



Acoso laboral y precariedad en la profesión médica

Asamblea General de Colegiados

**Tratamiento farmacológico
del TDH y controversias
Efectos del nuevo copago en
farmacia**



Restaurante
EL COLEGIO

CONTIGO ME
ATREVO A TODO...



Reservas: 948 226 364
www.restauranteelcolegio.es
 [restauranteelcolegio](https://www.facebook.com/restauranteelcolegio)

PANACEA

Revista trimestral del
COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA
Enero 2017 - Nº 116

Consejo de Redacción:

Rafael Teijeira, Enrique Martínez,
Alberto Lafuente, Tomás Rubio, Julio
Duart y Manuel García Manero.

Comisión Científica:

Jesús Repáraz, Joaquín Barba,
Carlos Larrañaga, Sara Pérez,
Rebeca Hidalgo, Óscar Lecea,
Tomás Rubio, M^a Victoria Güeto y
Laura Berriuso.

Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción:

Idoia Olza y Trini Díaz.

Publicidad:

Nelson. Estrategia & Publicidad
Tel: 948 32 19 09

Fotografía:

Redacción.

Diseño y maquetación:

Gráficas Pamplona.

Redacción y Administración:

Avda. Baja Navarra, 47. Pamplona
Tel.: 948 22 60 93
Fax: 948 22 65 28
Correo-e: trini@medena.es

Soporte válido del Ministerio de Sanidad:

SV-88014-R

Depósito Legal:

NA. 100-1988

La Revista "PANACEA" no comparte
necesariamente los criterios de sus co-
laboradores en los trabajos publicados
en estas páginas.

PRECIO:

6 Euros (IVA incluido)

En este número destacamos:

- 20 Profesión: Las prioridades
de Serafín Romero al frente
de la OMC.**



- 48 Reportaje: Estrategia
navarra de Atención
a Pacientes Crónicos:
objetivos para el 2017.**



- 52 Divulgación científica:
Aspectos básicos
en la rehabilitación
de enfermedades
neurológicas.**



- 57 Asesoría jurídica: El derecho
a la intimidad del paciente
por alumnos y residentes.**



...y además

- 5 Editorial
- 6 Asamblea de Colegiados
- 10 Desde las vocalías
- 12 Agresiones a sanitarios
- 15 II Jornadas de Humanismo y Salud
- 17 Coro colegial
- 20 Profesión
- 24 Formación
- 30 Sociedades científicas
- 34 Clen College
- 36 Informe situación laboral de los médicos
- 42 Universidad
- 44 Punto de vista
- 48 Reportaje
- 51 Restaurante El Colegio
- 52 Divulgación científica
- 57 Asesoría jurídica
- 60 Estadística
- 62 Biografías médicas
- 66 Pacientes
- 68 Anecdótico
- 70 Firma invitada



EL COLEGIO DE MÉDICOS
DE NAVARRA EN TWITTER
Y LINKEDIN

Síguenos en
@MedenaColegio
para estar informado de la
actualidad colegial y profesional.

ACUERDOS COMERCIALES

El Colegio de Médicos ha llegado a acuerdos comerciales con diversas entidades para el suministro de productos y artículos, en óptimas condiciones de servicio, calidad y precio a los médicos navarros.

Los acuerdos firmados con estas entidades contienen:

- Condiciones o descuentos aplicados sobre todos sus artículos.
- Ofertas especiales sobre algunos de ellos.
- Condiciones preferenciales equivalentes a su mejor oferta.

Acreditación del profesional por medio de la tarjeta colegial.

Prosin Informática

Ana de Velasco, 2 (junto al Reyno de Navarra) PAMPLONA
Tfno 948 22 16 78
Avda. del Ejército, 30. PAMPLONA
Tfno 948 22 16 78
www.prosin.es

AMA

Avenida Baja Navarra, 47. PAMPLONA. Tfno 948 27 50 50

Gazpi, s.a.

Parque Empresarial La Estrella, C/Be-
rroa, 1 TAJONAR-PAMPLONA
Tfno 948 85 20 00

Rigel - Diseño de interiores

Esquíroz, 22 bajo. PAMPLONA.
Tfno 948 17 34 51

Servicons, Reformas & Interiorismo

Avda. del Ejército, 32. PAMPLONA
Tfno 948 21 32 68

Salinas. Selección y Diseño s.l.

PAMPLONA: Avda. Zaragoza, 55.
Milagrosa. Tfno 948 23 65 83
Navarro Villoslada, 10.
Plza de la Cruz. Tfno 948 23 56 45
Plaza de Obispo Irurita, s/n.
San Juan. Tfno 948 26 67 07
VITORIA -GASTEIZ:
Moda Baño Decoración.
Ortiz de Zárate, 7.
Tfno 945 23 28 56

Previsión Sanitaria Nacional

Avda. Baja Navarra, 47. PAMPLONA.
Tfno 948 21 11 53

Ford Pamplona Car

Parque Comercial Galaria-La Morea.
CORDOVILLA-PAMPLONA
Tfno 948 290 260.
www.pamplonacar.com

Óptica Unyvisión

Trav. Acella, 3. Frente Clínica Univer-
sitaria. PAMPLONA
Tfno 948 178 188

Visión Natural

Tajonar, 2. PAMPLONA.
Tfno 948 153 862
Ermitagaña, 25. PAMPLONA.
Tfno 948 272 712
Plaza Sanducelay. PAMPLONA.
Tfno 948 171 282

Gorricho Sistemas de Descanso

Sancho el Fuerte, 32. PAMPLONA.
Tfno 948 17 10 24
Yanguas y Miranda, 19. PAMPLONA.
Tfno 948 24 79 63
Avda. Villava, 2. ANSOAIN.
Tfno 948 12 46 63 Pol. Ind. Mutilva
C/A, 17. MUTILVA BAJA.
Tfno 948 29 09 52
www.gorricho.com

Muebles
SASKIA
UN MUNDO DE IDEAS

Tel: 948 120 020. Calle M, num 40. Mutilva.
www.mueblesaskia.com



Asesoría Fernández
Jarne y Lerga Asocia-
dos, S.L.
C/ Las Provincias, 5 bajo
31014 · Pamplona
(NAVARRA)
www.flasociados.com
Tfno 948 20 71 11
Fax 948 20 67 59



Parque de los Olmos 25,
31190 – Zizur Mayor (NAVARRA)
Tel.: 948 18 49 18 | 627 52 57 90

PANACEA

Del papel a la versión online



Tomás Rubio

Tesorero del Colegio
de Médicos de
Navarra

Desde su nacimiento, en marzo de 1988, la revista **Panacea** ha sido un referente para la profesión médica. El Colegio de Médicos de Navarra siempre ha apostado por una información veraz, atractiva y profesional por y para sus médicos que ha requerido una importante inversión, especialmente en lo relativo a la distribución y envío de la revista a sus colegiados. Cada trimestre y de forma ininterrumpida durante 28 años, **Panacea** ha llevado a sus domicilios la actualidad colegial, profesional y médica de Navarra, gozando de un sólido prestigio, tal y como nos lo habéis manifestado en las encuestas realizadas.

Ha llegado el momento de iniciar una nueva andadura, propiciada por las posibilidades que abre el mundo digital y el uso de las nuevas tecnologías. A partir de este número, la revista **Panacea** se editará solo en formato online. La decisión no gustará a los nostálgicos del papel, pero creemos que entre sus ventajas está no solo el ahorro de costes, sino el poder llegar a un número de destinatarios mucho más amplio y, además, de forma inmediata. Este cambio de soporte no afectará esencialmente a lo que la revista ha venido siendo para sus lectores, solo que ahora se podrá acceder a sus contenidos desde un PC, tableta, portátil o móvil.

La revista **Panacea** seguirá editándose cada trimestre y se enviará a las direcciones de email de los colegiados, por lo que os recordamos la importancia de actualizar vuestros correos. Se podrá, asimismo, leer en formato pdf en la web colegial (www.medena.es) en la sección dedicada específicamente a ello y desde donde también se pueden consultar los números anteriores. Las secciones y artículos de **Panacea** ocuparán, además, un espacio privilegiado en las redes sociales del Colegio de Médicos de Navarra, como twitter y linkelin, desde donde se podrá compartir, comentar, enriquecer o discutir su contenido.

La revista estará también disponible en la plataforma issuu, a través de la cuenta del Colegio de Médicos de Navarra <http://issuu.com/medena>. Este navegador web, en formato flash, mantiene la fidelidad al documento original, permite navegar por sus páginas como si estuviésemos leyendo una revista en la vida real (con opción de realizar zoom y pasar páginas de una manera sencilla, incluido el modo a pantalla completa). Y como suele ser habitual en este tipo de herramientas sociales, da la posibilidad de dejar comentarios en cada perfil de usuario y en cada documento, marcados como favoritos.

Por último, destacar que se trata de un cambio difícil pero esperanzador, y que esperamos seguir contando con vuestro apoyo.



Asamblea General de Colegiados

Continuar con una gestión económica austera, eficiente y auditada



Los médicos colegiados aprobaron las cuentas del año 2016 y los presupuestos para el 2017

◆ Trini Díaz

En la Asamblea General de Colegiados, celebrada el pasado 25 de abril, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, presentó la memoria de actividades del año 2016 y los objetivos para este año, entre los que destacan la consolidación y mejora del programa de formación médica continuada (con acreditación complementaria por SEAFORMEC y cursos online ofertados también a otros Colegios), la renovación de la Comisión Deontológica y de la página web colegial (con más herramientas de acceso online a los trámites colegiales y la edición de Panacea en versión digital), y la apertura del Colegio a nuevas iniciativas culturales relacionadas con la medicina (cine, literatura, arte, etc).

Destacó que se continuará con las convocatorias de ayudas a la formación de los colegiados (Becas MIR y Senior) y apostó por una colaboración institucional “manteniendo la independencia colegial”.

CUOTAS COLEGIALES CONGELADAS DESDE EL 2007 Y SEPARACIÓN DE CONCEPTOS

La cuotas colegiales pertenecientes al Colegio navarro se mantendrán congeladas (ya lo estaban desde el año 2007) y la cuota de entrada también (no han variado desde el año 1990). Asimismo, seguirá suspendida la cuota de traslado y se mantienen las subvenciones totales o parciales para los médicos en desempleo y empleo precario.

La Asamblea aprobó la propuesta de la Junta Directiva que sometió a la decisión de los colegiados la conveniencia de separar los conceptos en los recibos trimestrales de cuotas colegiales, manteniendo como **obligatorios** los siguientes conceptos e importes:

- Parte especial Colegio de Navarra:17,65 Euros.
- Parte OMC Consejo: 10,00 Euros.
- Parte OMC Colegio: 40,00 Euros.
- **Total:67,65 Euros.**

Se ofertará, con carácter **voluntario**, la cuota de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos “Príncipe de Asturias” por importe de **23,77** Euros.

La modificación del recibo colegial tendrá efectos a partir del 1 de julio de 2017.

MEDIDAS DE RESTRUCTURACIÓN Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

El informe de presidencia y el económico se centraron en la situación económica del Colegio, explicando algunas medidas de reestructuración y planificación estratégica del Colegio y las empresas relacionadas (Centros de Reconocimientos, Clén College y Restaurante) con el fin de asegurar su viabilidad a largo plazo. El Dr. Teijeira explicó que, tal y como se ha ido informando en anteriores Asambleas, la Fundación del Colegio de Médicos ha presentado pérdidas en los últimos ejercicios. “En años anteriores, y especialmente en 2016, se han promovido distintas iniciativas con el fin de corregir estas pérdidas sin éxito. A día de hoy, la viabilidad económica de la misma está gravemente afectada”.

Entre las medidas de reducción de costes, que fueron aprobadas en la Asamblea General del año 2016 y que continuarán durante el año 2017, destacan: bajada de un 5% en el salario de los trabajadores del Colegio, disminución en los gastos de la Junta Directiva, recorte de gastos en asesorías, gasto cero en publicidad, ahorro de un 10% en gastos generales, revisión de contratos con todos los proveedores, amortización del puesto de director financiero y rebaja importante del emolumento del puesto de Gerencia. Asimismo, la revista Panacea pasará a editarse solo online.

En estos momentos, el Colegio trabaja en la implantación de una serie de medidas como la reestructuración de la deuda del Colegio de Médicos de Navarra con la Organización Médico Colegial (OMC) y el Patronato Huérfanos Príncipe de Asturias, mediante un acuerdo en el que se contemple un periodo de carencia y una ampliación del plazo de devolución para la deuda histórica; la negociación con entidades financieras para adaptar las obligaciones de devolución de deuda al proceso de reestructuración; y la reducción en un 10% de los gastos de explotación del Colegio de Médicos.

ERTE Y CIERRE DEL CENTRO DE CONDUCTORES DE SANGÜESA

Como ya se anunció a los colegiados vía e-mail, el Patronato de la Fundación del Colegio de Médicos –asesorado por los servicios financieros, legales y laborales del Colegio– adoptó, el pasado 24 de abril, un acuerdo para iniciar un ERTE que afecta a los trabajadores de los Centros de Reconocimientos Médicos del Colegio con los que ya se está negociando. En la Asamblea de Colegiados se explicó que “el objetivo de la medida es ajustar durante



*Rafael Teijeira (presidente) y
Julio Duart (secretario) en la Asamblea.*

un año el tiempo de trabajo y las jornadas y días laborales de cada trabajador a las necesidades productivas actuales, procurando con ello conseguir una reducción del coste laboral”.

Asimismo, el Patronato de la Fundación Colegio de Médicos ha decidido el cierre del Centro de Conductores de Sangüesa, que se abrió en el año 2012, gracias a un convenio de colaboración con el Ayuntamiento del Municipio y que tras cinco años de funcionamiento no ha alcanzado las expectativas previstas inicialmente.

