mejorar lo que hacemos. Lo más importante es que juguemos en equipo. Es decir, montar la multidisciplinaridad y coordinarnos bien. Entendernos bien para aprovechar todas las cualidades que tenemos.

¿Es suficiente lo que las administraciones de nuestro territorio dedican a la investigación?

No. Han recortado, pero antes lo que había tampoco era suficiente. La ciencia revierte muchísimo no sólo a nivel económico sino también a nivel social. Intentamos mejorar la calidad de vida de las personas e intentar solventar los problemas de la gente. Si haces ciencia estás educando a las personas y si la gente está educada y piensa la sociedad avanza. También es muy importante que se involucren las empresas privadas. No puede ser que se deje todo el peso sobre la financiación pública. En ningún país del mundo se puede hacer y aquí tampoco.

Esos problemas de financiación, ¿se deben a una falta de recursos o es por una falta de interés en la ciencia y en la investigación?

Yo creo que son las dos cosas combinadas. ✨

JOSE ARTETXE
MÉDICO INTERNISTA

Son los gobiernos los que pueden mejorar los resultados de salud de la población

Los servicios públicos de salud son los encargados de conseguir una mayor esperanza de vida saludable para la población. Están financiados por la población de los países a los que representan y evidentemente tienen una capacidad de recursos limitada que es variable de unos países a otros. Las diferentes maneras de gestionar estos recursos suponen un factor a tener en cuenta. Existen países que con muchos menos recursos obtienen unos resultados globales de salud similares a los de grandes consumidores de recursos. Dentro de los gastos en salud una de las partidas más importantes es la destinada a medicamentos, que se fabrican por una industria farmacéutica que habitualmente no depende de los servicios públicos sino de la actividad privada.

A diferencia de las actividades públicas (que tienen como objetivo el beneficio para la población) la actividad privada tiene como objetivo conseguir unos beneficios económicos para los propietarios de las empresas que

la desarrollan, generando beneficios indirectos sobre la generación de empleo e impuestos en los estados en los que desarrollan su actividad. La industria farmacéutica invierte en investigación e I+D y esto influye en el coste final del producto.

Cuando aparece un nuevo fármaco en el mercado los servicios de salud se preguntan: ¿es útil? ¿Y cuánto cuesta? Existen cuatro posibilidades: Que sea menos bueno que lo que existe y más caro; menos bueno y más barato; más bueno que lo que existe y más barato; o más bueno de lo que existe y más caro. Analicemos esta última opción. Los servicios públicos de salud establecen los precios que consideran que se pueden pagar por un resultado en salud (y estos son variables en función de cada país). Cuando el precio que se pide sobrepasa lo que se puede pagar, ¿qué es lo que se debe hacer? Se debe negociar con la empresa con el fin de conseguir unos precios asequibles y, en caso de no llegar a un acuerdo, quedan dos opciones. Una es la

BEATRIZ LOZANO

DIRECTORA DE COMUNICACIÓN DE FARMAINDUSTRIA

Las patentes garantizan la eficiencia

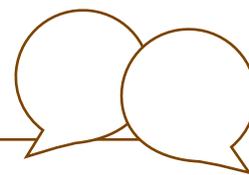
Para la industria farmacéutica las patentes son un mecanismo fundamental para garantizar la eficiencia económica, la libre competencia y fomentar la investigación, pues sin la protección que otorgan nadie abordaría el reto y el alto coste que representa la investigación de nuevos fármacos.

En materia de medicamentos, el tiempo de vigencia de una patente es de 20 años, y el tiempo comienza a transcurrir en el mismo momento que se presenta la solicitud ante la oficina de patentes. Por lo general, el tiempo que pasa desde que se obtiene el registro de la patente hasta que se obtiene la autorización de comercialización del fármaco -una vez probado que es un producto de calidad, seguro y eficaz-, y se empieza a comercializar suele ser largo, pudiendo incluso pasar años (hasta 15), por lo que el tiempo real de explotación de esa patente en el mercado se reduce muchos años de los 20, pasado ese tiempo ya es

legal que se comercialicen los medicamentos genéricos. En pocos otros sectores es, pues, tan necesaria esta protección. Sobre todo porque el farmacéutico es un sector de ciclo largo, que requiere de entre 10 y 15 años para el desarrollo de un medicamento, con la involucración de miles de personas y disciplinas, con un elevado coste (más de 1.000 millones de euros) y una alta tasa de riesgo, ya que sólo una de cada 10.000 moléculas experimentadas acaba siendo comercializada y sólo 3 de cada 10 medicamentos comercializados producen beneficios que superan los costes medios de I+D.

Así pues, las patentes constituyen un elemento fundamental para el fomento de la innovación y el emprendimiento en el ámbito farmacéutico, aunque desafortunadamente no siempre exista la concienciación necesaria sobre la importancia de la protección de los resultados mediante los registros de propiedad industrial e intelectual.

¿deben expropiarse?



resignación y la otra la expropiación de patentes de medicamentos. También es evidente que se pueden presentar opciones intermedias, como fórmulas de pago compartido, que van a provocar una ruptura de la equidad.

Una publicación de septiembre de 2013* genera una sensación de inquietud importante. Según la misma, las mujeres que residen en el distrito londinense de Richmond disfrutarían de 72 años de vida sana (70,3 para hombres) frente a los 54 de las que residen en Towers Hamlet y de 56 para los hombres de Islington. En síntesis, las malas condiciones socioeconómicas serían responsables de la pérdida de 15 años de vida en esa población que analiza el artículo. Por ello, los servicios de salud deben ser conscientes de que la mejoría de las condiciones sociales van a tener un papel clave en los resultados de salud. Van a ser los gobiernos y sus políticas económicas y sociales los que pueden modificar en sentido positivo o negativo los resultados de salud de una población. En el momento actual los gobiernos han cedido la soberanía económica

a las grandes empresas multinacionales cuyos intereses distan mucho de los intereses colectivos de los pueblos y manejan en beneficio propio la actividad económica del planeta. Incluso son capaces de modificar los gobiernos para que estos obedezcan a sus intereses particulares. De seguir en esta línea el resultado final podría suponer una catástrofe humanitaria imposible de imaginar hace 20 años. La situación de Grecia ante la disyuntiva de pagar la deuda o dejar a su población sin servicios básicos debiera servir para activar todas las alarmas. ¿Dejarían unos padres a parte de sus hijos sin comida, educación, o sanidad?

Si trasladamos esta pregunta a los pueblos la respuesta debiera ser igual. La solución está evidentemente en los propios pueblos que tienen que diseñar sus políticas económicas, sociales culturales y de salud en función de sus deseos como pueblo, planificando estas en relación a sus propios intereses y adecuando la investigación y el I+D a los mismos. Los pueblos deben decidir lo que quieren ser, analizar sus potenciales económicos, priorizar sus gastos, centrar sus esfuerzos en el beneficio de sus ciudadanos planificando sus actividades en función del futuro de la ciudadanía, y recuperando su soberanía económica. En este contexto la despatentización puede ser un elemento puntual, pero el eje real sería el resto de lo comentado. ♦



Gobernuek hiritarren osasun-emaitzak hobetu ditzakete

* Part of Healthy Life Expectancy at birth for Upper Tier Local Authorities: England, 2009-11

tual. Es inevitable que cuando se habla de medicamentos que combaten enfermedades, que permiten mejorar la calidad de vida de quienes las sufren y en muchos casos incluso salvarla, predominen vínculos emocionales que no suelen darse con otro tipo de productos. Sin embargo, a la hora de hacer planteamientos normativos o procedimentales, como puede ser la posible nacionalización de una patente o el establecimiento de licencias obligatorias, es necesaria una aproximación racional que evite que el debate acabe derivando hacia propuestas extremistas que pueden colocar a un país – en este caso España- en posiciones aisladas de la esfera a la que pertenece, muy alejadas de nuestra realidad socio-política y económica.

España suscribió los acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC en sus siglas en castellano) de la Organización Mundial del Comercio de 1995, y que contemplan la posibilidad de la licencia obligatoria que puede imponer un determinado Estado si considera que es necesario para proteger la salud pública. Pero los paí-

ses no pueden recurrir a esta práctica en cualquier situación, solo está contemplada en casos de “emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia”, como por ejemplo una emergencia sanitaria.

Asimismo, la Ley de Patentes española establece que por motivo de interés público el Gobierno podrá conceder licencias obligatorias. Las condiciones que exige para ello son que la iniciación, el incremento o la generalización de la explotación del invento o la mejora de las condiciones en que tal explotación se realiza sean de primordial importancia para la salud pública.