La Fundación Colegio de Médicos mantendrá el Centro de Reconocimientos Médicos de Pamplona, en Vuelta del Castillo, y los centros de Elizondo y Leitza.

FORMACIÓN: OBJETIVOS 2017

El Plan de formación para el año 2017 del Colegio de Médicos contempla 25 actividades y 270 horas docentes. Prevé una oferta de 800 plazas en las diferentes modalidades de cursos de actualización, seminarios y talleres, que responden a tres líneas de actuación: competencias transversales (Medicina Legal y Ética y Deontología), competencias clínicas comunes (para todos los colegiados) y competencias clínicas específicas (para médicos de especialidades en ámbitos concretos).

Destacable el esfuerzo del Colegio en la formación en gestión clínica de sus colegiados. Durante el 2017 se desarrollará el Plan de Capacitación Avanzada para Directivos de Unidades de Gestión Clínica CADUGC, que incluye doce talleres independientes (ya se han realizado los cuatro primeros) con el fin de “promover una línea de avance en el desarrollo directivo del médico, que le permita adquirir competencias avanzadas en materia de gestión clínica mediante la adquisición de facultades y talento dirigido al fomento del valor profesional y la gestión integral y eficiente de equipos humanos, así como la gestión de recursos materiales y procedimientos”.



El año 2016 en cifras

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME):

6 nuevos casos. Mantiene 36 expedientes activos.

Colegiación:

207 altas (114 nuevos MIRes) y 127 bajas (84 traslados interprovinciales, 18 fallecimientos, 13 traslados internacionales y 12 bajas voluntarias). En la actualidad, 3.492 colegiados activos en Navarra, con una edad media de 46 años.

Bolsa de empleo:

Se han gestionado 253 ofertas de empleo (el 19% procedentes de Navarra, el 29% del resto de España y el 52% de otros países, mayoritariamente de Francia, Suecia y Reino Unido). El 64% de las ofertas demandan especialidades extrahospitalarias como Medicina de Familia o Medicina del Trabajo.



Los colegiados aprobaron la gestión colegial.



Registro de méritos:

La Oficina de Desarrollo profesional ha trabajado en 158 expedientes con proceso de registro e informe, 91 informes para tramitación de la Carrera Profesional y 67 para contratación temporal y méritos.

Formación continuada:

La Sección Académica ha organizado 20 actividades en las que han participado 800 médicos. Destaca la alta valoración en créditos otorgada por la Comisión de Formación Continuada de Navarra y la satisfacción expresada por los participantes en las encuestas, que alcanza una puntuación de 4,21 sobre 5.

Sociedades científicas:

Han realizado 103 sesiones en la sede del Colegio (53 administrativas y 50 acciones formativas).

Asesoría jurídica:

Para el Colegio (y sus empresas): 190 consultas y 26 escritos, informes o dictámenes. Para los médicos colegiados: 332 consultas, 6 procedimientos administrativos, y 9 recursos contencioso-administrativos y en vía social.

Comisión Deontológica:

Ha mantenido 11 reuniones, ha tramitado 4 casos, ha realizado 10 consultas o informes sobre diferentes aspectos éticos y deontológicos y ha estudiado los documentos aprobados por la Asamblea General de la OMC. Ha colaborado con la Comisión de Formación del Colegio en la preparación de actividades de formación en Ética y Deontología Médicas. Ha participado en la V Convención de la Profesión Médica y en el III Congreso de Deontología Médica con una comunicación sobre bioética y big data, de la doctora Pilar León, que obtuvo el segundo premio.

Informes de vocalías:

Las diferentes vocalías que componen la actual Junta Directiva presentaron sus respectivas memorias, que podrán consultarse en la página web del Colegio (www.medena.es).

Comunicado del Colegio de Médicos

La flexibilización de la edad de jubilación de los médicos debe hacerse con carácter excepcional y con la máxima transparencia para no dificultar el acceso de los médicos jóvenes a un puesto estable e indefinido.



La Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra aprobó, el pasado 24 de febrero, un comunicado en el que considera que el Acuerdo del Gobierno de Navarra por el que “se autoriza la permanencia en activo, una vez cumplida la edad de jubilación forzosa, a facultativos especialistas de todas las áreas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra”, es una medida razonable, aunque debe ser excepcional, y pide que se aplique con la “máxima transparencia”, de manera que no ralentice el necesario relevo generacional en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea o que los médicos jóvenes vean dificultado su acceso a un puesto estable e indefinido en la Administración Pública.

Destaca que frente a la situación de precariedad laboral que padece en estos momentos el colectivo médico, recogida en el reciente informe sobre la situación laboral de los médicos en España elaborado por la Organización Médica Colegial (OMC), los esfuerzos de la Administración deben ir encaminados a consolidar un empleo de calidad, especialmente entre los médicos jóvenes (aumentando la oferta de empleo público y mejorando de las condiciones laborales). Solamente así, cuidando a sus profesionales que ya están en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y ofreciendo a los que se incorporen en el futuro condiciones laborales de calidad, se conseguirá una plantilla estable y bien cualificada.

En opinión del Colegio de Médicos de Navarra, la flexibilización de la edad de jubilación forzosa de los profesionales debe ir acompañada de medidas que favorezcan y atraigan a los mejores médicos hacia

nuestra Comunidad. Pide, además, un aumento de recursos humanos para paliar los recortes de personal médico sufrido estos años y que está generando saturación en muchos servicios sanitarios.

CON CARÁCTER EXCEPCIONAL, VOLUNTARIO Y ABIERTO

El Colegio de Médicos de Navarra subraya el carácter “excepcional, voluntario y abierto a todas las especialidades” de la medida adoptada y la considera razonable, ya que posibilita que médicos con gran experiencia y conocimientos puedan seguir aportando un trabajo positivo que redunde en beneficio de los ciudadanos y de la sanidad.

El Colegio de Médicos de Navarra matiza que la flexibilización de la edad de jubilación de los médicos es la línea que están siguiendo otras Comunidades Autónomas y que es práctica habitual en otros países de nuestro entorno, debido a la escasez de profesionales. Asimismo, responde a una de las reivindicaciones de los colegios de médicos, que siempre estuvieron en contra de la jubilación forzosa, al considerar que se pierde el talento y la experiencia de profesionales cualificados, si bien la situación de precariedad laboral que vive ahora el colectivo médico obliga a que sea la excepción y no la regla su implantación.

Finalmente, el Colegio de Médicos de Navarra lamenta que la citada medida no haya sido consultada previamente con esta organización, que representa a todos los médicos navarros, y reitera su compromiso por colaborar en el estudio y la elaboración de propuestas encaminadas a una mejora de las prestaciones sanitarias a la ciudadanía.

COLEGIO DE MÉDICOS - DESDE LAS VOCALÍAS



**DR. JUAN
JOSÉ UNZUÉ
GAZTELU.**

Vocal de
Médicos
Jubilados.

El número de médicos jubilados ha experimentado, en los últimos años, un importante incremento, que convierte a esta Vocalía en un colectivo numeroso, diverso y con una vocación de servicio que permanece tras colgar la bata. Somos ya más de 500 profesionales los que formamos esta Vocalía que, además, integra a las viudas/os de los médicos. Seguir dando el lugar que se merecen a los médicos que han dejado de ejercer y que han sido maestros para las generaciones más jóvenes, es uno de los objetivos que me ha llevado a liderar esta Vocalía, poniendo el acento en aquellos temas y asuntos que más nos afectan.

En la primera reunión de la Vocalía Nacional, a la que he asistido como representante de Navarra, he podido constatar que la principal preocupación de los Colegios es incrementar la participación de los médicos jubilados en sus actividades. Sin duda, será necesario buscar otros puntos de encuentro más allá de la fiesta anual que nos reúne cada año.

Una iniciativa que está teniendo éxito en otros Colegios, es la organización de cursos preparatorios para la jubilación en los que se abordan aspectos jurídicos, fiscales, recursos públicos disponibles, ocio, tiempo libre, salud y apoyos en protección social.

En esta etapa vital en la que nos encontramos, adquiere una especial relevancia cualquier medida que mejore la calidad de vida de los médicos jubilados y de sus familiares próximos. En esta línea trabaja la Fundación para la Protección Social de la OMC, con iniciativas que buscan mejorar la calidad de vida de los médicos y sus familiares próximos y, en concreto, la promoción de la autonomía personal (frente a los riesgos de dependencia).

Desde los Colegios se trabaja, además, en diferentes alternativas de ocio activo, promoviendo acciones solidarias y de voluntariado entre los médicos en activo o jubilados con vocación de ayuda que deseen poner sus conocimientos y experiencia al servicio de los demás. El Colegio de Navarra prepara un programa de actividades

de educación sanitaria, promovido por la Vocalía, del que os informaremos puntualmente.

Una queja generalizada entre los médicos jubilados es la sensación de desamparo cuando acuden a un hospital o centro de salud para ser atendidos como pacientes. Se hace evidente la necesidad de estudiar fórmulas para garantizar una atención médica y sanitaria de los médicos a partir de la jubilación, en la medida que, muy a menudo, mientras estaban en situación activa esa atención médica y sanitaria se procuraba de manera «informal», voluntarista «de colega a colega». En algunas Comunidades Autónomas se cuenta con una tarjeta oficial de médico jubilado para el acceso a sus centros sanitarios, en otras se les ofrece la posibilidad de participar en las sesiones docentes de sus antiguos centros de trabajo.

Desde el Colegio de Navarra estamos diseñando iniciativas que respondan a éstas y otras muchas necesidades, por lo que os animo a participar desde su inicio en ellas. Me pongo a vuestra disposición para lo que consideréis oportuno, y os ofrezco ilusión y dedicación para seguir trabajando por la salud de todos.



DESDE LAS VOCALÍAS - COLEGIO DE MÉDICOS



**DRA.
SUSANA
MIRANDA
ALCOZ.**

Vocal de
Medicina
Rural.

Navarra es una autonomía con elevada ruralidad y hay situaciones que nos afectan y que se viven con cierta expectación.

La desigual carga de trabajo es una característica de la Medicina rural. En zonas con mayor índice de población, la principal preocupación se deriva de la saturación de las consultas y de los servicios de urgencias; en otras, son más las derivadas de la dispersión o aislamiento..., pero en todas hay pacientes con características concretas y encontramos dificultades específicas más relacionadas con el entorno que con la propia labor asistencial. A menudo, se nos exige ser más resolutivos.

Del progresivo envejecimiento de la población se derivan más enfermos crónicos y patologías que requieren mayor atención. Esto obliga al desarrollo de medidas de educación, orientadas a mejorar los autocuidados en cuadros agudos autolimitados o en reagudizaciones de crónicos.

También nos afecta, en mayor medida, la precariedad laboral a la hora de cubrir vacaciones, bajas o jubilaciones y la menor capacidad para el reclutamiento y la retención de residentes o médicos jóvenes, con la dificultad añadida de promocionar la docencia e investigación en el medio rural.

Por otra parte, hemos sabido adaptarnos al cambio que ha supuesto la atención continuada y urgente, con la incorporación de los SUR a los equipos de Atención Primaria.

A través de esta Vocalía, el Colegio de Médicos es conocedor de ello y se pone a disposición de los médicos rurales para intentar, en lo posible, aglutinar, mediar o ayudar a solucionar situaciones que redunden en una mejora de la motivación y de las condiciones de nuestro colectivo.



**DRA.
CARMEN
MARTÍNEZ
VELASCO.**

Vocal de
Medicina
Libre y
Colectiva.

Desde el pasado mes de diciembre, tengo el honor de formar parte de la Junta Directiva de nuestro Colegio como vocal en representación del sector de Medicina de Asistencia Colectiva y Ejercicio Libre, desde donde me dirijo a vosotros.

Quiero saludar a todos los colegiados en general y, más en particular, a aquellos que ejercéis labores profesionales en la Medicina Privada (por cuenta propia, en alguna entidad hospitalaria privada o en alguna mutualidad de asistencia colectiva).

Soy consciente de que los variados escenarios de los médicos que ejercemos de forma privada, tanto los colectivos como los particulares, pueden ser diferentes y responden, en cada caso, a situaciones y contextos profesionales distintos. No obstante, desde el Colegio de Médicos queremos ofrecer a los colegiados que ejercen su profesión dentro del sector que paso a delegar, la posibilidad de ser representados profesionalmente ante organismos, instituciones o empresas y en las diversas situaciones contextuales que puedan acontecer, informando y apoyando -en la medida de lo posible- los intereses de nuestra profesión y de nuestros colegiados.

Por esta razón, es importante conocer las sugerencias y pautas de mejora en nuestra comunidad que tengáis a bien trasladarnos, así como las dificultades varias o los problemas que entendáis que puedan tratarse desde esta Vocalía, y posteriormente desde la Junta Directiva, con el principal objetivo de que estudiemos el modo de proporcionaros la necesaria información técnica sobre cada caso planteado y la conveniente ayuda profesional desde el Colegio. Para ello, podéis poneros en contacto directamente con nosotros a través de la siguiente dirección de correo electrónico vmibre@medena.es.

Asimismo, desde aquí quiero mencionar la labor realizada por el Dr. Juan Bruguera, de quien recojo el testigo de la Vocalía, y agradecerle así el trabajo realizado y el apoyo prestado en el traslado de funciones.

Con el deseo de poder representaros de manera conveniente y eficaz, recibid un cordial saludo.



Día Nacional contra las Agresiones a Sanitarios

El Colegio de Médicos de Navarra recibió 5 comunicaciones de agresiones en 2016, frente a las 6 de 2015

Por su parte, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SNS-O recibió en 2016 un total de 63 notificaciones de médicos que sufrieron agresiones. El Colegio proporciona a los médicos agredidos ayuda legal, rápida y personalizada.

Con motivo del Día Nacional contra las Agresiones a Sanitarios que se celebró el 16 de marzo, la Organización Médica Colegial (OMC) presentó los datos de las agresiones que han sufrido los médicos en el ejercicio de su profesión en 2016, registrados en el Observatorio de Agresiones de la OMC y recogidas a través de los 52 Colegios de Médicos de España y que ascienden a 495 casos frente a los 361 del año anterior, lo que supone un aumento del 37,12%.

Bajo el lema "Contra las agresiones a sanitarios, tolerancia cero" y el hashtag en redes sociales #stopagresiones, el Observatorio Nacional de Agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC), un año más ha puesto en marcha una serie de iniciativas encaminadas, en primer lugar, a evitar en la medida de lo posible estas agresiones que, además de repercutir gravemente en la salud y en la calidad de vida del profesional agredido, afecta de forma sustancial a la actividad sanitaria, uno de los pilares básicos de nuestra sociedad del bienestar que hay que cuidar y utilizar de forma responsable.

Dicho Observatorio, que se creó hace siete años, presentó los datos de violencia registrados en 2016 que ascienden a 495 casos frente a los 361 del año anterior, lo que supone un aumento del 37,12%.

En este último año, los datos registrados revelan un notable crecimiento de estas conductas violentas en el ámbito sanitario (354, 344, 361 y 495 agresiones en 2013, 2014, 2015 y 2016, respectivamente), lo que supone un repunte en la tendencia descendente desde 2010 (451), año en el que se creó el Observatorio Nacional de Agresiones.

En el periodo 2010-2016, en España se notificaron 2.914 agresiones a médicos (en Navarra, 31).

◆Idoia Olza

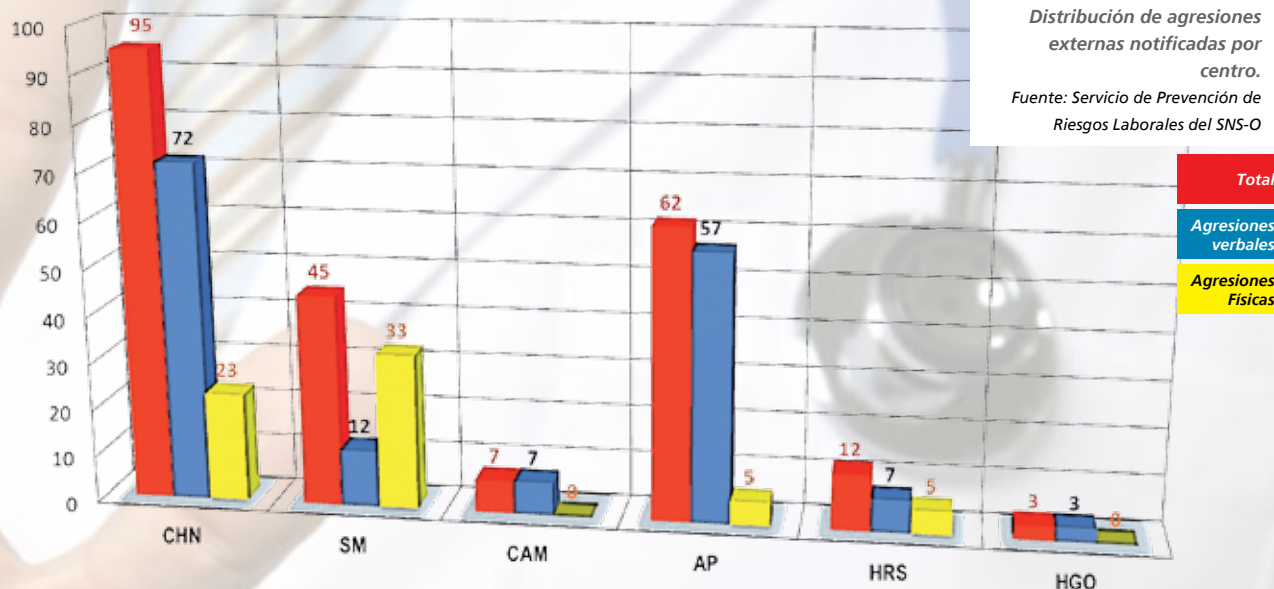
DATOS DE NAVARRA

En Navarra, el Colegio de Médicos recibió durante 2016 un total de 5 comunicaciones de agresiones a médicos (en 2015 fueron 6). De ellas, 4 se produjeron en el sector público y 1 en el privado; en 3 casos la agresión había sido a médicos hombres y en 2 casos a médicos mujeres. En las 5 comunicaciones, la agresión fue de violencia verbal (insultos y amenazas).

De las 5 agresiones notificadas, en ningún caso hubo baja laboral. En 3 casos hubo denuncia, pero en 2 se retiró sin que llegara el asunto a juzgarse porque el agresor pidió perdón. Una de las denuncias derivó en juicio y condena al agresor.

En cuanto a las causas de las agresiones en Navarra, en 2 casos tenían relación con la incapacidad temporal, en un caso fue por discrepancias con la atención médica, y en otro por informes no acordes a sus exigencias. Sobre el ámbito en el que se produjeron, la mayoría fueron en Atención Primaria (3 casos).

Por su parte, según datos del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea, las agresiones externas notificadas a dicho Servicio por médicos en 2016 fueron un total de 63 (64 en 2015). La mayor parte en el Complejo Hospitalario de Navarra, seguidas de Atención Primaria y de Salud Mental.



SERVICIO PARA ATENDER A MÉDICOS AGREDIDOS EN EL COLEGIO DE MÉDICOS

El Colegio de Médicos de Navarra y la Fiscalía Superior de Justicia de Navarra firmaron, en febrero de 2012, un protocolo de actuación que garantiza una atención eficaz y rápida en los casos de agresiones contra médicos que permite, además, un seguimiento del procedimiento más completo.

Ante una agresión, además de notificarla al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SNS-O, desde la entidad colegial se anima a los colegiados a que llamen al Colegio de Médicos a través del teléfono (948 22 60 93) o a través del correo electrónico (agresiones@medena.es).

Una vez recibida la comunicación, el Colegio se pone en contacto lo antes posible con los afectados para conocer las circunstancias, rellenar la ficha de agresiones y, lo más importante, proporcionarles ayuda legal, rápida y personalizada.

Según explica su presidente, Rafael Teijeira, "el Colegio ofrece desde el primer momento una asesoría personalizada dado que la comunicación con la asesoría jurídica es inmediata, lo que permite que el médico que ha sufrido la agresión esté acompañado por un letrado desde el inicio del proceso. Por otro lado, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) facilita la valoración confidencial y personalizada si el profesional necesita, además, asistencia en el ámbito psicológico".

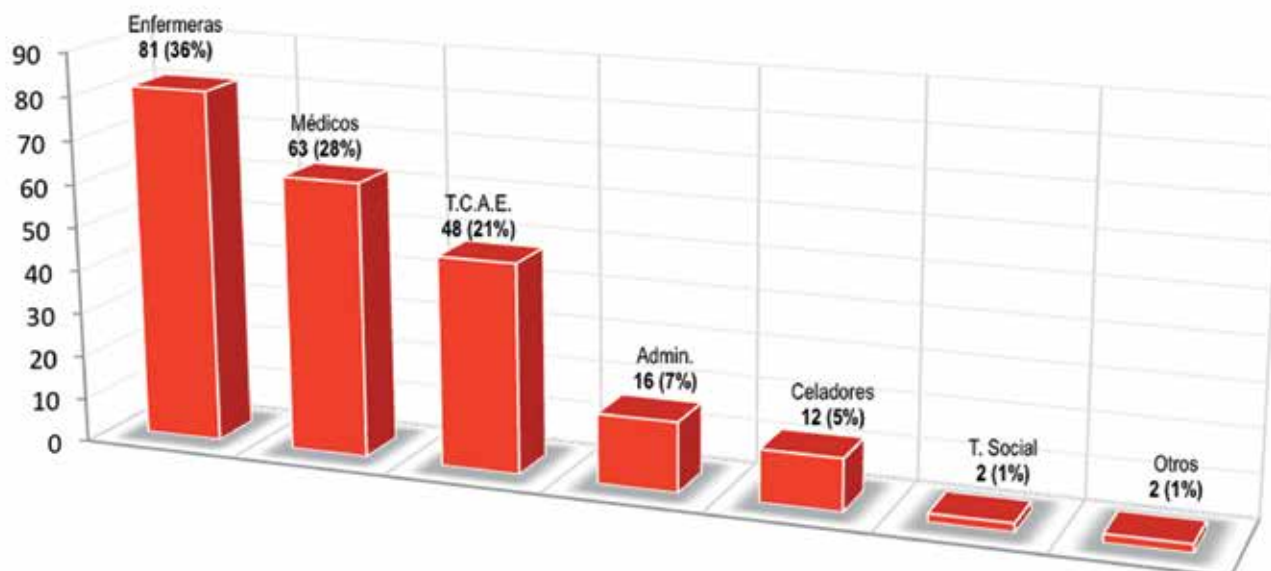
SALUD ESTUDIA UN NUEVO SISTEMA DE ALARMA EN ATENCIÓN PRIMARIA, SALUD MENTAL Y URGENCIAS PARA EVITAR AGRESIONES

El Departamento de Salud estudia dotar a todos los centros de salud, centros de Salud Mental y servicios de Urgencias de un nuevo sistema de alarma con el fin de evitar o minimizar las agresiones a los y las profesionales.

Actualmente, varios centros de salud y casi la totalidad de los centros de Salud Mental disponen de sistemas de alarma frente a agresiones, conectados a una central de recepción de alarmas. Uno de los puntos débiles de este sistema consiste en que no es posible conocer con rapidez el punto exacto desde donde se ha activado la alarma. Entre todas las opciones de nuevos sistemas que se barajan, se encuentra la posible utilización del ordenador de sobremesa. Con este sistema, en caso de producirse una agresión, el profesional podría activar la alarma pulsando una combinación de teclas en su ordenador y automáticamente la alarma se notificaría a todos los puestos de trabajo de la zona de forma instantánea, ofreciendo información de la ubicación desde la que se ha activado.

Asimismo, está previsto continuar con la formación de los profesionales, de manera que estén capacitados para prevenir y, en caso necesario, intervenir frente a episodios de violencia. Para el año 2017 se han programado un total de 50 acciones formativas dirigidas a profesionales de las áreas con mayor riesgo de sufrir una agresión como por

COLEGIO DE MÉDICOS



Distribución de agresiones externas notificadas por puesto de trabajo.

Fuente:
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SNS-O

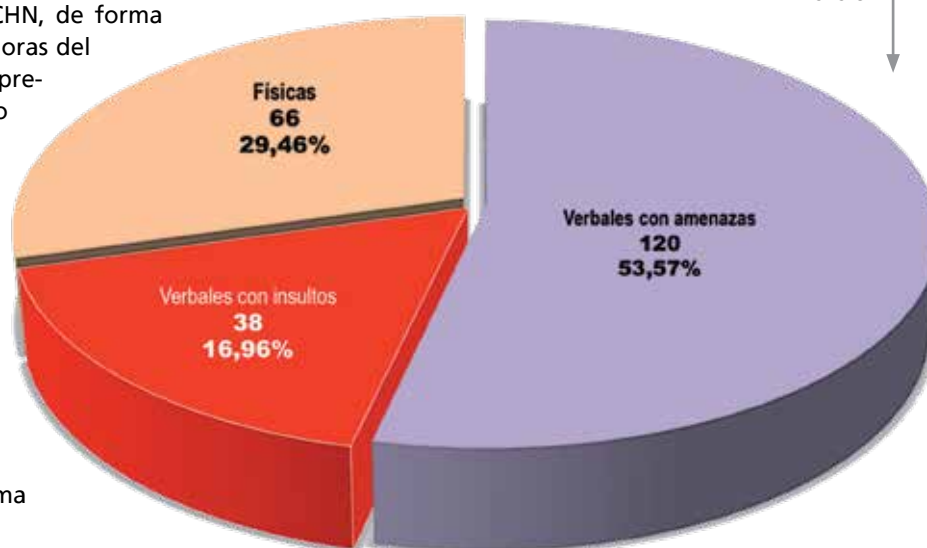
ejemplo Urgencias, Salud Mental o Admisión. Entre las acciones formativas previstas, se impartirán cursos de técnicas conductuales y de comunicación para el manejo de paciente difícil y agresivo, cursos de contención mecánica de paciente agitado y cursos de técnicas de autodefensa y contención de paciente agresivo.

Existe un manual de prevención de riesgos laborales dirigido a todos los profesionales del SNS-O titulado "Agresiones externas", elaborado por personal del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales junto con expertos de otros servicios.

En cuanto a la seguridad, se ha reforzado el personal en el Servicio de Urgencias del CHN, de forma que existen dos vigilantes las 24 horas del día, y se ha reforzado también la presencia de la Policía Foral en dicho Servicio de Urgencias y en el del Hospital Reina Sofía de Tudela durante las tardes y noches de viernes y sábados, y el resto de días, en las horas en las que se detecta mayor número de incidentes. Además, desde el pasado 1 de marzo el Hospital de Tudela dispone de servicio de seguridad las 24 horas del día, ampliando así el horario que hasta ahora se prestaba de forma parcial. ■

Distribución por el tipo de agresión externa

Fuente:
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SNS-O



Médicos y escritores en las II Jornadas de Humanismo y Salud

La conferencia "Una aproximación a la figura de Santiago Ramón y Cajal", impartida el pasado 11 de abril por el Dr. Javier Gil (médico, magister en Bioética y experto en Artes Plásticas), inauguró las II Jornadas de Humanismo y Salud, organizadas por el Colegio de Médicos de Navarra y el Ateneo Navarro/Nafar Ateneoa.