Por lo tanto, la expropiación o revocación de una patente tiene que justificarse siempre por una situación excepcional, pues de otra forma se sentaría un grave precedente que perjudicaría notablemente la imagen exterior de España, al considerar nuestro país un mercado sin unas reglas del juego válidas, lo que pondría en riesgo inversiones futuras.

Como FARMAINDUSTRIA defendemos la vigencia de un sistema de patentes sólido y consistente que permita remunerar la auténtica innovación, responder ágilmente a las necesidades sociales y sanitarias del momento y establecer un marco normativo favorable a la innovación. ♦



Patenteak funtsezko elementuak dira berrikuntza sustatzeko

Actividad colegial

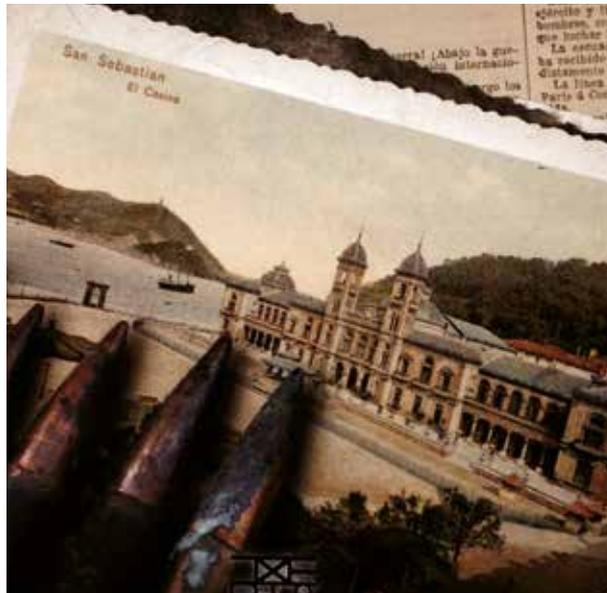
AULA MÉDICA SENIOR//SENIOR MEDIKUNTZAKO IKASGELA

El Aula Médica Senior mantiene su calendario de actividades formativas dirigidas a todo tipo de públicos para el próximo trimestre. Todas ellas tendrán lugar a las **18.30 horas**, en el **salón de actos del Colegio**. Después de cada conferencia se servirá un pequeño aperitivo para todos los asistentes. Éstas son las actividades para el próximo trimestre:

30 DE ABRIL//

APIRILAK 30:

'LA PINTURA COMO



CATARSIS' Conferencia impartida por Carmen Alonso Pimentel.

28 DE MAYO //

MAIATZAK 28:

'RELACIÓN ENTRE ESTILO DE VIDA Y CÁNCER'

Conferencia impartida por Jesús Bañales.

25 DE JUNIO //

EKAINAK 25:

'SAN SEBASTIÁN EN LA I GUERRA MUNDIAL' Conferencia impartida por Javier Sada.

ACTIVIDADES MUSICALES//MUSIKA JARDUERAK

Elkargoak publiko guztiei zuzenduta dauden musika-proiektzio berriak antolatu ditu hurrengo hiruhilerako. Guztiak **18:30ean izango dira**, eta betiere **Elkargoko areto nagusian** (Frantzia Pasealekua 12, 20012, Donostia). Ondorengo hauek dira:

9 DE ABRIL//

APIRILAK 9:

'STIFFELIO' (VERDI)



Pyotr Ilyich Tchaikovsky.

5 DE MAYO //

MAIATZAK 5:

'EL LAGO DE LOS CISNES' (TCHAIKOVSKY)

13 DE MAYO //

MAIATZAK 13:

'TCHAIKOVSKY (VIDA Y OBRA)

4 DE JUNIO //

EKAINAK 4:

PROYECCIÓN DE FIN DE CURSO

FALLECIDO / /HILDAKOA

• CARLOS ANAUT CABODEVILLA.

Si quieres celebrar un acto en las instalaciones del Colegio, escríbenos a esta dirección: prensa@gisep.org

EUSKARA, INGELESA ETA ASKATASUNA

INGLÉS, EUSKERA Y LIBERTAD



bai&by

MATRICÚLATE EN BAI&BY Y DISFRUTA DE LAS VENTAJAS PARA LOS COLEGIADOS Y SUS FAMILIARES.

MATRIKULA ZAITEZ BAI&BY-n ETA GOZA EZAZU ELKARGOKIDEENTZAKO ETA SENIDEENTZAKO ABANTAILEZ.

Elkargoaren jarduera

Los médicos, ante la Ley de Protección de Datos



De izquierda a derecha, Susana López Altuna, Manuel G. Bengoechea, Iñaki Pariente y Jon Pellejero. I.A.

Privacidad. Clarificar a los médicos cuáles son sus obligaciones en materia de protección de datos y solucionar todas las dudas que pudieran plantearse al respecto. Con ese objetivo tuvo lugar el pasado 4 de febrero la jornada ‘Protección de datos en el ámbito médico’ que organizó y acogió el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa. Alrededor de una misma mesa se sentaron Iñaki Pariente, director de la Agencia Vasca de Protección de Datos; Susana López Altuna, subdirectora de Asesoría Jurídica del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza; y Jon Pellejero, asesor jurídico del Colegio de Médicos de Gipuzkoa, que aportaron referencias legislativas, reflexiones y casos prácticos ante el asunto que centró también el debate posterior.

Pariente se valió de numerosos ejemplos para justificar que la protección de datos debe dejar de ser un “engorro” y para desterrar esa percepción existente entre un buen número de profesionales acerca de que supone una obligación que “va a fastidiar” el trabajo diario de los médicos. Por el contrario, él sostuvo que la protección de datos “es un elemento que favorece a las organizaciones” y “mejora su funcionamiento”. A veces, recalcó, los médicos se encuentran ante el dilema de qué hacer con los datos o las historias clínicas de los pacientes. “No se pueden ceder sus datos a no ser que se tenga un consentimiento expreso del paciente o se pueda aplicar una norma legal”, recalcó.



Datuen babesaren alorrean sendagileen betebeharrak zehazteko jardunaldi bat antolatu zuen Elkargoak

La número dos del departamento de Asesoría Jurídica de Osakidetza optó, por su parte, por mencionar cuáles son los “datos especialmente sensibles” de los pacientes con los que los médicos tienen que tener, también, un especial cuidado. Repasó, asimismo, el funcionamiento interno del Servicio Vasco de Salud para cumplir con la protección de datos y recalcó que el incumplimiento de lo establecido en la normativa interna “puede traer consecuencias jurídicas graves”.

Pellejero aportó numerosas referencias legislativas para apoyar su intervención, y abogó por que las administraciones y empresas sanitarias pongan “las medidas y los límites para que los profesionales únicamente accedan al material que necesita” respecto a los datos de los pacientes. El asesor jurídico del Colegio detalló los principios de la Ley Orgánica de Protección de Datos y destacó por su importancia los de seguridad y confidencialidad. Pellejero también habló sobre los usos que se pueden realizar de las historias clínicas de los pacientes. ◆



XABIER MITXELENA

MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD DE IBARRA // IBARRAKO OSASUN ZENTROKO SENDAGILEA

«Bi urtetik hona harreman estuagoa daukagu espezialistekin»



Mitxelena, otsailean, Ibarako Osasun Zentroan. I.A.

Eremu zabal bat gain hartzen duen Ibarako Osasun Zentroko sendagilea da Xabier Mitxelena (Hernani, 1967). Bere ustez oso onuragarria da pazientearentzat lehen mailako eta bigarren mailako sendagileen harreman estua.

Zenbat jenderi eta zein udalerri ematen die zerbitzua Ibarako osasun zentro honek?

Tolosaldea eskualdeko ekialdea hartzen du barne, hain zuzen ere Ibarra, Berrobi, Elduaian, Berastegi, Belauntza, Leaburu-Txarama, Gaztelu, Lizartza eta Orexa herriak. Sei famili-medikuk eta pediatra batek egiten dugu lan. Horietako lau sendagile osasun zentroan egoten gara, beste biak berriz Berastegin eta Lizartzan. Famili-medikuon artean banatzen dugu herri desberdineko pazienteen arreta. Nire kasuan, Berrobiko pazienteak eta Ibarako pazienteen zati bat atenditzen ditut. Herri txikietan konsultorioak izaten dira.

Ezaugarri bereziren bat al dauka eskualde honek beste batzuekin alderatuta?

Biztanleria —8.000 inguru dira guztira osasun zentro honek gain hartzen dituen pertsonak— landatarra da gehienbat, nahiz eta Ibarra, herri handiena, eremu hiritarra den. Beste ezaugarri bat herrien arteko sakabaketa litzateke.