El Dr. Gil hizo un recorrido por la vida y obra de Santiago Ramón y Cajal a través de la visión que él mismo nos ofrece de sus propias vivencias en su libro autobiográfico *Recuerdos de mi vida* –este año se cumple el centenario de su publicación–, y un análisis de cómo el dibujo, la fotografía y sus intereses artísticos ayudaron a este médico genial a explorar uno de los territorios más intrincados y desconocidos de la ciencia: el sistema nervioso.

PRÓXIMAS CONFERENCIAS

Las II Jornadas de Humanismo y Salud continuarán con tres conferencias más, que tendrán lugar durante los meses de mayo y junio.



Yehudah Ha Levi:
La palabra que cura.

Ponente:
Juan Ramón Corpas Mauleón.
Médico y escritor.

Una revisión a la figura de este médico y filósofo tudelano, considerado además como mejor poeta medieval en lengua hebrea.

¿Se puede prevenir la demencia? Cómo conseguir una vejez satisfactoria.

Ponente:
Germán Jusué Erro.



Neuropsicólogo Clínico, Director del Hospital de Día Psicogeriátrico y Unidad de Deterioro Cognitivo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.



Defensa y función de las Humanidades en un mundo en crisis.

Ponente:
Jaime Siles Ruiz.
Catedrático de Filología Clásica de la Universidad de Valencia, poeta y escritor.

Todas las conferencias tendrán lugar en el Salón de Congresos del Colegio de Médicos de Navarra, a las 19:30 horas, con entrada libre hasta completar aforo.

IV Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes

El 17 de mayo tendrá lugar la presentación oral y en formato póster de los finalistas.

El pasado 10 de abril se cerró el plazo para la presentación de los casos clínicos del IV Certamen para Médicos Internos Residentes de Navarra que convoca el Colegio de Médicos de Navarra.

Como novedad en esta edición se establecen dos categorías: una de Atención Primaria y otra de Atención Especializada.

Entre todos los casos clínicos presentados y aceptados, el Comité Científico designado por la Junta Directiva del Colegio de Médicos como Jurado, seleccionará, en cada una de las categorías y mediante plicas cerradas, los cinco mejores casos para su presentación oral y los cinco mejores póster.

Los premios estarán dotados con la siguiente cuantía económica:

Primer premio:

700 € / cada categoría

Segundo premio:

350 € / cada categoría

Premio al mejor póster:

250 €



Ganadores del III Certamen



ARTE

Trazos sueltos, Lose Striche, Trazu solteak.



La Dra. Nieves Pellicer con uno de los cuadros expuestos.

Exposición de Nieves Pellicer Lezáun y Juan Antonio Pellicer Eraso (+) en el Colegio de Médicos

♦Trini Díaz

"Trazos sueltos", "Lose Striche", "Trazu solteak" fue el título de la exposición de Nieves Pellicer Lezáun y Juan Antonio Pellicer Eraso, padre e hija, que se pudo disfrutar del 10 al 31 de marzo en la sala de exposiciones del Colegio de Médicos de Navarra.

Además de mostrar su trabajo, Nieves Pellicer quiso con esta exposición recordar a su padre, que inspiró su vida profesional y artística.

Juan Antonio Pellicer trabajó como anestesista y especialista cardiopulmonar en Pamplona. "Se inició en la pintura cuando era joven y

se licenció en Bellas Artes, en Bilbao, tras finalizar su vida laboral. Expuso en Pamplona, otras localidades navarras y en Zaragoza. Él fue quién despertó en mí esta inquietud", explicó su hija Nieves.

El paisaje inspiró esta colección de 30 lienzos realizados en óleo, técnica mixta y grafito. "Me gusta pintar paisajes y montes en los que he estado y he fotografiado... Espacios abiertos, inmensos, que me llevan al silencio y al encuentro conmigo misma. Mi último reto es adquirir destreza en la figura", destacó la artista. ■

MEDICINA Y ARTE

La doctora Nieves Pellicer compagina su profesión como radióloga en la Clínica Ubarmin con su afición por la pintura. Inició su trayectoria pictórica cuando estudiaba el MIR, con Teresa Sabaté. Más tarde, aprendió dibujo y pintura de la mano de otros artistas como Itziar Purroy, Amaia Aranguren, Aquerreta y José Luis Blanco. En la Escuela Catalina de Oscáriz su pasión por la pintura se acrecentó. "En aquella clase silenciosa, delante de un papel y con un lápiz en la mano, era como hacer meditación Zen".

Desde el 2011 pertenece a la Asociación Alfredo Sada y participa en las exposiciones colectivas que se organizan anualmente.

En la actualidad, continúa formándose con Ana Azpilicueta, en dibujo; con Mikel Esparza, en óleo; y con Carlos López, en técnica mixta.

En mayo del 2013, el coro del Colegio de Médicos organizó el III Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España. Actuación en el claustro de la Catedral de Pamplona.



El VII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos se celebrará en Navarra los días 26, 27 y 28 de mayo

Girará en torno a la segunda etapa del Camino de Santiago, Pamplona-Estella

El próximo mes de mayo, los días 26, 27 y 28, se va a celebrar el VII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos, y en esta ocasión, el organizador del evento va a ser el Colegio de Médicos de Navarra. Participarán, además del Coro de Navarra, los coros de los colegios de Médicos de Las Palmas, Madrid y Valencia.

La directora del Coro de Navarra, Miriam Mendive, explica que "este VII Encuentro gira en torno a la segunda etapa del Camino de Santiago (Pamplona- Estella). Cuando organizamos el primer encuentro en Navarra realizamos el Camino desde Roncesvalles hasta Pamplona y, en esa ocasión lo denominamos "El camino de la voz". Ahora continuamos en este segundo tramo del Camino y lo hemos llamado "El camino de la paz".

El Encuentro comenzará el viernes, 26 de mayo, en la sede del Colegio de Médicos de Navarra, con una conferencia de Román Felones titulada "De Puente La Reina a Estella: un tramo jacobeo singular".

El sábado, las actividades se desplazan a Eunate, Puente la Reina y Estella, donde ofrecerán un concierto los cuatro coros de Colegios de Médicos (Madrid, Las Palmas, Valencia y Navarra) junto con la banda de Añorbe y la coral Ereintza de Estella. Este concierto se enmarca dentro del XX Ciclo de Primavera organizado por la Coral Ereintza.

El domingo, 28 de mayo, se celebrará el cierre de los actos del Encuentro con un concierto en el auditorio Fernando Remacha del Conservatorio Superior de Música de Navarra. Este concierto tendrá fines benéficos a favor de Vura Project, un proyecto de enseñanza musical en Uganda.

El Coro del Colegio de Médicos de Navarra, lo forman 35 miembros –todos ellos médicos, incluida su directora, Miriam Mendive–. Les une su pasión por la música. Se creó en el año 2009 por iniciativa del Dr. Jesús Elso, extesorero del Colegio de Médicos y expatrons de la Fundación Colegio de Médicos de Navarra.

EL CORO DEL COLEGIO DE MÉDICOS ACTUÓ EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA



El coro del Colegio de Médicos actuó, el pasado 29 de marzo, en el Hospital San Juan de Dios ante un público formado por pacientes, acompañantes, familias, visitas, trabajadores y voluntarios del centro. Esta actuación se enmarca dentro de una nueva iniciativa del Hospital San Juan de Dios que busca gestionar el tiempo libre de los pacientes para conseguir mejorar su hospitalización.

El Hospital San Juan de Dios es un Hospital que acoge a muchos pacientes en régimen de recuperación, de media estancia y como un aspecto más de "hospitalidad",

se va a intentar "llenar" y enriquecer los tiempos de ocio que se producen.

El coro del Colegio de Médicos interpretó las siguientes piezas: Agur Jaunak; Goizian Argi Hastian; Jeiki jeiki; Nerea izango zen; Te quiero; Contigo en la distancia; amarraditos; Plaisir d'amour; Shalom; y Por eso cantamos.

La participación del Coro del Colegio de Médicos ha sido la primera de las actuaciones previstas, pero seguirán otras como tertulias, exposiciones, etc.



Solidaridad entre médicos

La Fundación para la Protección Social de la OMC actualiza los importes de sus prestaciones para el 2017

La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias (Fundación para la Protección Social de la OMC) es el órgano de solidaridad de todos los médicos colegiados de España. Este fondo solidario se constituye con las aportaciones de los médicos asociados (en Navarra, se destina a esta Fundación el

26% de la cuota total de los médicos colegiados). En concreto, en el año 2015, el Colegio de Médicos de Navarra destinó al Patronato de Huérfanos 235.364 euros (para prestaciones asistenciales, 91.786 euros; prestaciones educacionales, 143.578 euros; y para el PAIME, 56.342 euros).



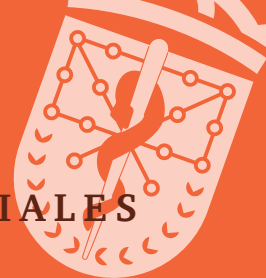
Prestaciones 2017

SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL

Información, valoración orientación y seguimiento social sobre diversas temáticas. Implementación en todo el territorio del estado de forma gradual a lo largo del año. Servicio prestado directamente desde la Fundación.

ASISTENCIALES

Médicos Jubilados	Hasta 1.267 €/mes	Tope de ingresos 15.208 €/año.
Médicos discapacitados	Hasta 1.362 €/mes	Tope de ingresos 16.345 €/año.
Viudos o pareja de hecho	Hasta 761 €/mes	Tope de ingresos 9.132 €/año.
Huérfanos > 60 años	Hasta 761 €/mes	Tope de ingresos 9.132 €/año.
Huérfanos discapacitados *H. Discapacitados absolutos	Tope de ingresos 18.117 €/año*	Tope de ingresos 40.352 €/año*
Tratamientos Especiales de 0 a 16 años	Cobertura del 50% del tratamiento hasta un máximo de 535€ mensuales.	



Prestaciones 2017	EDUCACIONALES
Huérfanos < 21 años	367 €/mes
Huérfanos absolutos < 21 años	502 €/mes
Huérfanos absolutos ambos progenitores médicos < 21 años	1.003 €/mes
Becas 2016-2017 - Licenciados e Ingenieros Superiores (Grado)	3.629 €/curso
Becas 2016-2017 - Diplomados (Ing. Técnicos y F.P.2)	3.221 €/curso
Becas 2016-2017 - Otros estudios oficiales (Bachiller, F.P.1, etc.)	2.822 €/curso
Becas 2016-2017 para huérfanos de ambos progenitores, uno de ellos médico	4.221 €/curso
Becas 2017-2017 para huérfano de ambos progenitores, ambos médicos.	8.433 €/curso
Títulos - Siempre que sean de estudios Oficiales	Reintegro gastos expedición
* Todas las becas concedidas para el curso 2016-2017 se abonarán en su totalidad en un único pago	

PRESTACIONES PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PERSONAL, FAMILIAR Y PROFESIONAL

Servicio de Teleasistencia Domiciliaria	Hasta 28 €/mes. Ingresos menores a la pensión máxima del Estado (36.031,80 €/año).
Servicio de Atención en el Domicilio	Hasta un 38 % de incremento sobre las horas de atención a domicilio indicadas en el PIA)
Servicios de Respiro	Máximo 535 €/mes en horas de ayudas a domicilio o ayuda a ingreso temporal en residencia)
Residencia de mayores	Médicos, cónyuges (pareja de hecho) y viudas: 518 €/mes = Ingresos hasta pensión máxima del Estado (36.031,80 €/año) Padres: 518 €/mes = Ingresos hasta 11.694 €/año 460 €/mes = Ingresos hasta 16.129 €/año 347 €/mes = Ingresos hasta 24.193 €/año 172 €/mes = Ingresos hasta 32.256 €/año 116 €/mes = Ingresos hasta pensión máxima del Estado (36.031,80 €/año).
Ingresos de Emergencia en Residencia Siglo XXI	518 €/mes = Ingresos hasta pensión máxima del Estado (36.031,80 €/año)

PRESTACIONES PARA LA PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD DEL MÉDICO

PAIME	% del total por ingreso en el Programa que no abone la Comunidad Autónoma correspondiente mediante Convenio existente.
Tratamiento y Rehabilitación de las adicciones	Abono hasta el 50% de los gastos originados durante el tratamiento en régimen de ingreso en un Centro Terapéutico legalmente autorizado y no cubiertos por ningún otro tipo de ayuda.

Serafín Romero, nuevo presidente de la OMC

Compromiso social con el SNS, los profesionales y los pacientes

En su discurso de toma de posesión, Serafín Romero subrayó que el problema más grave del SNS lo constituye su sostenibilidad económica y recomendó que el Congreso designe una Comisión de Expertos para proponer medidas. Pidió, además, un Pacto contra la precariedad de los profesionales, tanto en el ámbito público como en el privado, y calificó como una cuestión de “emergencia” abordar las tasas de reposición en el sector sanitario. Abogó por las políticas de igualdad en la profesión médica y resaltó la necesidad de “afrontar decididamente la regulación de los conflictos de intereses”.

♦ Trini Díaz

Las cinco grandes líneas estratégicas sobre las que centrará las prioridades de su mandato son: el modelo de Sistema Nacional de Salud, el médico, la Organización Médica Colegial, la profesión, los pacientes y los ciudadanos y sociedad.

Sobre el modelo de SNS, dijo que es el “gran patrimonio colectivo y un derecho irrenunciable de todos los españoles como modelo de equidad social y de solidaridad” y cuestionó si podrá seguir siendo sostenible con las “condiciones económicas restrictivas y de ajustes estructurales que hoy se le han impuesto”.

Para el presidente de la OMC, el problema más grave del SNS es su sostenibilidad económica y afirmó que las consecuencias de los recortes económicos han generado “aumento de listas de espera y un empeoramiento

notable de las condiciones del ejercicio de la profesión médica”.