Beraz, etxeetara joateko irteerak beste tokietan baino luzeagoak izango dira.

Bai, hemen beste edozein osasun zentroetan bezala egiten dugu lan. Konsultetara etortzen diren pazienteak atenditzeaz gain, etxeetara joaten gara hala behar izanez gero. Honetaz gain, arreta berezia daukagu paziente ahulekin. Helburua da paziente hauen beharrak etxean bertan tratatzea eta, ahal den neurrian, saiestu paziente hauek ingratzea, inor ez baita etxean baino hobeto inon egoten, gehienbat gure aiton-amonak.

Pazienteek berezitasunen bat

al daukate Tolosaldeko inguru honetan?

Lehen komentatu dugun sakabarnatzeagatik hiriko inguru batekin alderatuta garrantzi asko ez duen patologia gutxiago ikusten ditugu, oro har. Askotan etorri baino lehen pazienteak bere neurriak hartzen ditu gaixo dagoenean. Prozesua ondo ez doala ikusten dutenean etortzen dira.

Herri txikietan lan egiteak zer arazo edo abantaila eragiten dizkizue sendagileei?

Arazoa alde batetik bestera hiri batean egongo bagina baino gehiago mugitu behar garela izango litzateke. Eta abantaila garrantzi asko ez duen patologia ez zaigula hainbeste iristen osasun zentroetara.

Paziente kopuruan ere desberdintasunak daude hiriarekin alderatuta?

Esango nuke antzeko TIS zenbakia dugula hemen beste unitateekin alderatuta.

Geure lurraldean eztabaida bat sortu da ESlen inguruan. Zuk nola ikusten dituzu?

Lehen maila eta bigarren mailako arretaren arteko integrazioa ona dela iruditzen zait. Zalantzarik gabe onuragarria da pazientearentzat. Guk orain harreman estuagoa daukagu espezialistekin. Eta ez ESI garenetik, lehenagotik ere bai.

Hori lehen ez zen gertatzen?

Orain dela urte batzuk hori ez zen gertatzen, edo behintzat ez zen hain arrunta. Baina bi urtetik hona gertatzen da eta normalizat hartzen dugu. Komunikazio bat dago, elkar ezagutzen dugu, eta hori pazienteen onurarako da. Baina guzti honek nire ustez ez dauka ESI izatearekin zerikusirik, gu ESI urtarri-laren 1era arte ez baigara izan.

Nola ikusten duzu zure eskualdeko klinika hitzartua izatea?

Niri iruditzen zait Asunzion Klinikak funtzionamendu egokia



«La relación estrecha entre Atención Primaria y el segundo nivel beneficia al paciente»



Me gustaría que como en el resto de las comarcas de la CAV, el nuestro también fuera un hospital público

duela, oro har. Zentzuzkoa da pentsatzea langile gehiagorekin eta lan baldintza hobek izanda, sare publikoko ospitaleetan bezala, arreta are hobea izango litzatekeela. Historia kliniko informatikoa desberdina erabiltzen da Kliniketan. Arrazoi hauengatik, eta beste batzuegatik, klinika publikoa izatea nahi nuke, Euskal Autonomi Erkidegoko gainontzeko eskualdeek daukaten bezala.

Lehen Mailako Arretako Unitate buruak beharrezkoak direla uste al duzu?

Iruditzen zait baietz. Antolaketa lan handia daukate: medikuen, eri-

zainen edota administratiboen ordezkoak eskatzea, barne antolaketak, helburuak finkatzea, ekimenak martxan jartzea, etab.

Eta, ondo iruditzen al zaizu batzuetan postu horiek erizainek edota medikuak ez diren beste profesionalak betetzea?

Unitate buruak zentzuro langileak izateak abantaila nabarmenak dauzka, nire ustez. Kanpoko norbait balitz zailagoa litzateke hainbat erabaki edo ekimen ulertaraztea edo gauzatzea osasun zentroetan.

Osasun zentro honetan zer eragin izan du aurten neguarekin batera iritsi den gripeak?

Estadistiken arabera, eta epidemiologiari bidali dizkiguten datuen arabera, askoz gehiago egon da aurten. Baina niri ez zait horrela iruditut. Iaz baino kasu gutxiago izan ditut, edo behintzat sentazio hori daukat. Agian pazienteek etxeetan neurri gehiago hartu dituzte, edo agian larrialdi zerbitzuetara joan dira zuzenean.

Famili mediku bezala, zer eskatuko zenioke tokiko administrazioari zure lana hobetu dadin?

Bigarren mailako espezialistekin txandatzek egitea gustatuko litzaidake, gure trebetasuna hobetzeko arlo desberdinetan. ♦

«Desde hace dos años tenemos una relación más cercana con los especialistas»



El Centro de Salud de Ibarra en el que trabaja Xabier Mitxelena (Hernani, 1967) da cobertura a 9 localidades de Tolosaldea. La característica del centro es, por tanto, la "dispersión" del territorio y que sus cerca de 8.000 habitantes componen una población eminentemente rural. "En nuestro medio, es habitual que el paciente acuda al Centro de Salud en caso de no percibir mejoría con medidas tomadas por él mismo", afirma. Y celebra que en los últimos años se hayan puesto en marcha procesos de integración entre los profesionales: "Desde hace dos años tenemos una relación más cercana con los especialistas".

ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA // OHIKO BATZAR NAGUSIA



Un breve repaso a la actividad de 2014

La Asamblea que aprobó las cuentas de este año y las cuotas colegiales también recordó las iniciativas puestas en marcha en el último año

Más cursos, charlas y actividades colegiales. En 2014 el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa ha multiplicado sus iniciativas para los colegiados. Y de todas ellas habló el presidente, Manuel García Bengoechea, durante la Asamblea General Ordinaria que tuvo lugar el pasado 4 de marzo. Tras explicar las diferentes reuniones que mantuvo con distintas instituciones durante el año pasado y de informar sobre los asuntos tratados en las reuniones de la Organización Médica Colegial (OMC), García Bengoechea puso en valor la actividad de la Fundación del Colegio. Recordó que se han aumentado los cursos con sesiones de mañana y tarde, y tanto en castellano como en euskara. Anunció también que en los próximos meses está previsto que se realicen cursos en sedes diferentes a la habitual de Donostia.

2014ko jarduerari errepeaso laburra

Martxoaren 4an izan zen Batzar Nagusian 2014 urtean zehar martxan jarri ziren ekintzen errepeaso egin zuen Elkargoko lehendakari, Manuel García Bengoechea. Ikastaro ez gain Osasun Heziketarako Ikasgela eta Adituekin Solasaldiak jarduerak martxan jarri zirela gogoratu zuen, eta Elkargoko Fundazioak antolatzen dituen sariak ere aipatu zituen. Batzar Nagusiak 2014ko gastuak, 2015eko aurrekontuak eta elkargokideen kuota berriak ere onartu zituen.



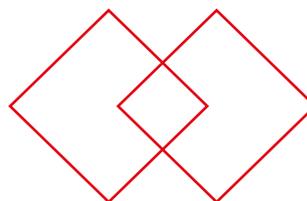
Coro Eceiza, Manuel G. Bengoechea y Carlos Benito, durante la Asamblea General del 4 de marzo. I.A.

En 2014 se han puesto en marcha conferencias abiertas al público de temas generales como el ictus o la gripe en el marco de la recién creada Aula de Educación Sanitaria. Y se ha dado la primera Charla con Expertos, la dedicada al uso de redes sociales por parte de los médicos. Con notable éxito de participación también se han convocado por primera vez cuatro premios que reconocen las mejores tesis doctorales, los mejores trabajos publicados en revistas científicas, las mejores comunicaciones en congresos presentados por médicos internos residentes o los mejores expedientes académicos.

Convenios y Plan de Comunicación

El presidente también destacó los convenios suscritos por el Colegio el pasado año con empresas como AMA y PSN, o con el Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia. Este último permitirá al Colegio facilitar a los médicos colegiados en Gipuzkoa su actividad investigadora a través de las ayudas económicas que se estimen oportunas. A renglón seguido, García Bengoechea anunció que el Plan de Comunicación presentado por el responsable de Comunicación del Colegio implicará una mejora y dinamización de la página web así como la renovación de los logotipos del colectivo, con la intención de renovar la imagen del mismo y que resulte más actual y cercana.

La Asamblea, en la que también intervinieron el secretario general del Colegio, Carlos Benito, y la tesorera,



2014ko gastuak, aurtengo aurrekontuak eta kuota berriak onartu ziren

Coro Eceiza, aprobó los gastos realizados en 2014 y dio el visto bueno a los presupuestos presentados para 2015. Además, se aprobaron las nuevas cuotas colegiales que sufrirán un incremento de 3,99 euros por colegiado y trimestre con la intención de paliar el déficit anual registrado en los últimos ejercicios por resultar insuficiente la aportación que dedica el Colegio a la Fundación para los pagos a los beneficiarios de los colegiados fallecidos. La tesorera explicó que en 1972 se creó una cuota especial destinada a esos beneficiarios de los colegiados fallecidos, y que desde 1979 se estableció esa cuota especial en 1.000 pesetas (6,01 euros). Eceiza aseguró que desde hace 36 años esa cuota no había sido modificada y por ello argumentó que el déficit anual mencionado anteriormente hace imprescindible la subida de la cuota acordada.

Por otro lado, la tesorera informó de que según un acuerdo alcanzado por los Patronatos de la OMC la cuota de socio protector de los mismos pasará a ser voluntaria a partir de este mismo ejercicio. ♦

MÉDICOS Y JÓVENES // SENDAGILEAK ETA GAZTEAK



El III Congreso de Médicos Jóvenes pretende ser un referente en formación y profesionalismo para MIR

El cónclave será en Granada entre los próximos días 9 y 11 de abril. Las inscripciones están abiertas hasta el 31 de marzo



Entre los próximos 9 y 11 de abril se va a celebrar en Granada la tercera edición del Congreso de Médicos Jóvenes, organizado por la Vocalía de Médicos en formación y/o postgrado de la Organización Médica Colegial (OMC), el Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM), la Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC) y el Colegio de Médicos de Granada. Uno de los principales objetivos que se ha marcado la Vocalía de Médicos en Formación y/o postgrado de la OMC con esta activi-



Mediku Gazteen III Biltzarrak prestakuntzan eta profesionalismoan erreferentzi izan nahi du

dad es la de convertirla en un punto de encuentro y referente en formación y profesionalismo para los MIR y jóvenes especialistas del conjunto del Estado.

En el Congreso, cuya sede será el Colegio de Médicos de Granada, intervendrán el presidente del CGCOM, el Dr. Rodríguez Sendín, la representante estatal de médicos en formación y/o postgrado, Dra. Mónica Terán, y el presidente del Colegio de Médicos de Granada, Dr. Javier de Teresa.

Además, participarán otros expertos, entre ellos, José Luis Bimbela, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Julio Mayol, director de la Unidad de Innovación IDISSC, José Ramón Repullo, jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, Sergio Minué, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Oscar Gorría, subdirector de Servicios Quirúrgicos del Complejo Hospitalario de Navarra, Javier Padilla, médico de familia y máster en economía de la salud y del medicamento, y José Antonio Trujillo, médico de familia y experto en creación de marca personal.

El contenido diseñado para esta tercera edición está orientado, principalmente, a ofrecer un espacio para el pensamiento crítico de los jóvenes médicos necesario, en estos momentos, para la búsqueda activa de soluciones y de cambio. A ello contribuirá gran parte de los temas seleccionados como “la crisis y el valor de la profesión, desde la vertiente de la responsabilidad y la oportunidad”, “el médico como profesional activo y creativo”, y “claves para el ejercicio en Europa”.

También se va a incidir en salidas profesionales como el desarrollo de proyectos de investigación, la consulta privada u otras menos conocidas como el desarrollo profesional en la Industria farmacéutica, así como en las herramientas de que disponen los profesionales para desarrollar con mayor impacto su profesión, como lo es la comunicación 2.0. La elaboración del curriculum vitae y cómo enfrentarse a una entrevista de trabajo constituyen otro de los apartados del Congreso.

Se trata, en definitiva, de contribuir a ampliar el abanico de posibilidades del médico joven y empoderarlo.

Las inscripciones se pueden realizar a través de la OMC, siempre antes del 31 de marzo. ♦

MÁS INFORMACIÓN:
www.cgcom.es/evento



Programa

Jueves, Día 9 de abril

- 16.00 A 16.30 H** Recogida de documentación
- 16.30 A 17.00 H** Inauguración: • Dr. Juan José Rodríguez Sendín. Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos • Dr. Javier de Teresa Galván. Presidente del Iltre. Colegio Oficial de Médicos de Granada • Dra. Mónica Terán Díez. Representante Nacional de Médicos en Formación y/o Postgrado
- 17.00 A 18.30 H** Mesa Redonda: La crisis y el valor de la profesión • Dr. José Ramón Repullo Labrador. Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud en la Escuela Nacional de Sanidad • Dr. Juan José Rodríguez Sendín. Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos • Dr. Javier Padilla Bernádez. Médico de Familia y Comunidad. MIR Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Economía de la Salud. • Dr. Óscar Gorría Cardesa. Subdirector de Servicios Quirúrgicos del Complejo Hospitalario de Navarra • Dr. Sergio Minué Lorenzo. Médico de Familia. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- 18.30 A 19.00 H** PAUSA A CAFÉ
- 19.00 A 20.00 H** Conferencia inaugural: Yo decido. Los cambios, la responsabilidad y la capacidad. individual • D. José Luis Bimbela Pedrola. Psicólogo. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública
- 20.00 H** CÓCTEL DE INAUGURACIÓN

Viernes, Día 10 de abril

- 09.00 A 11.30 H** Taller 1: El médico como profesional activo y creativo. "Diseñando" soluciones. "Design" "Thinking." De "la" "idea" al "proyecto."
- 11.30 A 12.00 H** PAUSA CAFÉ
- 12.00 A 12.30 H** Presentación de las conclusiones
- 12.30 A 14.00 H** Salidas profesionales Hoy, lo Habitual y lo que no .
- 14.00 A 16.00 H** COMIDA
- 16.00 A 17.30 H** Taller 2: Claves para el ejercicio en Europa
- 17.30 A 18.00 H** PAUSA CAFÉ Viernes, Día 10 de abril
- 18.00 A 19.00 H** Taller 3: Taller de Habilidades: CV, Entrevista de Trabajo y Estrategias de Promoción. Personal Módulo I
- 20.30 H** CENA

Sábado, Día 11 de abril

- 10.30 A 11.30 H** Taller 3: Taller de Habilidades: CV, Entrevista de Trabajo y Estrategias de Promoción Personal Módulo II
- 11.30 A 12.00 H** PAUSA CAFÉ
- 12.00 A 13.00 H** Taller 3: Taller de Habilidades: CV, Entrevista de Trabajo y Estrategias de Promoción. Personal Módulo III
- 13.00 A 13.30 H** CLAUSURA

PILAR LOIS ACEBEDO

PRIMERA MUJER MÉDICO DE GIPUZKOA // GIPUZKOAKO LEHEN EMAKUME SENDAGILEA



MAITE R. ANTIGÜEDAD ZARRANZ



Pilar Lois y Enrique Riu, durante la comida de su boda. ARCHIVO FAMILIAR DE LA FAMILIA MONSÓ

Una mujer pionera y vocacional

La vida de Pilar Lois, primera mujer colegiada en Gipuzkoa, estuvo ligada a los cambios sociales de los años 30. Fue, además, la ahijada de Clara Campoamor



El primer Premio Nobel de Medicina se concedió por primera vez a una mujer en 1947. Ese año la academia sueca otorgó el galardón a Gerty Theresa Cori, por su descubrimiento del proceso de la conversión catalítica del glucógeno. La incorporación de las mujeres al mundo de la Medicina había comenzado unos años atrás en nuestro país. Una fecha digna de mención es el año 1939, cuando se colegió Pilar Lois Acebedo en el Colegio de Médicos de Gipuzkoa, la primera mujer en ejercicio de nuestra provincia. Su número de colegiación era capicúa, el 646.

Pilar fue una de las pioneras que abrió la puerta, hasta entonces fuertemente cerrada, por la que después entramos otras muchas mujeres en la profesión médica. Pero, ¿quién era la doctora Lois? Pilar Lois fue una mujer con una historia, sin duda, especial. Una historia, además, ligada a los grandes cambios sociales de los años 30. Nació en Madrid en 1912 en el seno de una familia acomodada y fue hija única. Quizás por ello, y también por los vientos de modernidad que soplaron en nuestro país y en toda Europa a finales de los años 20 y a principios de la década de los 30, su padre siempre quiso que Pilar estudiase una carrera universitaria. Otro hecho marcó sin duda el futuro de la doctora Lois: en la portería de la casa de la calle del Marqués de Sana Ana,

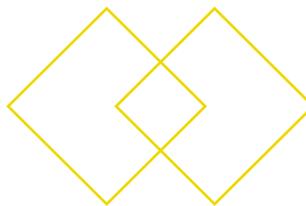
en pleno barrio de Malasaña en Madrid, donde nació y pasó sus primeros años, vivía la familia de Clara Campoamor, la mujer que logró que España se convirtiera, en 1931, en el cuarto país de Europa en reconocer el derecho de las mujeres a votar. Mientras que los abuelos regentaban la portería, el padre de Clara trabajaba de contable en un periódico y su madre era costurera. Ambas familias, Lois y Campoamor, mantenían una excelente relación. Ello hizo que cuando Pilar nació Clara se convirtiera en su madrina.