A esta situación, se suma el “elevado precio de los medicamentos y de la tecnología diagnóstica” y se mostró partidario de que Gobierno y CCAA se replanteen nuevas fórmulas que garanticen el acceso al medicamento de alto valor clínico y el mantenimiento sostenible del SNS.

Tras reiterar la necesidad de un acuerdo político sobre la Sanidad al máximo nivel que facilite las necesarias reformas del SNS, propuso que el Congreso de los Diputados designe una Comisión de Expertos para analizar los principales problemas de organización y funcionamiento del SNS y proponga medidas de mejoras específicas que sirvan de referencia para las reformas legislativas y la acción de Gobierno que se precisa.



PACTO CONTRA LA PRECARIEDAD DE LOS PROFESIONALES

Sobre la situación del médico afirmó que es “a quien le toca gestionar la cruda realidad de las consecuencias de la crisis”, con las “limitaciones impuestas, las injerencias interesadas y las exigencias por parte de autoridades, directivos y la propia sociedad” para responder, desde su ética profesional, a las necesidades de los ciudadanos.

Denunció la precariedad en el empleo médico, tanto público como privado. En el público, con una “temporalidad injusta e evitable que está precarizando la profesión” y, en el privado, con un “abuso de las compañías aseguradoras que imponen honorarios indignos”.

La falta de planificación del número de efectivos en las profesiones sanitarias, el incremento de facultades y escuelas que deja a muchos profesionales sin salida o les avoca a marcharse fuera de España, unido a la mala calidad de empleo, “destruye la motivación y arruina las vocaciones de miles de jóvenes médicos y médicas”, afirmó.

Ante esta situación, el presidente de la OMC abogó por un Pacto por los profesionales sanitarios contra la precariedad y que se haga una verdadera apuesta por los recursos humanos del SNS.

PROFESIÓN

Tomó posesión oficial de su cargo el pasado 30 de marzo, en un acto celebrado en el Gran Anfiteatro del Colegio de Médicos de Madrid y presidido por Ana Pastor, Presidenta del Congreso, y la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Dolors Montserrat.



REGULACIÓN DE LOS CONFLICTOS DE INTERESES

Una Organización Médica Colegial fuerte, cohesionada y unida es en lo que trabajará el nuevo presidente, consciente de que es preciso asumir el liderazgo de la profesión, con las responsabilidades y riesgos que ello conlleva. Redefinir las competencias y la financiación es otro de los retos del Dr. Romero.

Expresó su intención de "afrontar decididamente la regulación de los conflictos de intereses" que aparecen muy a menudo en la práctica profesional del médico, así como elaborar "políticas de gestión de los errores médicos, transparentes y comprometidas en pro de la calidad y la seguridad".

La formación médica continuada, el desarrollo profesional continuo y la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) son otros de los compromisos expuestos por el Dr. Romero en su toma de posesión como presidente de la corporación médica.

Para el Dr. Romero es una emergencia abordar las tasas de reposición ante las múltiples jubilaciones que se van a producir en el sector sanitario. Y en lo profesional, demandó la implementación de un modelo de Desarrollo Profesional que defina el proceso para mantener y mejorar la competencia profesional.



Serafín Romero sustituye a Rodríguez Sendín en la presidencia de la Organización Médica Colegial. Cuenta con una dilatada experiencia como secretario y vicepresidente en anteriores legislaturas. 

ACTIVISMO SOCIAL PARA DEFENDER A LOS MÁS POBRES Y FRÁGILES

Para el Dr. Romero, el reconocimiento que la sociedad otorga a la profesión exige a los médicos un "cumplimiento estricto de las leyes, un claro escrutinio ético en todas nuestras intervenciones públicas, transparencia en la declaración de conflictos de interés y un comportamiento moral ejemplar".

Afirmó que, en este contexto actual de "austeridad severa", los médicos debemos mantener la obligación de eficiencia pero, a la vez, desarrollar un activismo social para defender a los pacientes, "particularmente a

los más pobres, frágiles e incapaces de afrontar sus necesidades de salud y autocuidado".

Finalmente, expresó su compromiso por el ejercicio profesional de calidad, centrado en el paciente y en la defensa de sus intereses por encima de cualquier otro interés y condición, y en trabajar por una organización comprometida con la protección de la salud.

Para todo ello, defendió que la colegiación universal, los colegios de médicos y la Organización Médica Colegial, de los que dijo sentirse orgulloso, son los mejores instrumentos para la "defensa de los valores de la profesión, de los derechos de los pacientes y de la sociedad en su conjunto". ■



Rafael Teijeira: La OMC debe ser una organización viva

Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra.

Diarario Médico publicó un reportaje, el pasado 6 de marzo, en el que recogía la opinión de los Colegios de Médicos en relación a la nueva etapa que se abre en la OMC. Las respuestas del Dr. Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra, fueron las que a continuación se detallan.

¿Cuál cree que debe ser la prioridad del nuevo presidente de la OMC en sus primeros cuatro años de mandato?

En la comunicación que el Dr. Serafin Romero ha enviado a los presidentes de los Colegios de Médicos recoge una serie de "frentes abiertos" que define "de gran calado". Compartimos ese análisis y entendemos que son prioritarios. Denunciar situaciones injustas en los profesionales, impulsar el profesionalismo, cuidar a los médicos, potenciando los programas PAIME y los de prevención y atención ante las agresiones, deben ser las prioridades de nuestro Presidente, sin perder de vista que los pacientes siempre tienen que estar en nuestro horizonte.

La OMC está embarcada en una reforma de sus estatutos. ¿Qué habría que cambiar en el funcionamiento interno de la OMC para mejorar y modernizar la organización?

La OMC tiene pendiente la reforma de sus estatutos. Cualquier reforma debe lograr el máximo consenso. Habrá que buscar cómo coordinar adecuadamente los nuevos estatutos de la OMC con los ya aprobados por el Consejo General. Los Colegios debemos ser co-responsables y plantear las propuestas de mejora que consideremos necesarias, buscando mejorar la comunicación directa y constante en los órganos colegiados del Consejo General y la Comisión Permanente. Fundamentalmente, creo que debemos mejorar entre

todos que los profesionales médicos se sientan adecuadamente representados por la OMC, entendiendo ésta como lo que es, el conjunto de los Colegios de Médicos de España.

Bajo la Presidencia de Rodríguez Sendín, la OMC se ha convertido en una organización con un papel muy activo y, en ocasiones, combativo (una organización "incómoda", como dice el propio Serafín Romero en una entrevista). ¿Cree que debe seguir en esa línea o recuperar una senda más "institucional"?

La OMC debe ser una organización viva y como tal debe estar presente y posicionarse en las cuestiones que afecten a los profesionales de la medicina. Si ese es el sentido de la "combatividad" de la pregunta, creemos que, en ocasiones, esa línea de "incomodidad" es necesaria. Eso no quita para que se deban cuidar las relaciones y el dialogo institucional. ■

Actividades de la Junta Directiva

Con el fin de informar a los colegiados de las actividades de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra, a continuación se detalla su agenda.

En este número de Panacea se publican las que han tenido lugar durante los meses de febrero, marzo y abril de este año.

Febrero 2017

Lun, 6	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Jue, 9	Inauguración de las Jornadas Interactivas de Cirugía para Estudiantes (JOICE)	Vicepresidente.
Jue, 9	Reunión Vocalía Nacional de Médicos Jubilados (Madrid)	Vocal de Médicos Jubilados.
lun, 13	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Mar, 14	Reunión Formación.	Tesorero, Vicepresidente 2º y Sección Académica.
Mir, 15	Reunión Comisión de Docencia.	Tesorero y Vicepresidente 2º.
Lun, 20	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Lun, 27	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.

Marzo 2017

Vier, 3 y Sáb, 4	Asamblea de la OMC (Madrid).	Presidente.
Lun, 6	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Mar, 7	Reunión Foro Médico de Atención Primaria.	Vocalías de Atención Primaria y Medicina Rural.
Jue, 9	Reunión Vocalía Nacional de Médicos Jubilados (Madrid).	Vocal de Médicos Jubilados.
Vie, 10	Presentación del Plan de Atención Primaria.	Presidente y Tesorero.
Lun, 13	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Mar, 14	Reunión Comisión Científica de la revista Panacea.	Tesorero y Gabinete de Prensa.
Sáb, 18	Taller 3. Plan CADUGC.	Vicepresidente.
Lun, 20	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Lun, 27	Reunión Formación.	Tesorero, Vicepresidente 2º y Sección Académica.
Lun, 27	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.
Jue, 30 y Vie, 31	Jornada de AP 2025 (Madrid).	Vocalía de Medicina Rural.

Abril 2017

Lun, 3	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Mar, 4	M.R. sobre aspectos jurídicos del ejercicio de la Medicina por los médicos jubilados.	Vocal de Médicos Jubilados.
Mié, 5	Reunión OMC (Madrid).	Presidente, Tesorero y Gerencia.
Lun, 10	Reunión con el director de la Fundación Navarra para la Excelencia.	Presidente y Vicepresidente.
Lun, 10	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Mar, 11	Inauguración II Jornadas Humanismo y Salud.	Vicepresidente.
Mié, 19	Día de la Atención Primaria.	Vocales de Atención Primaria y Medicina Rural.
Vie, 21	Taller 4. Plan CADUGC.	Vicepresidente.
Lun, 24	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.
Mar, 25	Asamblea General de Colegiados.	Junta Directiva.

Seminario sobre “Fármacos psicoestimulantes, tratamiento farmacológico del TDAH y controversias”

Tratamiento psico-farmacológico del

TDAH

Los medicamentos psicoestimulantes como el metifenidato y la lisdexanfetamina están siendo utilizados en distintas enfermedades psiquiátricas como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la dependencia de cocaína, en trastorno de sueño y en la depresión resistente. Sin embargo, en la actualidad, su utilización y prescripción es controvertida. Por un lado, existe una gran controversia sobre las dimensiones reales del TDAH y sobre el uso prolongado de los psicoestimulantes en niños con TDAH, así como de los posibles riesgos de la retirada de los fármacos y los efectos a largo plazo de su prescripción sobre pacientes con determinados trastornos como la adicción, la depresión y/o psicosis. Según el especialista en Psiquiatría, el Dr. Javier Royo, “esta controversia, con un importante apoyo mediático, está lejos de discutirse bajo la óptica de la evidencia científica, estando más bien alimentada en muchos casos por opiniones personales carentes de rigor científico”.



El Dr. Patricio Molero, especialista en Psiquiatría de la Clínica Universidad de Navarra y miembro de la Comisión de Formación del Colegio de Médicos, coordinó el Seminario.

Con el fin de aclarar a la luz de la evidencia científica disponible, tanto la valoración de criterios de indicación como las necesidades de seguimiento del paciente en tratamiento con estos fármacos, se celebró, el pasado mes de diciembre, en el Colegio de Médicos, un seminario sobre “Fármacos psicoestimulantes, tratamiento farmacológico del TDAH, y controversias”.

El Seminario fue coordinado por el Dr. Patricio Molero, especialista en Psiquiatría de la Clínica Universidad de Navarra y miembro de la Comisión de Formación del Colegio de Médicos. Participaron también los especialistas en Psiquiatría, los doctores Javier Royo y Azucena Díez, del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil del SNS-O y de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica Universidad de Navarra, respectivamente, y el especialista en Pediatría, el Dr. Raimon Pèlach.

Evidencia científica

El Dr. Molero analizó las características farmacológicas e indicaciones aprobadas en nuestro medio de los fármacos psicoestimulantes e insistió en “la importancia de prescribir de acuerdo con ficha técnica, y de respetar lo establecido para la prescripción fuera de ficha técnica, con consentimiento informado del paciente, en las situaciones clínicas que requieran esta prescripción”.



El Dr. Royo ofreció información basada tanto en la clínica como en la evidencia científica disponible acerca de la existencia real del TDAH en los adultos. Matizó, además, algunos aspectos con respecto a las fichas técnicas. Reseñó que el “único fármaco aprobado actualmente para el tratamiento del TDAH del adulto es la atomoxetina”. No obstante, recordó que otros fármacos utilizados en la población infantil y adolescente (y que sí tienen indicación aprobada en este sector de población) pueden ser utilizados en adultos si el paciente sigue ya un tratamiento previo con estos fármacos. Asimismo refirió que “si el psiquiatra considera, tras mostrarse de acuerdo el paciente, que debe utilizar un tratamiento fuera de ficha técnica, debe documentarlo y argumentarlo suficientemente en la historia clínica (tal y como se hace, por otra parte, en el resto de especialidades)”.

Por último, informó sobre una iniciativa europea de formación en TDAH online (www.adhdcontinuum.com).

Tratamiento en niños y adultos



Dra. Azucena Díez:
“El TDAH es el motivo de consulta más frecuente, con una prevalencia en la población general de alrededor del 6%”.

La Dra. Azucena Díez se refirió al tratamiento farmacológico del TDAH en niños y adolescentes. Según explicó, “el TDAH es el motivo de consulta más frecuente, con una prevalencia en la población general de alrededor del 6%”. Afirmó también que, una vez diagnosticado el TDAH en niños mayores de 6 años, el tratamiento más efectivo es farmacológico con estimulantes o con fármacos no estimulantes.

Comentó la importancia de realizar una historia clínica completa, registrando los antecedentes familiares, personales, las enfermedades o las quejas somáticas (dolor de cabeza, estómago, etc) que puedan presentar los niños, y de monitorizar muy bien las constantes vitales: frecuencia cardíaca, tensión arterial, peso y talla de los niños.

Dr. Javier Royo:
“La controversia, con un importante apoyo mediático, está lejos de discutirse bajo la óptica de la evidencia científica”.