Clara, que se quedó huérfana de padre en 1898, tuvo que dejar de estudiar a los 10 años y ponerse a trabajar de costurera primero, de telefonista y de dependienta después, hasta que aprobó en 1909 unas oposiciones que la trajeron a San Sebastián, donde vivió cuatro años. Volvió a Madrid en 1914 y allí conoció a grandes intelectuales del momento que le hicieron interesarse por la política. Clara no solo fue la madrina de Pilar. También le enseñó a soñar y a decidir por sí misma su rol en la vida, inculcando en ella su afán de superación y el amor por el estudio y el conocimiento. Clara repetía insistentemente a su ahijada: “Ya sabes Pilar, ¡o estudiar o dedal”.

Sin importarle los prejuicios

O estudiar o coser. Y Pilar decidió estudiar, sin importarle los prejuicios que pudieran existir respecto a las mujeres que entraban en la universidad o que pretendían ejercer profesiones consideradas “poco femeninas” por las “gentes bienpensantes” de aquellos años, como la Medicina. En 1936 terminó sus estudios en la Facultad de Medicina de Madrid. Junto a ella se licenciaron otras dos mujeres. De las tres sólo Pilar llegó a ejercer como médica. Pilar y sus padres solían veranear en San Sebastián. Recién licenciada, el 18 de julio de 1936 la sorprendió en nuestra ciudad. Los dramáticos acontecimientos de aquel verano impidieron a Pilar y a su madre, ya viuda, volver a Madrid. Se quedaron en nuestra ciudad, con solo una maleta llena de ropa de verano. Tocaba buscarse un trabajo para poder vivir, y Pilar empezó a buscar trabajo como médico.

Empezar a ejercer no fue sencillo. Poco a poco algunos médicos donostiarros le fueron proporcionando los avisos a domicilio de pacientes que muchas veces residían en lugares alejados. Se daba también a conocer entre los serenos que conocían como nadie los habitantes de los barrios y que le avisaban para realizar visitas. Su madre recogía los avisos. Y cuando su jornada laboral terminaba Pilar seguía siendo médico si alguien la necesitaba. Siempre estaba dispuesta a echar una mano. Las visitas domiciliarias le permitieron salir adelante y adquirir experiencia profesional. Con el tiempo puso una consulta en la donostiarra Avenida de la Libertad donde ejerció, principalmente, la Pediatría. Muchos donostiarros todavía recuerdan el trato cariñoso con el que Pilar les atendió siendo niños. En San Sebastián, Pilar que era una mujer amante de la cultura, muy aficionada a la música, siempre estaba al tanto de las compañías teatrales que nos visitaban cada verano. También le gustaba asistir a las corridas de toros del Chofre, como persona de aquel tiempo. En la boda de Enrique Riu, de quien había sido su pediatra, conoció a Juan Monsó, tío del novio que estaba estableci-



30. hamarkadako aldaketa sozialekin dago lotuta emakume honen historia



do en Cataluña y que en 1955 cambió su residencia a San Sebastián para poderse casar con Pilar. Tuvieron una vida familiar muy feliz.

Pilar era una vocacional de la medicina. Y Después de su jubilación siguió ejerciendo la medicina para sus familiares y amigos, que fueron muchos. Murió en el año 2000, a la edad de 88 años en San Sebastian. Dejó un gran recuerdo en nuestra ciudad, el recuerdo de una mujer de gran personalidad, de exquisita educación y entregada a los demás a través de su profesión de la que se sentía muy orgullosa.

Clara Campoamor murió en Lausana en 1972, donde tuvo que exilarse. Y Pilar se encargó de los tramites para traer sus cenizas y cumplir así con la voluntad de su madrina de ser enterrada en Polloe, el cementerio de la ciudad de la que se enamoró siendo joven, donde vivió la proclamación de la II República española, y a la que visitaba con asiduidad hasta que el exilio se lo impidió. Hoy ambas reposan en el panteón de la familia Riu Monsó. Las vidas de Clara y Pilar estuvieron ligadas por el afán de superación, por haber abierto boquetes en el fuerte muro de prejuicios e injusticias que separa a hombres y mujeres, por haber marcado el camino de las generaciones futuras: Clara desde la política y el derecho, Pilar desde la medicina. Les unió también el amor a San Sebastián.

Como mujer, como medica y como donostiarra, sólo puedo sentir por ambas un fuerte orgullo y un gran agradecimiento. ◆

Tuitea @colegioelkargoa
Comparte facebook.com/ColegioElkargoa

ELKARGOKO I. IPUIN LEHIAKETAKO IPUIN IRABAZLEA (EUSKARAZ)



IBON SASIAIN ALKIZA



HAURREN ELUR-JAUSIA

Kosta egingo zait egun gogor hura ahaztea, gogorra izan baitzen.

2015eko urtarrilaren 7a zen, egun hotza benetan. Gure furgoneta urdinean gindoazen familia guztia: Ama, aita, Alice, Peter, Mark eta ni neu, Jacob.

Nik 13 urte nituen, Peterrek 15, eta Alice eta Markek 9; bikiak baitziren. Aste bat pasatzera joan behar ginen mendietara, eta bidai luzea ari zitzaigun egiten. Familia guztia isiltasunean murgildurik zegoen, bakoitza bere gauzetan pentsatzen.

Errepidea estua zen, eta alboetan elurra azaltzen ari zen gora gindoazen heinean. Gainera, ez zegoen auto bakar bat ere errepidean.

Ordu batzuk pasatu ondoren, furgoneta gasolinarik gabe geratu zen eta bakar bakarrik geratu ginen mendien tartean. Gainera, ez zegoen kober-

turarik inguruan eta ez genekien zer egin.

- Lasai —esan zuen aitak— Mendian behera egingo dugu janari guztia hartuta, eta herrira iristerakoan laguntza eskatuko dugu.

Oraindik damu naiz erabaki hori hartu ez izanaz. Aita bakarrik zegoen ideia horren alde, beste guztiok kontra baikeunden. Furgonetan gaua pasatzea eta goizean herrira jaitea erabaki genuen.

Furgonetan lo egitea ez zen batere eroso, baina azkenean denak hartu genuen lo. Gauaren erdian, esnatu egin nintzen amets gaizto baten ondorioz. Benetak amets gaiztoa, hala ere, etortzeaz zegoen.

Burrunba hotsa entzun nuen. Beldurrez, kanpora atera nintzen, eta hor

ikusi nuen nire bizitza aldatu zuen gauza. Elur-jausi ikaragarri bat zen, eta mendian behera zetorren. Botatako zuhaitzak eta harriak zeramatzen berekin.

Korrika sartu nintzen furgoneta barrura, eta Peter esnatu nuen. Dena kontatu nion azkar-azkar, denbora gutxi baikeneukan. Peterrek Mark eta Alice hartu eta kanpora atera zen nik aita eta ama esnatu bitartean, baina elur-jausiak furgoneta harrapatu zuen.

Burua bueltaka hasi zitzaidan eta burrunba hots handiagoa entzun nuen. Segundo bat geroago, ilundu egin zen ingurua.

Esnatu nintzenean, ez nekien zenbat denbora pasatu zen, ezta non nengoeren ere; nekiena zen bizirik nengoe-

CUENTO GANADOR DEL I CONCURSO DE CUENTOS DEL COLEGIO (EUSKARA)

la. Ingurura begiratu nuen: ez zegoen nire familiaren arrastorik, elurra zegoen nire inguruan. Ez neukan hotzik ere, eta berdin-berdin jarraitzen nuen.

Hasieran, ez nekien zer egin, eta dena balduta zegoela pentsatzen nuen. Elurretan etzanda egon nintzen nire familiarengan pentsatzen, eta, haiengatik saiatzea merezi zuela pentsatu nuen.

Altxatu egin nintzen, baina lurre-ra erori egin nintzen altxa orduko. Hankan izugarriko mina neukan, elur-jausian puskatu egingo zitzaidan.