Errores más comunes

Dr. Raimon Pèlach:
“Con un diagnóstico correcto, más de la mitad de los niños con TDAH tiene buena respuesta al tratamiento”.



El Dr. Raimon Pèlach, en su exposición sobre “la complejidad del TDAH y los errores más comunes en el tratamiento”, explicó que “si se confirma el diagnóstico de TDAH y no se ha instaurado el tratamiento (primero conductual con medidas psicoeducativas y/o farmacológico después), empeora el pronóstico como proceso crónico que es. Porque, con un diagnóstico correcto, más de la mitad de los niños con TDAH tiene buena respuesta al tratamiento”.

Asimismo, se refirió a la privilegiada situación que tiene el pediatra para tratar al niño con TDAH –dado que los informadores de la salud del niño y adolescente son múltiples– por el contacto directo que tiene con la familia, y también con el entorno educativo.

El Dr. Pèlach defendió la importancia de realizar bien la historia clínica para diagnosticar correctamente. “Historia clínica que incluye, además de la exploración física del niño, establecer las bases de la misma con cinco conceptos clave: síntomas, impacto en la vida del niño, factores de riesgo, fortalezas centradas en lo positivo y disponer de un modelo explicativo”.

FORMACIÓN

Se está desarrollando el taller 4

Continúa el Plan de Capacitación Avanzada para Directivos de Unidades de Gestión Clínica (Plan CADUGC)

El 21 de abril comenzó, en el Colegio de Médicos de Navarra, el taller 4 sobre Planificación Operativa Anual y Contratos de Gestión, dentro del Plan de Capacitación Avanzada para Directivos de Unidades de Gestión Clínica (Plan CADUGC), que se inició en octubre del año pasado.

El director de todo el plan formativo es Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra, máster en Dirección Médica y Gestión Clínica del IMIENS.

El objetivo general del Plan CADUGC, que incluye doce talleres independientes, es "promover una línea de avance en el desarrollo directivo del médico, que le permita adquirir competencias avanzadas en materia de gestión clínica mediante la adquisición de facultades y talento dirigido al fomento del valor profesional y la gestión integral y eficiente de equipos humanos, así como la gestión de recursos materiales y procedimientos".

El Plan está dirigido a médicos interesados en adquirir y completar competencias en gestión de Unidades de Gestión Clínica.



Participantes en el Taller 3

DEFENSA DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS EN EL TALLER 2

El pasado mes de enero tuvo lugar la presentación y defensa de los trabajos presentados en el taller 2 del Plan de Capacitación Avanzada para Directivos de Unidades de Gestión Clínica (CADUGC) del Colegio de Médicos de Navarra. Los médicos participantes en el taller, presentaron 17 trabajos, 14 son continuidad del taller 1, que ponen fin a cuatro meses de formación. Al acto de presentación de trabajos, asistió el profesor de los talleres, José Ramón Mora.

Del Plan, de momento, se han desarrollado tres talleres y se está celebrando el cuarto: el primero,

sobre Preparación e implantación de la Unidad de Gestión Clínica; el segundo, Gobernanza en las Unidades de Gestión Clínica; y el tercero sobre el Plan de Alineamiento Estratégico en Unidades de Gestión Clínica.

En octubre del pasado año comenzaba el citado Plan, que ha tenido gran éxito entre los médicos, ya que se pre-inscribieron 60 directivos, lo que obligó al Colegio a desarrollarlo en dos grupos. Entre los médicos inscritos, un 33% son jefes de servicios, un 57% jefes de sección o de unidades asistenciales y un 10% médicos con otras responsabilidades. ■

PROYECTOS PIONEROS PARA LA SANIDAD NAVARRA

El programa de formación en Gestión Clínica, impulsado por el Colegio de Médicos de Navarra, ha permitido a sus alumnos desarrollar proyectos pioneros para la puesta en marcha de estrategias de gestión en sus propios centros sanitarios.

La relación de los trabajos presentados es la que a continuación se detalla:



Sesión de presentación de los trabajos con José Ramón Mora.

- Unidad de Cirugía Mamaria;
- Unidad de Gestión Clínica en Hospitalización dentro del Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN);
- Unidad Clínica Urgencias Hospital Reina Sofía (Tudela);
- Unidad Clínica Funcional de Anatomía Patológica;
- Unidad Clínica Funcional de Patología Hepatobiliopancreática;
- Unidad de Gestión Clínica en el Servicio de Geriátría CHN;
- Unidad de Atención Integral a Pacientes con Tumores Ginecológicos;
- Unidad de Gestión Clínica para la Atención Integral de los Pacientes Operados de Cirugía Ortopédica CHN;
- Proyecto de Creación de una Unidad de Gestión Clínica para la Atención al Paciente con Disfagia Orofaríngea CHN;

- Unidad Clínica Funcional en Oncología Dermatológica del Paciente Trasplantado Renal;
- Unidad de Gestión Clínica de Hospitalización a Domicilio;
- Unidad Clínica de Retina CHN;
- Unidad de Gestión Asistencial en el Servicio de Diagnóstico por Imagen del Hospital García Orcoyen (Estella);
- Unidad de Gestión Funcional en el Servicio de Diagnóstico por Imagen en el Área de Salud de Estella;
- Unidad Clínica Funcional de CAM-Hospital García Orcoyen;
- Unidad Clínica Funcional de Patología Ortopédica en el anciano del Hospital Reina Sofía (Tudela);
- Unidad Clínico Funcional PROA (Optimización del Tratamiento ATB);
- Unidad Clínico Funcional Climaterio;
- Unidad Clínica Mutua Navarra;
- Consulta post-trasplante renal;

- Unidad de Gestión Clínica de Hospitalización Ambulatoria;
- Unidad Docente Funcional CHN;
- Unidad Clínica Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del dolor;
- Unidad Clínica Funcional Trastornos del Movimiento;
- Unidad de Gestión de Solicitudes al Servicio de Radiología;
- Unidad Clínica Anestesia CHN;
- Unidad Clínica de Gestión Comité Multidisciplinar de Patología Endocrina;
- Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA);
- Unidad de Gestión Clínica de Dermatología CHN;
- Unidad Funcional de Ortopedia;
- Unidad de Gestión Clínica para el Servicio de Urología CHN;
- Unidad Clínica Funcional Dolor Raquis no Quirúrgico;
- Servicio de Neurocirugía.

FORMACIÓN

II ciclo de sesiones teórico-prácticas:

Salud de los pies a la cabeza

Actualizaciones clínicas en patologías incapacitantes



El Colegio de Médicos y Mutua Navarra han puesto en marcha el segundo ciclo de sesiones teórico-prácticas sobre patologías incapacitantes, en las que se abordarán cuestiones de salud pertenecientes a ámbitos como las enfermedades neurológicas, los trastornos del sueño, las cefaleas o el asma con mecanismo alérgico. Todas las sesiones, que tienen lugar en el Colegio de Médicos de Navarra, incluyen ponencia, análisis de casos prácticos y debate.

El objetivo es crear un marco de encuentro y diálogo entre los profesionales que atienden a los trabajadores, tanto en el ámbito general del sistema sanitario como en marco específico de la salud laboral, enfermedad profesional y accidentes de trabajo.

La primera parte del ciclo, que comenzó el pasado mes de abril, ha sido impartida por el neurólogo Dr. Manuel Murie, director médico del Centro Neurológico de Atención Integral, con tres sesiones dedicadas a la demencia, el ictus y otras enfermedades neurodegenerativas.

Dr. Manuel Murie en una de las sesiones de la primera parte del ciclo.



II Parte:

La segunda parte del ciclo se impartirá de septiembre a noviembre del 2017 e incluye las siguientes sesiones:

26 Septiembre:

ALTERACIONES DEL SUEÑO.

Dr. Juan Carlos Oria.

Psicólogo clínico y responsable del centro ACOAD en Pamplona.

19 Octubre:

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN URGENCIAS Y EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Dr. Pablo Irimia.

Departamento de Neurología. Clínica Universidad de Navarra.

17 Noviembre:

ASMA EN ADULTO CON MECANISMO ALÉRGICO.

Dra. M^a José Sagredo.

Médico del Trabajo en Mutua Navarra.

Horario para todas las jornadas:

- **17:45h – 18:15h**
Café y entrega de documentación
- **18:15h – 19:00h**
Ponencia
- **19:00h – 19:30h**
Parte más práctica/dinámica.

Información e inscripciones:

Enviar datos personales (nombre y apellidos, nº de colegiado, centro de trabajo y datos de contacto, mail y teléfono) a secretariafundacion2@medena.es

O cumplimentar la ficha de inscripción de la actividad en la web del Colegio de Médicos www.medena.es

Asistentes
al curso.



Curso de actualización en Reumatología para Atención Primaria

Diagnóstico temprano de la artritis reumatoide y espondiloartritis axial

El Colegio de Médicos de Navarra celebró el pasado 23 de marzo un curso de actualización en Reumatología para Atención Primaria en el que se inscribieron 70 médicos de Atención Primaria, medicina general privada y medicina del Trabajo. El objetivo del curso fue capacitar al médico para la detección de signos y síntomas de sospecha para el diagnóstico temprano de Artritis Reumatoide y Espondiloartritis Axial, con el fin de mejorar la derivación al especialista en Reumatología, y actualizar los conocimientos sobre terapias biológicas para mejorar el seguimiento y atención al paciente.

El equipo docente estuvo formado por las doctoras Rosario Ibáñez, Natividad del Val, María Loreto, Laura Garrido y María Concepción, todas ellas especialistas adjuntas del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario de Navarra. El coordinador fue el Dr. Eduardo Loza, jefe de dicho Servicio.

La artritis reumatoide es la forma de poliartritis crónica más prevalente y con mayor impacto socio-sanitario en nuestro medio. Aunque el deterioro radiológico y funcional progresa lentamente durante todo el curso de la enfermedad, se ha comprobado que la máxima velocidad de desarrollo de las

lesiones estructurales sucede durante los primeros años por lo que es importante el diagnóstico precoz.

Terapias biológicas

Por su parte, dentro del grupo de las espondiloartritis, la Espondiloartritis Axial se caracteriza por la afectación de las articulaciones sacroiliaacas y la columna vertebral. La detección de signos y síntomas sugestivos del diagnóstico y el conocimiento y la aplicación de los criterios de derivación, puede suponer una mejora sustancial en pronóstico de los pacientes.

Otro aspecto importante en el manejo de estas enfermedades, y que también se trató en el curso, es el uso de terapias biológicas. La actualización sobre avances en el manejo de los pacientes en tratamiento biológico debe facilitar al médico la mejora en la atención a éstos cuando consultan por otras causas.

NUEVO JAGUAR F-PACE

POR ENCIMA DE TODO,
ES UN JAGUAR.



DESDE 42.490 €*¹

Navarra Motor
Calle D, 53 esquina calle F junto a ITV Noain - 31110 Noain/Pamplona (Navarra)
948 34 62 20
navarra-motor.jaguar.es



THE ART OF PERFORMANCE

Gama Jaguar F-PACE: consumo combinado 4,9-8,9 l/100 km, emisiones de CO₂ 129-209 g/km.

*P.V.P. del nuevo Jaguar F-PACE 2.0 D 180 CV manual Pure RWD desde 42.490 € (IVA o IGIC, transporte, descuento promocional e impuesto de matriculación incluidos). Impuesto de matriculación (IEDMT) calculado al tipo general. No obstante, el tipo aplicable al IEDMT puede variar en función de la comunidad autónoma de residencia. Precio promocional exclusivo para unidades financiadas con FCA Capital España EFC, SAU según condiciones contractuales, con un importe mínimo a financiar de 20.000 €, a un plazo mínimo de 24 meses y una permanencia mínima de 24 meses. Oferta válida para vehículos matriculados hasta el 31/10/2016 en península y territorio insular. El vehículo mostrado puede no corresponder con el ofertado. Más información en jaguar.es o en la línea Jaguar 902 44 00 99.

► X Congreso de Medicina de Familia para Estudiantes

Una especialidad cada vez más valorada por los médicos residentes

◆ Idoia Olza

El 11 de marzo se celebró el IX Congreso de Medicina de Familia para Estudiantes, organizado por la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (namFYC). El congreso, que es eminentemente práctico, está dirigido a alumnos y alumnas de cuarto, quinto y sexto curso de la Facultad de Medicina y a estudiantes MIR. En total, se inscribieron 61 estudiantes, y se celebró en el Colegio de Médicos.

Además, en el Congreso se entregó el Premio al Mejor Trabajo presentado, que tiene una dotación económica de 300 euros, a la estudiante de 6º curso de Medicina, Miriam Turiel Miranda, con una comunicación (experiencia) titulada "Un paciente que no quiere vivir. Papel del médico de familia. Reflexión sobre el conflicto moral a propósito de un caso límite". El consejero de Salud, Fernando Domínguez, le entregó el premio en el acto de clausura.

Además de Domínguez, en la clausura estuvieron presentes el director general de Salud, Luis Gabilondo; el

gerente de Atención Primaria, Dr. Javier Díez; el presidente del Colegio de Médicos, Dr. Rafael Teijeira; el decano de la Facultad de Medicina, Dr. Secundino Fernández; y la presidenta de namFYC, la Dra. Patricia Alfonso.

El objetivo principal del Congreso era dar a conocer la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el ámbito universitario, mostrando las peculiaridades de la especialidad, así como ofrecer un punto de vista práctico de cómo es el manejo del paciente de Atención Primaria con los recursos disponibles en la consulta.

El Congreso incluyó, como el año anterior, dos bloques de talleres que fueron impartidos por doce residentes de Medicina de Familia (de manera altruista): en el bloque 1 se desarrollaron talleres de radiología básica, electrocardiografía práctica, dermatología; y en el bloque 2, sobre exploración traumatológica y vendajes funcionales, cirugía menor y suturas, y recursos "caseros" de emergencia.