Berriz etzan nintzen, esperantza guztiak balduta. Ez nuen garrasirik egin laguntza eskatzeko, etzanda geratu nintzen zerura joateko prest, eta orduan, lo hartu nuen.

Ordu asko egon nintzen lotan, hori uste dut. Ohe batean esnatu nintzen, eta inguruan neska bat neukan.

- Esnatu egin da, esnatu egin da!

Umeen ahots horiekin batera ireki nituen begiak. Inguruan nire adineko ume pila bat zeuden, gehienak ni baino txikiagoak.

Neska helduenak, nire adinekoak, aurkezpena egin zidan:

- Kaixo, ni Marta naiz- esan zidan irribarretsu- umeek mendian aurkitu zaituzte konortea balduta eta hanka puskatuta eta hona ekarri zaituzte.

- Non nago?- galdetu nuen.

- Herritik gertu dagoen etxe abandonatu batean gaude, inork ez daki hemen gaudela. Denak umezurtzak gara eta hemen bizi gara. Nik zaintzen ditut.

Azkenean, lortu nuen dena ulertzea. Ume hauek gurasorik gabekoak ziren, eta Martak zaintzen zituen. Umeek ez zuten izenik, eta bakoitzak animalia baten izena zeukan. Inoiz ezingo diet itzuli eman zidatena.

Marta eta ni oso ondo konpontzen ginen. Berak hanka sendatzen lagundu zidan, eta nik umeak zaintzen laguntzen nion. Egun batean, inoiz galdetu ez zidan galdera egin zidan.

- Non dago zure familia?

- Nire familia desagertu egin zen elur-jausian, ez dakit non dauden

- Pentsatzen aritu naiz eta zuri la-



Furgoneta gasolinarik gabe geratu zen eta bakar bakarrik geratu ginen

guntzea erabaki dut. Bihar arratsaldean abiatuko gara zure anai-arreben bila. Umeetako bat geldituko da besteak zaintzen, hitz egin dut berarekin. - Eskerrik asko.

Izugarri poztu nintzen hori esan zidanean. Bidaia arriskutsua izan zitekeen, baina merezi zuen saiatzea.

Hortaz, hasi ginen bidaiarekin. Ume guztiak agurtu genituen, eta lehenik herritik pasatzea erabaki genuen; gure plana bi bizikleta lapurtzea zen errazago bidaiatu ahal izateko.

Planak bidaia guztia zapuztu zuen, zoritxarrez. Herritik pasa ginenean, poliziak gu ikusi gintuen (bizikletarik gabe), eta nongoak ginen galdetu ziguten. Guk, umezurtzak ginela esan genuen eta orduan, poliziaren kotxean sartu eta hirirako bidea hartu genuen.

Damututa egin nuen bidaia guztia. Nire anai-arrebak ez nituen berriz ikusiko. Senak esaten zidan han nonbait egongo zirela bizirik, baina berarengandik oso urrun.

Marta eta biok ez genuen hitzik egin bidaia guztian, pentsakor baikinen. Iritsi ginenean, konturatu nintzen lehen bizi nintzen hirira eraman nindutela. Poliziak lortu zuen informazioa, eta nire anai-arreben eta gurasoen bila hasi ziren mendialdean.

Marta eta ni, umezurtzegi batean sartu gintuzten. Umezurtzegan, ez genuen lagunik egin, Marta eta ni elkarrekin ibiltzen ginen.

Egun batean, mezu bat iritsi zitzaigun, pozez zorutzen utzi ninduen. Mezua Peterrena zen! Nire anai nagusiarena hain zuzen ere. Mezuan nola salbatu ziren kontatzen zuen, eta nire egoeraren berri jakin zutenean, hirira etortzea bururatu zitzaizela gu umezurtzegtik ateratzeko asmoz. Astebe-

te barru etorriko zirela, eta ordurako prest egoteko jartzen zidan.

Aste osoa pozez gainezka pasa nuen. Nire anai-arrebak ondo zeudela jakitea oso pozgarria zen.

Eguna iritsi zenean, biok kanpora atera ginen gauean. Umezurtzestia inguratzen zuen hesia burdinazkoa zen, baina tartetik pasa zitekeen.

Bost minutuz itxaron eta gero, azkenean iritsi ziren. Hain ezaguna zitzaidan furgonetan sartuta zeuden hirurak, eta Peter zihoan gidatzen.

- Ez gelditu hor Jacob, sartu barrura! Bidaia motza eta pozez betea izan zen. Hiriaren ondoko muino batera bidaiatu genuen. Bidaian, Marta aurkeztu nien, eta niri pasa zitzaidana kontatu nien.

Beraiek, furgoneta konpondu eta hor zegoen nahiko diru diruarekin bidaiatzen egon zirela kontatu zidaten.

Gauean, afari eder bat egin genuen eta lotara joan ginen. Nik eta Martak, umeengana itzultzeko asmoa proposatu genion Peterri, eta baietz esan zuen, prest zegoela hori egiteko.

Bitartean, polizia jarraika genuen Marta eta biok umezurtzegtik ihes egin genuelako gauean.

Biharamunean, hasi ginen bidaiarekin. Peterrek oso ondo gidatzen zuen, eta guk etzanda joateko aukera geneukan. Arratsalde batean, lotan nengoela, sirena hotsarekin esnatu nintzen. Atzera begiratu eta bi polizia kotxe ikusi genituen.

- Modu bakarra dago hemendik ihes egiteko-esan zuen Peterrek kopetillon- Heldu gogor!

Peterrek furgonetaren bolanteari bira eman eta errepidetik atera zen maldan beheara. Nik azkar erreakzionatu nuen, Marta eta nire bi anai-arrebak hartu eta salto egin nuen. Maldan beheara joan ginen, baina zuhaitz handi batek geratu gintuen.

Kolpe gogorra izan zen, baina ondo nengoen. Furgonetak beheara jarraitu zuen, Peterrekin batera. Baina, zorionez, Peter metro batzuk beherago zegoen salbu. Denak ondo ginenez, oinez hasi ginen umeen kanpamendura (horrela deitzen nion). Kilometro pare batera bakarrik ginen, eta ordu-erdian iritsi ginen.

Umeek izugarrizko harrera egin ziguten, eta ospatzeko, afari handi bat egin genuen. Mark eta Alice oso ondo konpontzen ziren beste umeekin, eta Peter herrian lapurtzeaz arduratzen zen. Gauza pila bat ekartzen zituen: Bizikletak, soberako janaria, ume-entzako jostailuak, etab. Esan daiteke umezurztegi bat sortu genuela.

Marta eta ni umeak eta etxea zaintzen egoten ginen, eta oso lagun onak egin ginen.

Hilabete bat egon ginen han bizitzen, gora-beherarik gabe, poliziaren mezu bat jaso genuen arte. Poliziak herrira joaten ez baginen beraiek etorriko zirela eta etxetik aterako gintuztela esaten zuten.

Afarian, bilera moduko bat egin genuen guztien artean, eta bi proposamen egin genituen; lehenengoa poliziaren aurrean amore ematea zen eta bestea poliziei aurre egitea.

Poliziek epe bat eman ziguten errenditzeko, eta bitartean dena prestatzen hasi ginen. Umeak oso gogotsu ikusten nituen, txikiena izan ezik.

- Zer pasatzen da Inurri? (horrela deitzen zioten).

- Beldur pixka bat dut. Ez dakit plana ondo aterako den.

- Lasai, dena ondo irtengo da.

Iritsi zen poliziek aukeran eman ziguten azkeneko eguna, eta poliziek etxeko atea bota zuten. Etxea goitik behera arakatu zuten, baina ez zuten ezer aurkitu. Orduan, goiko mendian begiratzea erabaki zuten. Hasi ziren mendian gora ibiltzen, eta umeetako batek oihukatu egin zuten.

Gure planaren hasiera ondo irten zen. Bat-batean ume guztiok mendian behera jaitsi ginen, oihukatuz eta korrika. Gure planaren helburua elur-jausi handi bat sorraraztea zen.

Poliziak harrিতuta geratu ziren eta ez ziren gu harrapatzen saiatu. Menditik behera elur-jausi handi bat zetorren, nik bizi nuena bezalakoa. Umeak ahal zutena egiten ari ziren herrira iristeko, han salbu egongo baitziren. Ni eta Marta lehenengotakoak iritsi ginen herrira, eta mendirantz begiratu genuen.

Elur-jausia uste baino handiagoa zen, eta herrira iristeko gutxi falta zitzaion. Poliziak bertan harrapatuta zeuden, eta ume guztiak geunden herrian.

-Denak ahal duzuen moduan babes-tu! —egin zuen garrasi Peterrek.

Denak ero moduan hasi ginen noraezean. Herriko biztanle batzuk kalera atera ziren handik alde egiteko asmoz. Herria eromena zen. Marta aurkitzen saiatu nintzen, baina ez nuen lortu.

Ahalik eta azkarren korrika egiten saiatu nintzen, nire familiakoak gogoan nituela. Aita eta amarengan pentsatu nuen, horrelako elur-jausi batean hil zirenak; nire anai-arrebengan, ez nekiela non zeuden; eta azkenik Marta eta umeengan.

Umeek sortu zuten elur-jausiak orain jende asko hil zezakeen, eta hori ez zen gure planean sartzen. Pentsamendu horietan nengoela, dena iluna bihurtu zen, nire bizitzan bigarren aldiz.

Oraingoan, ez nintzen ez ohe batean eta ez elurretan esnatu. Oraingoan, leku arraro batean nengoen. Ez zegoen lurzorurik, eta dena zuri kolorekoa zen. Bat-batean, nire aita, ama, Peter eta Alice agertu ziren.

- Kaixo seme —esan zuen amak— ametsetan zaude, ez da ezer pasatzen.

- Baina ...

- Lasai -isilarazi ninduen Gu guztiok



Nire bizitza aldatu zen. Handik aurrera helduen laguntzarik gabe egiten dut dena



joanak gara mundutik, orain zu eta Mark txikiari tokatzen zaizue aurrera egitea, ez etsi, dena ondo aterako da ... Nire familiakoen irudia desagertu zen, eta begiak ireki nituen. Aurrean Marta neukan, eta gertuago Mark. Biak triste zeuden.

- Zer pasatu da?

- Elur-jausiaren ondorioz pertsona pila bat hil dira —esan zidan Martak tristetasunez.

- Zenbat denbora egon naiz lotan?

- Egun bat.

Ingurura begiratu nuen, eta konturatu nintzen umeen kanpamenduan nengoela.

- Kontatu zer pasatu den.

- Elur-jausiak herria suntsitu zuen-hasi zen Marta azaltzen- Zu herriko plazaren izkin batean zeunden etzanda, eta Mark eta nik hona ekarri zaitugu. Gu biok izan ginen konortea galdu ez genuen bakarrak.

- Eta umeak? Alice eta Peter?

- Ume batzuk hil egin dira, besteak umezurztegira eramantuzte. Alice eta Peter berriz ... - Marta negarrez hasi zen.

Beraz, ametsa egia zen. Hurrengo egunak tristeak izan ziren, eta lan asko egin genuen. Etxean hutsune handia nabaritzen zen, umeak ez zeudelako.

Etxea pixka bat puskatuta geratu zen, eta konpondu egin genuen. Etxean hirurak bakarrik geunden.

Herrian ez zen inor geratu, eta inork ez zuen jakin non ginen. Mendialdean bizitzera ohitu ginen. Umeak berriz, umezurztegian egon ziren, eta ez genuen jaso beraien berririk.

Bai, 2015eko urtarrilaren 7an nire bizitza aldatu zen. Handik aurrera helduen laguntzarik gabe egin izan dut dena, baita elur-jausi bat sortu ere.

Oraindik amets egiten dut nire guraso eta anai-arrebekin. Ondoan izaten dut Marta, nire emaztea, baita ere nire hiru seme-alabak, bizitzari aurre egiteko.

Duela gutxi, Inurriren gutun bat jaso dut, berak ere bizitzari aurre egin dio. Ondo bizi da orain, eta laster egingo dit bisita bat.

Ume horietan guztietan pentsatzen dut, orain helduak direnetan. Seguru nago, denek gogoratuko dutela beraien elur-jausia, eta berriz ere, haur sentituko dira. ◆

Analisi Klinikoak (II)

INMUNOLOGÍA - SEROLOGÍA

IMMUNOLOGIA - SEROLOGIA

A Ac. anti Ag. E hepatitis B	B hepatitisaren E Ag-ren kontrako Ac
Ac. anti Borrelia burgdorferi IgG	Borrelia burgdorferi-ren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti Borrelia burgdorferi IgM	Borrelia burgdorferi-ren kontrako Ac, MG Ig
Ac. anti Brucella IgG	Brucellaren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti Brucella IgM	Brucellaren kontrako Ac, M Ig
Ac. anti células parietales gástricas	urdaileko zelula parietalen kontrako Ac
Ac. anti centrómero	zentromeroaren kontrako Ac
Ac. anti Chlamydia pisttaci IgG	Chlamydia pisttaciaren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti Chlamydia pisttaci IgM	Chlamydia pisttaci-ren kontrako Ac, MG Ig
Ac. anti Chlamydia trachomatis IgG	Chlamydia trachomatis-en kontrako Ac, G Ig
Ac. anti Chlamydia trachomatis IgM	Chlamydia trachomatis-en kontrako Ac, MG Ig
Ac. anti citomegalovirus Ig. G	zitomegalobirusaren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti citomegalovirus Ig. M	zitomegalobirusaren kontrako Ac, M Ig
Ac. anti citoplasma de neutrófilos (ANCA)	neutrofiloen zitoplasmaren kontrako Ac
Ac. anti Coxiella burnetti IgG	Coxiella burnetti-ren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti Coxiella burnetti IgM	Coxiella burnetti-ren kontrako Ac, MG Ig
Ac. anti DNA	DNAREN kontrako Ac
Ac. anti endomisio IgA	endomisioaren kontrako Ac, A Ig
Ac. anti endomisio IgG	endomisioaren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti gliadina IgA	gliadinaren kontrako Ac, A Ig
Ac. anti gliadina IgG	gliadinaren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti Helicobacter pylori IgA	Helicobacter pylori-ren kontrako Ac, M Ig
Ac. anti Helicobacter pylori IgG	Helicobacter pylori-ren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti herpes simple I IgG	I tipoko HERPES SOILAREN kontrako Ac, G Ig
Ac. anti herpes simple I IgM	I tipoko HERPES SOILAREN kontrako Ac, MG Ig
Ac. anti herpes simple II IgG	II tipoko HERPES SOILAREN kontrako Ac, G Ig
Ac. anti herpes simple II IgM	II tipoko HERPES SOILAREN kontrako Ac, MG Ig
Ac. anti Jo-1	anti Jo-1 Ac
Ac. anti Listeria monocytogenes IgG	Listeria monocytogenes-en kontrako Ac, G Ig
Ac. anti Listeria monocytogenes IgM	Listeria monocytogenes-en kontrako Ac, MG Ig
Ac. anti LKM-1	LKM-1-en kontrako Ac
Ac. anti microsomales	mikrosomen kontrako Ac
Ac. anti mitocondriales	mitokondrien kontrako Ac
Ac. anti músculo liso	muskulu lisoaren kontrako Ac
Ac. anti parotiditis IgG	parotiditisaren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti parotiditis IgM	parotiditisaren kontrako Ac, MG Ig
Ac. anti péptido citrulinado cíclico	peptido zitrulinatu ziklikoaren kontrako Ac
Ac. anti R.N.P	anti RNP Ac
Ac. anti receptores TSH	TSHren hartzaileen kontrako Ac
Ac. anti Ro (SS-A)	anti Ro (SS-A) Ac
Ac. anti Ro (SS-B)	anti Ro (SS-A) Ac
Ac. anti rubeola IgG	errubeolaren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti rubeola IgM	errubeolaren kontrako Ac, M Ig
Ac. anti Scl-70	anti Scl-70 An
Ac. anti Sm	anti Sm Ac
Ac. anti tiroglobulina	tiroglobulinaren kontrako Ac
Ac. anti toxoplasma IgG	toxoplasmaren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti toxoplasma IgM	toxoplasmaren kontrako Ac, M Ig
Ac. anti transglutaminasa IgA	transglutaminasaren kontrako Ac, A Ig
Ac. anti transglutaminasa IgG	transglutaminasaren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti Treponema pallidum IgG	Treponema pallidum-aren kontrako Ac, G Ig