UN PACIENTE QUE NO QUIERE VIVIR: PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA

La estudiante de 6º curso de Medicina, Miriam Turiel Miranda, resultó la ganadora del Premio al Mejor Trabajo presentado en el Congreso, con una comunicación, que ella denominó experiencia, titulada: "Un paciente que no quiere vivir. Papel del médico de familia. Reflexión sobre el conflicto moral a propósito de un caso límite". En su resumen, explicó que "por su privilegiada posición, el médico de familia es uno de los profesionales que con más capacidad puede abordar la expresión de deseos de muerte por parte de los pacientes". Presentó el caso de un anciano pluripatológico que, habiendo sido informado y en pleno uso de sus capacidades mentales, decide libremente dejar de comer hasta fallecer por inanición. "Esta comunicación persigue un doble objetivo. Por un lado, pretende mostrar un ejemplo de abordaje bio-psico-social. Y por otro lado, intenta suscitar la reflexión de los estudiantes sobre las decisiones tomadas y el grado de preparación que tenemos para enfrentar situaciones que pueden llegar a ser así de complejas".

SOCIEDADES CIENTÍFICAS



Entrega del premio al mejor trabajo a la estudiante de 6º curso de Medicina, **Miriam Turiel Miranda**.

UNA ESPECIALIDAD EN AUGE

Según explica la vocal de Comunicación de namFYC, la Dra. Santos Induráin, "los Médicos Residentes escogen todas las plazas en Medicina de Familia desde que conocen más esta especialidad. La evolución ha sido muy buena, hace unos años se quedaban plazas vacantes, pero ya en la actualidad se ocupan todas".

A ello también ha ayudado, comenta la Dra. Induráin, "el hecho de que la Medicina de Familia haya entrado, desde hace cuatro años, como asignatura en la Universidad. El conocimiento teórico pregrado está haciendo que los estudiantes la aprecien más y el conocimiento práctico hace que la rotación por los centros de salud sea muy bien valorada por los estudiantes, según se recoge en las encuestas que realizan cuando finalizan la formación".

En la actualidad, hay más solicitudes de plazas de residentes (MIR) y se ha solicitado a la Atención Primaria más tutores, una figura que para la namFYC precisa de un mayor reconocimiento. ■

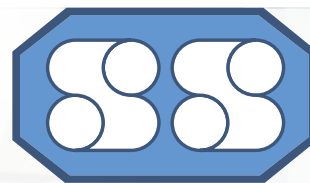


Disponemos de todos los materiales para **BAÑO** y **COCINA**. Coordinamos todos los gremios para la reforma de su **HOGAR**.

Descuentos a colegiados.



iVenga y consúltenos sin compromiso!



Salinas

SELECCIÓN Y DISEÑO, S.L.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS:

Avda. Zaragoza, 55
Tfno.: 948 23 65 83
Fax.: 948 23 65 40
31005 - Pamplona

EXPOSICIÓN II ENSANCHE:

Navarro Villoslada, 10
(Pza. de la Cruz)
Tfno.: 948 23 56 45
31003 - Pamplona

EXPOSICIÓN SAN JUAN:

Plaza del Obispo Irujo, s/n.
Tfno.: 948 26 67 07
31011 - Pamplona

www.salinasselección.com
info@salinasselección.com



► VI Jornadas Riesgo Cardiovascular, organizadas por SEMERGEN, SEMG y Unidad de Lípidos del CHN

“La dieta no debe retrasar la decisión de tratar a un paciente de alto riesgo cardiovascular”

Los días 8 y 13 de febrero se celebraron, en el Colegio de Médicos, las VI Jornadas de Riesgo Cardiovascular, organizadas por SEMERGEN, SEMG y la Unidad de lípidos del Complejo Hospitalario de Navarra.

El Dr. Gregorio Tiberio, jefe de sección del Servicio de Medicina Interna del CHN, el Dr. Luis Mendo, presidente de SEMERGEN Navarra, y el Dr. Manuel Mozota, presidente de SEMG Navarra, inauguraron las Jornadas, en las que se inscribieron más de un centenar de médicos de Atención Primaria.

El día 8 de febrero, el Dr. Txema Vázquez, médico de Familia del Centro de Salud de Ablitas, habló de la importancia de tener ecógrafos en los centros de salud, para poder calcular el Grosor Intima Media de la carótida como predictor de daño cardiovascular. Explicó su técnica, su utilidad práctica para Atención Primaria y la relación con el riesgo cardiovascular y la edad vascular del paciente. También planteó llevar a cabo un registro de Grosor Intima Media de la carótida en la población de Navarra para realizar un estándar de nuestra población y utilizar como comparativa.



Los doctores Gregorio Tiberio, Luis Mendo y Manuel Mozota, en la inauguración.

El Dr. Javier Escalada, endocrino de la Clínica Universidad de Navarra, explicó los diferentes tratamientos de la diabetes tipo II, destacando la importancia del control glucémico en los pacientes de alto riesgo. Además, realizó un repaso de las decisiones que debe tomar el médico de Atención Primaria en el tratamiento de la diabetes tipo 2.

TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA

El día 13 de febrero, el Dr. Manuel Mozota se refirió a la magnitud del problema de la dislipemia en los países desarrollados, afirmando que “es a partir del 2011 cuando se produce un repunte en la morbilidad cardiovascular”, por esta razón se han actualizado las guías con el fin de que sirvan de ayuda a los médicos de Atención Primaria para la clasificación y tratamiento de los factores de riesgo cardiovasculares.

Por su parte, el Dr. Juan Manuel Pérez, médico del Centro de Salud de Burlada, destacó la importancia de realizar un tratamiento multifactorial, según el riesgo del paciente, “cuanto más riesgo tenga el paciente, más enérgicos debemos ser con nuestros tratamientos”. Explicó la

importancia de bajar el LDL a menos de 70 y un 50% de su estado basal, recordando que “si bajamos mucho el LDL no aumentamos la mortalidad, sino todo lo contrario, la disminuimos, cosa que no ocurre con otros factores de riesgo”. También comentó cómo priorizar el tratamiento en aquellos pacientes que más se benefician del control de sus factores de riesgo cardiovascular.

Además, insistió en que “la dieta es un factor muy importante, pero no podemos dejar en su mano la expectativa de control de un paciente: la dieta es fundamental, pero no debe retrasar la decisión de tratar a un paciente de alto riesgo cardiovascular”. Como tratamiento farmacológico, “las estatinas son de elección y la ezetimiba cuando no se alcanzan los objetivos”.

Por último, para cerrar la Jornada, el Dr. Julio Sánchez, jefe del Servicio de Medicina Interna del CHN, expuso la nueva terapia para control de dislipemias de extremo riesgo que no se controlan con otros tratamientos: los AntiPCSK9. Un tratamiento que puede llegar a bajar un 60% el LDL, pero que “desgraciadamente es muy caro y su dispensación es exclusivamente hospitalaria”. ■

➔ 19 de abril, Día Nacional de la Atención Primaria

El Foro Médico de la Atención Primaria reivindica un cambio de modelo

Con motivo de la celebración del Día Nacional de la Atención Primaria, el pasado 19 de abril, el Foro Médico de la Atención Primaria en Navarra –integrado por la Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia (SEMG Navarra), Sociedad Navarra de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Navarra), Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (namFYC), Asociación Navarra de Pediatría (ANPE), Colegio de Médicos y Sindicato Médico, consensuó un documento, de cinco puntos, en el que reivindica el papel de la Atención Primaria como eje del sistema de salud, y la revisión del modelo actual de Atención de Primaria:

- 1 Después de más de dos años de la creación del Foro Médico de Atención Primaria de Navarra, la Atención Primaria sigue sin ser el eje del Sistema de Salud.
- 2 La población valora muy satisfactoriamente a los profesionales de Atención Primaria, pero nosotros los profesionales no nos sentimos valorados por nuestros políticos.
- 3 Que los profesionales de Atención Primaria sean igual valorados que nuestros compañeros que trabajan en el hospital.
- 4 La ley Foral que regula la Atención Primaria en Navarra es del año 1985, los cambios cuantitativos y sobre todo cualitativos de la población exigen una actualización y revisión del modelo de Atención Primaria que defendemos en pro de una mejor calidad asistencial.
- 5 La calidad de la Atención Primaria pasa por realizar unos contratos estables, dignos, que respeten los descansos y favorezcan la conciliación familiar.



En primera fila:

Rosa Alas, representante del Sindicato Médico;
Manuel Mozota, presidente de SEMG Navarra;
Fernando Artal y Susana Miranda, vocales del Colegio de Médicos;
y Luis Mendo, presidente de SEMERGEN Navarra.

Detrás:

Raimon Pèlach, vocal de ANPE;
y Patricia Alfonso, presidenta de NamFYC.



¡VIVE EL VERANO 2017 CON CLEN COLLEGE!

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los médicos colegiados en Navarra y sus hijos/as disfrutarán de un descuento de hasta un 50% en los cursos intensivos, campamentos y actividades programadas por CLEN College Centros Lingüísticos durante el verano de 2017.

Campamentos Urbanos (4-13 años):

Inglés, alemán, francés y chino

Fechas:

- 17 al 28 julio.
- 31 julio al 11 agosto.
- 14 al 25 agosto.
- 28 agosto al 8 septiembre.

Horario:

De 9:00-13:00 h.
Disponible servicio de
guardería y comedor.

Precio:

320 €
50% dto. para hijos/as
de médicos.

Opción de días sueltos.

Campamento Residencial en Zuasti (7-14 años):

Multiactividad y aventura en Inglés.

Fechas:

- 16 al 21 julio.
- 20 al 25 agosto.

Horario:

De 9:00-13:00 h.
Disponible servicio de
guardería y comedor.

Precio:

290 €

Opción campamento de día.

Horario: De 9:00-17:30 h.
Precio: 175 €

Cursos Adolescentes (12-18 años):

Conversación, recuperaciones, Escuela Oficial de Idiomas (EOI). Duración: 20 horas.

Fechas:

- 17 al 28 julio.
- 31 julio al 11 agosto.
- 14 al 25 agosto.
- 28 agosto al 8 septiembre.

Horario:

De 9:00-11:00 h. ó
de 11:00-13:00 h.

Precio:

A partir de 144 €
50% dto. para hijos/as
de médicos

EXTRANJERO:

Programas de 3 semanas en familia con clases, actividades extraescolares y excursiones.
Salida en grupo desde Pamplona con monitor durante toda la estancia.
Todo incluido: clases, excursiones, pensión completa, traslados y billetes.

York (Inglaterra)

Fechas:

- 3 de julio
- 30 de julio

Precio:

2.415 €

Pensilvania (EEUU)

Fechas:

- 8 de julio.

Precio familia+clases:

4.175 €

Precio inmersión:

3.680 €

Curso de conversación gratis para hijos/as de médicos.

Infórmate de otros destinos o curso escolar.

ADULTOS

Cursos Intensivos:

20 horas: lunes a viernes 2 horas diarias. Mañanas o tardes.
40 horas: lunes a viernes 4 horas diarias. Mañanas o tardes.

Fechas:

- 17 al 28 julio
- 31 julio al 11 agosto
- 14 al 25 agosto
- 28 agosto al 8 septiembre

Precios: Intensivos 20 horas 360 €
(15% dto. Inscritos antes del 31 de mayo)
Intensivos 40 horas 185 €
(15% dto. Inscritos antes del 31 de mayo)

Cursos Preparación Cambridge:

20 horas: lunes a viernes 2 horas diarias. Mañanas o tardes.
40 horas: lunes a viernes 4 horas diarias. Mañanas o tardes.

Fechas:

- FCE: 17 julio al 18 agosto.
- CAE(1): 17 julio al 18 agosto.
- CAE(2): 31 julio al 7 septiembre.
- De lunes a viernes 2 horas diarias. Mañanas o tardes.

Precios:

- FCE: 420 €
- CAE(1): 420 €
- CAE(2): 485 €

Cursos Preparación Escuela Oficial de Idiomas (EOI):

20 horas: de lunes a viernes 2 horas diarias.
Mañanas o tardes.

Fechas:

- Del 31 julio al 11 agosto.
- Del 14 agosto al 1 septiembre.

Precio: A partir de 275 €

EXTRANJERO:

- Irlanda, Inglaterra...
- Cursos Inglés General 20 ó 40 horas semanales.
- Cursos de Inglés Médico.
- Cursos de Inglés Profesional: finanzas, marketing, RRHH...
- Programas para familias en Irlanda.