Analisi Klinikoak (ID) jarraipena



Ac. anti Treponema pallidum IgM	Treponema pallidum-aren kontrako Ac, M Ig
Ac. anti varicela IgG	barizelaren kontrako Ac, G Ig
Ac. anti varicela IgM	barizelaren kontrako Ac, M Ig
Ac. anti-antigeno de superficie (anti-HBsAg)	azalerako antigenoaren kontrako Ac (antiHBsAg) (HBsAg-ren kontrakoak)
Ac. anti-Core IgG hepatitis B	B hepatitisaren G Ag-ren kontrako Ac
Ac. anti-Core IgM hepatitis B	B hepatitisaren M Ag-ren kontrako Ac
Ac. anti-Core totales hepatitis B	B hepatitisaren Core Ag-ren kontrako Ac, guztira
Ac. IgG hepatitis A	A hepatitisaren kontrako G Ig Ac
Ac. IgG hepatitis C	C hepatitisaren G Ig-ren kontrako Ac
Ac. IgM hepatitis A	A hepatitisaren kontrako M Ig Ac
Ac. IgM hepatitis C	C hepatitisaren M Ig-ren kontrako Ac
Ag. de superficie hepatitis B (HBsAg)	B hepatitisaren azalerako Ag (HBsAg)
Ag. E hepatitis B	B hepatitisaren E Ag
anticuerpos (Ac.)	antigorputzak (Ac)
anticuerpos anti ENA (anticuerpos extraibles del núcleo)	nukleotik erauz daitezkeen Ac, (ENA kontrako antigorputzak)
anticuerpos antinucleares (ANA)	antigorputz antinuklearrak (ANA)
anticuerpos HVI 1+2 (SIDA)	GIB 1 + 2 antigorputzak (HIES)
anti-estreptolisinas (ASLO)	O antiestreptolisinak (ASLO)
antigeno (Ag.)	antigeno (Ag)
antigeno Australia	Australia antigeno
B antigeno P24 HIV 1+2 (SIDA)	GIB 1 + 2, P24 antigenoa (HIES)
C Brucella (rosa Bengala)	Brucella (Bengala arrosa)
carga viral	karga biriko; birus-karga
E citomegalovirus (carga viral)	zitomegalobirus (birus-karga)
Epstein-Barr DNA (PCR)	Epstein-Barr DNA (PCR)
Epstein-Barr IgG	Epstein-Barr G Ig
Epstein-Barr IgM	Epstein-Barr M Ig
F Epstein-Barr nuclear IgG	Epstein-Barr nuklearra G Ig
H factor reumatoide (latex)	faktore erreumatoidea (latex)
H.L.A. B27 (antígeno leucocitario humano)	B27 HLA (giza antígeno leukozitarioa)
Helicobacter pylori (test del aliento)	Helicobacter pylori (hatsaren testa)
hepatitis A	A hepatitis
hepatitis B	B hepatitis
hepatitis B (carga viral)	B hepatitisaren birus-karga
hepatitis C	C hepatitis
hepatitis C (carga viral)	C hepatitis
hepatitis C RNA viral (PCR)	C hepatitis, RNA birikoa (PCR)
I HIV (SIDA) carga viral	GIB (HIES), birus-karga
IgE específica	E Ig espezifikoa
inmunoglobulina	inmunoglobulina
inmunoglobulina A (IgA)	A immunoglobulina (A Ig)
inmunoglobulina E (IgE)	E immunoglobulina (E Ig)
inmunoglobulina G (IgG)	G immunoglobulina (G Ig)
P inmunoglobulina M (IgM)	M immunoglobulina (M Ig)
R proteina C reactiva (PCR)	proteina C-erreaktibo (PCR)
R.P.R. (rapid plasma reagin)	RPR. (rapid plasma reagin)
rast ácaros	akaroen rast
rast aeroalergenos	aeroalergenoen rast
rast alimentos	elikagaien rast
rast animales	animalien rast

rast anisakis	anisakis-aren rast
rast caspa de gato	katu-zahiaren rast
rast caspa de perro	zakur-zahiaren rast
rast clara de huevo	arrautza-zuringoaren rast
rast Dermatophagoides farinae	Dermatophagoides farinae-ren rast
rast Dermatophagoides pteronyssinus	Dermatophagoides pteronyssinus-en rast
rast IgE (Radio Allergo Sorbent Test)	E Ig-ren rast (Radio Allergo Sorbent Test)
rast kiwi	kiwiaren rast
rast leche de vaca	behi-esnearen rast
rast medicamentos	botika eta sendagaien rast
rast mohos y hongos	lizun eta onddoen rast
rast penicilinas	penizilinen rast
rast pólenes de árboles	zuhaitz-lorautsaren rast
rast pólenes de gramíneas	gramíneoen lorautsaren rast
rast pólenes de plantas herbáceas	landare belarkaren lorautsaren rast
rast polvo de casa	etxeke hautsaren rast
rast veneno de abeja	erle-pozoiaren rast
V V.D.R.L. (Venereal Disease Research Laboratory)	VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

NOMENCLATURA**NOMENKLATURA**

A aguja	orratz
asa de siembra	ereintza-kirten; ereiteko kirten
auto analizador	autoanalizagailu
B baño María	María ontzi; María bainuontzi; Marian (egosi)
C centrifugadora	zentrifugagailu
compresor venoso	benakompresore; zain-konprimagailu
contenedor de desechos biológicos	hondakin biologikoen edukiontzi
cubreobjetos	estalki (mikroskopiarena, adibidez)
E EDTA (dihidrato de ácido etilendiaminotetraacético)	EDTA (azido etilendiaminotetraazetikoaren dihidrato)
equipo de extracción	erauzketako tresneria
escobillón	eskuila
esterilización	esterilizazio
estufa de cultivo	hazkuntza-labe; kultibo-labe
estufa de desecación	lehortzeko labe
estufa de esterilización	esterilizatzeko labe
F frasco lavador	flasko garbitzaile
H heparina	heparina
J jarra para placas de Petri	Petri-ren plakentzako txarro
M medio de cultivo	kultibo-medio; hazkuntza-ingurune; hazkuntza-medio
muestra refrigerada	lagin hoztua; lagin erreferatua
P pipeta	pipeta
placa de Petri	Petri-ren plaka; Petri plaka
plasma	plasma
portaobjetos	porta (mikroskopiarena, adibidez)
puntas de pipeta	pipeta-muturrak
S sangre total	odol totala
sistema de vacío	hutsa egiteko sistema
suero	serum
suero congelado	serum izoztua
T tubo de vacío	hutsa egiteko hodi

BARCELÓ VIAJES



París será una de las ciudades que ofertará Barceló Viajes. PHOTOPHILD

MÁS ESCAPADAS A LAS CAPITALS EUROPEAS

La escapada a Londres ofertada a los colegiados por Barceló Viajes para mayo no será ni mucho menos el único viaje que ofrecerá la agencia a nuestro colectivo. Fruto del convenio suscrito por la empresa con el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa, Barceló Viajes tiene previsto ofertar escapadas similares a otras capitales europeas como París o Roma en los próximos meses, y siempre con precios especiales para los médicos colegiados en Gipuzkoa. En total está previsto que se oferten cuatro viajes de este tipo cada año y siempre aprovechando fechas que incluyan fines de semana, para que puedan inscribirse más colegiados.

El acuerdo suscrito con Barceló Viajes contempla también una serie de descuentos de los que podrán disfrutar los médicos de Gipuzkoa en sus viajes de todo el año. Tendrán un 7% de descuento directo todos los paquetes vacacionales de mayoristas propios y determinadas navieras, siempre que la reserva se realice con un mínimo de 60 días de antelación. Podrán beneficiarse de del 5% de descuento directo en todos los paquetes vacacionales de mayoristas propios y determinadas navieras sin ninguna antelación, y de un 7% de descuento en Cajas de Experiencias Plan B. Para poder obtener estos des-

cuentos los colegiados tendrán que identificarse como miembros de nuestro colectivo en la oficina de Barceló Viajes situada en la calle Urbieta 59 de Donostia-San Sebastián.

Barceló Viajes es la división del Grupo Barceló especializada en viajes, ocio y vacaciones y cuenta con más de 727 oficinas y agencias distribuidas en 21 países. Se configura como una empresa turística verticalmente integrada por marcas de primer nivel que operan en los sectores minorista, mayorista y aéreo. En el negocio minorista, Barceló Viajes abarca el segmento vacacional a través de la marca homónima Barceló Viajes, la nueva marca minorista Vaivai Viajes y los portales barceloviajes.com y mevoydefinde.com. En el segmento corporativo opera a través de BCD Travel, especializada en viajes de negocios y Barceló Congresos, dedicada a eventos profesionales.

En el negocio mayorista, Barceló Viajes cuenta con seis marcas de touroperación que llegan a la totalidad de agencias de viajes del Estado. A la CuartaIsla, especializado en grandes viajes y a los generalistas Quelónea y Joliday se han sumado en 2013 tres nuevas marcas: LePlan, LeSki y JotelClick. ♦



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