DATOS DE CONTACTO:

Para más información y contacto:
www.clencollege.com
viajeseextranjero@clencollege.com

948 172 391

Centro Clen Rochapea:

Avda. Marcelo Celayeta, 75
Nave B2, puerta 2ª, Of.58

Centro Clen Colegio de Médicos:

Avda. Baja Navarra, 47

Centro Clen Mendebaldea:

C/ Irunlarrea, 8 entreplanta

Llámanos y concerta una reunión



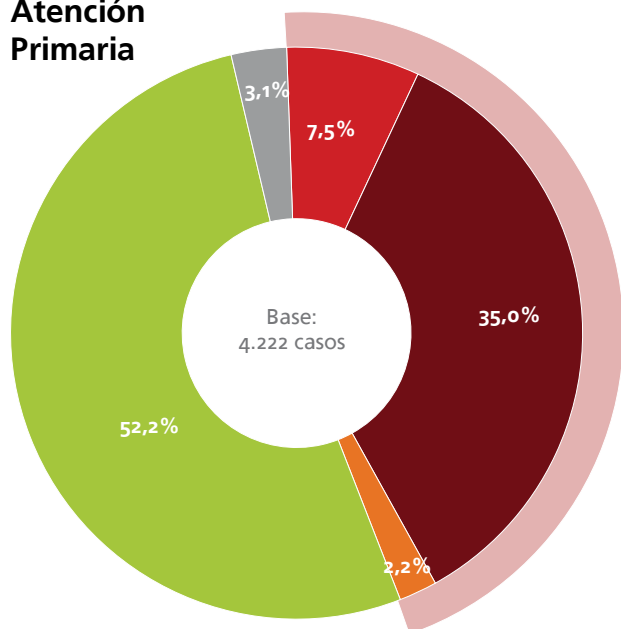
► 4ª oleada Estudio “Situación laboral de los médicos en España”

Más del **43%** de los médicos sufren acoso en un entorno dominado por la precariedad laboral

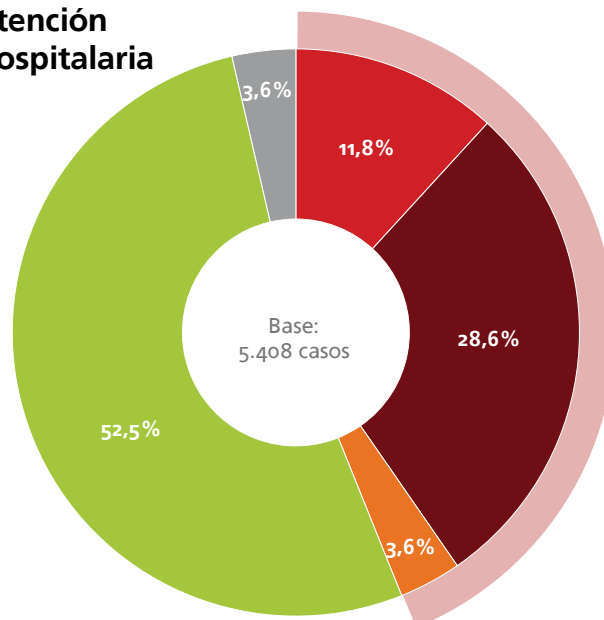
◆ **Trini Díaz**

La cuarta Oleada del Estudio “Situación laboral de los médicos en España” ha servido para conocer, por primera vez, el clima de las relaciones laborales en el ámbito sanitario. Los resultados son alarmantes: un 43,5% de los médicos asegura haber sufrido algún tipo de acoso, discriminación y maltrato en su centro de trabajo durante el último año. Asimismo, la precariedad laboral, el paro sumergido y los contratos temporales se mantienen al mismo nivel que el registrado en años anteriores.

Atención Primaria



Atención Hospitalaria



44,7%	Ha sufrido algún tipo de acoso	44,0%
7,5%	Ha sufrido agravios por parte de superiores y compañeros	11,8%
35,0%	Ha sufrido agravios sólo por parte de superiores	28,6%
2,2%	Ha sufrido agravios sólo por parte de compañeros	3,6%
52,2%	No ha sufrido agravios	52,5%
3,1%	No Contesta	3,6%

P17 ¿Podría indicarnos si en el último año se ha encontrado en alguna de las siguientes situaciones producidas por parte de superiores jerárquicos (jefe de servicio, jefe de sección, dirección del centro o equipo...)?

P20 Y en el mismo periodo de tiempo, ¿podría indicarnos si en el último año se ha encontrado en alguna de las siguientes situaciones producida por sus propios compañeros?

Fuente:
OMC | CESM

El “Estudio sobre la situación laboral de los Médicos en España” ha sido promovido por las Vocalías Nacionales de Médicos en Empleo Precario y de Formación y/o Postgrado de la Organización Médica Colegial (OMC) en colaboración con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y amparado por el Foro de la Profesión Médica (FPME), en el que están representadas las más importantes organizaciones médicas. El médico navarro, Óscar Gorriá, urólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, ha sido el coordinador del citado Estudio.

ACOSO, DISCRIMINACIÓN Y MALTRATO

En relación al acoso laboral, la encuesta revela que abundan más en las mujeres, 46,6%, frente al 41,3% de los registrados entre el sexo masculino. Los agravios que se describen engloban: perjuicio relativo a carga laboral; y/o en cuanto a horario de trabajo; veto para poder prosperar en la trayectoria profesional; privación de una parte de la actividad profesional; ridiculización o minusvaloración ante otros miembros del servicio o ante pacientes; insultos graves o vejaciones; exclusión inmotivada y prolongada de todas las actividades del servicio; comentarios despectivos-discriminatorios sobre origen racial o étnico; y solicitud de favores de naturaleza sexual, entre otros.

Por edades, el 51,2% de los profesionales encuestados del grupo comprendido entre los 31-40 años refiere haber





sufrido algún tipo de acoso, discriminación y maltrato en su centro de trabajo en el último año.

De los médicos encuestados, el 40,5% afirma haber sufrido algún tipo de acoso, discriminación y maltrato laboral por superiores jerárquicos en su centro de trabajo en el último año. Mientras que los realizados por compañeros son un 13,4%.

El 54% de los que denuncian maltrato de superiores jerárquicos no ha tomado medidas al respecto "al considerar que es una situación normal en la institución en que trabaja o por miedo a represalias". La falta de denuncia dentro de la Atención Hospitalaria es más llamativa, donde un 57,2% de los profesionales médicos agraviados por superiores no denuncia esta situación. Entre los menores de 30 años esta situación alcanza el 73,9% y entre los profesionales de nacionalidad extranjera, el 71,4%.

Cuando el acoso laboral se produce entre compañeros, el 51,4% de los encuestados tampoco ha tomado medidas, por los mismos motivos anteriormente indicados. Esta falta de denuncia es mayor dentro de la Atención Hospitalaria, donde un 51,6% no denuncian esta situación, porcentaje que entre los menores de 30 años alcanza el 62,7% y entre los profesionales de nacionalidad extranjera el 67,9%.

En Atención Primaria se observa una mayor prevalencia de acoso laboral por parte de superiores, en lo que se refiere a la carga y el horario laboral. Por el contrario, en Atención Hospitalaria abundan más los agravios por parte de los propios compañeros por temas concernientes a desarrollo y actividad profesional.

De izda.a dcha:
Dres. Fernando Carballo (FACME), Mónica Terán (OMC),
Juan José Rodríguez Sendín (OMC), Francisco Miralles
(CESM), Óscar Gorria (coordinador estudio), Miguel
Ángel García (CESM) y Serafín Romero (OMC).

SE MANTIENE LA SITUACIÓN DE INESTABILIDAD E IRREGULARIDAD

Por otra parte, en base a los datos obtenidos se observa que se mantiene la situación de irregularidad e inestabilidad en la que se encuentra la mitad de los trabajadores que actualmente prestan sus servicios en el sistema sanitario público, como lo demuestra que el 58,3% de los médicos encuestados en ejercicio no disponen de una plaza en propiedad, de los cuales el 72% trabaja en el sistema público.

Se aprecia, asimismo, un notable aumento, de más de 15 puntos en los tres últimos años, de profesionales sin plaza en propiedad. Además, el 43,3% se encuentra en esta situación irregular desde hace más de 10 años.

Asimismo, el 38,8% de los médicos encuestados que se encuentran en ejercicio en el Sistema Público, y no disponen de una plaza en propiedad, lo hacen con un contrato de duración igual o inferior a seis meses o en jornada a tiempo parcial, es decir, en situación de precariedad laboral.

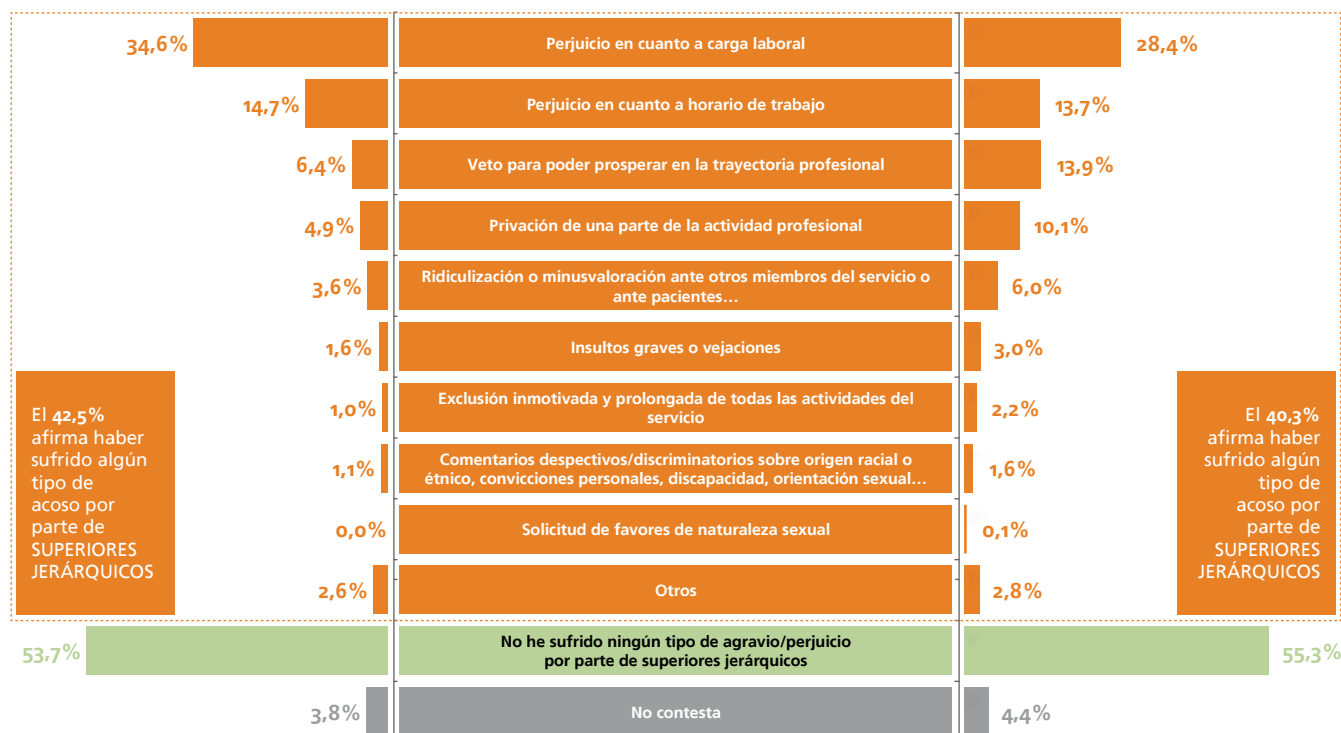
Atención Primaria

Base: 4.222 casos

Tipo de acoso sufrido por superiores jerárquicos

Atención Hospitalaria

Base: 5.408 casos



P17 ¿Podría indicarnos si en el último año se ha encontrado en alguna de las siguientes situaciones producidas por parte de superiores jerárquicos (jefe de servicio, jefe de sección, dirección del centro o equipo...)? *Respuesta múltiple.*

Fuente:
OMC | CESM

PRECARIEDAD LABORAL Y PARO

Otro de los resultados que se extraen de esta 4ª Oleada es el promedio de 9,31 contratos realizados en el último año por los médicos en desempleo.

La media de contratos firmados en ese mismo período por médicos que ejercen en la actualidad en el sistema público sin plaza en propiedad fue de 4,4.

Por otra parte, se observa que la media de contratos firmados en el último año por los profesionales encuestados de nacionalidad extranjera es de 10,48, mientras que la de los españoles es de 3,94.

En cuanto al paro sumergido, aumenta en dos puntos con respecto al año anterior, de tal forma que el 34,2% de los médicos encuestados que no disponen de plaza en propiedad y se encuentran en desempleo no están apuntados al paro, según los datos de la encuesta.

En el ámbito de la sanidad privada, más del 45% de los profesionales encuestados que se encuentran trabajando por cuenta ajena, y no disponen de plaza en propiedad,

lo hacen con un contrato en situación de precariedad laboral.

El contrato más prevalente entre los médicos encuestados, sin contabilizar los contratos indefinidos, es el contrato por obra y servicio, en un 43% de los casos.

EL DESEMPLEO ES MAYORITARIAMENTE FEMENINO

De la encuesta se desprende que el 63,3% de los encuestados en situación de desempleo son mujeres, sobre todo en el tramo de edades que va de los 51 a 60 años, y que asciende a un 17,7% del total de encuestados en paro, seguido de cerca por el desempleo registrado entre mujeres entre 31 y 35 años, de un 13,3%.

En cuanto a la media de contratos firmados en el último año por médicos de sexo femenino que se encuentran en ejercicio y no disponen de plaza en propiedad fue de 4,82, algo superior al del sexo masculino que se sitúa en una media de 3,51.

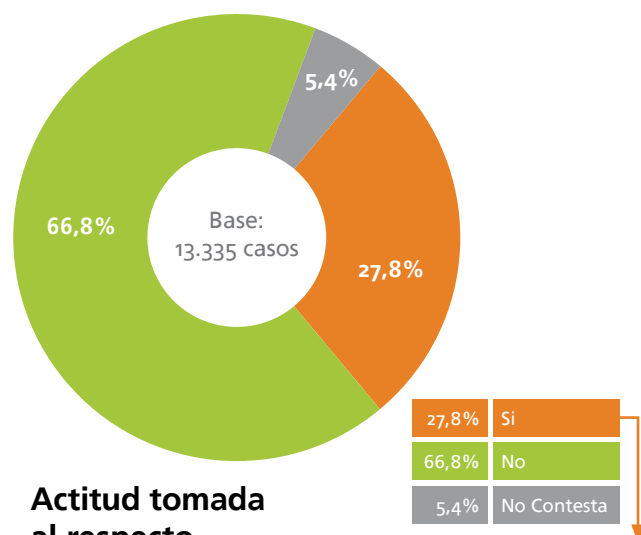


638 MÉDICOS NAVARROS HAN PARTICIPADO EN EL ESTUDIO

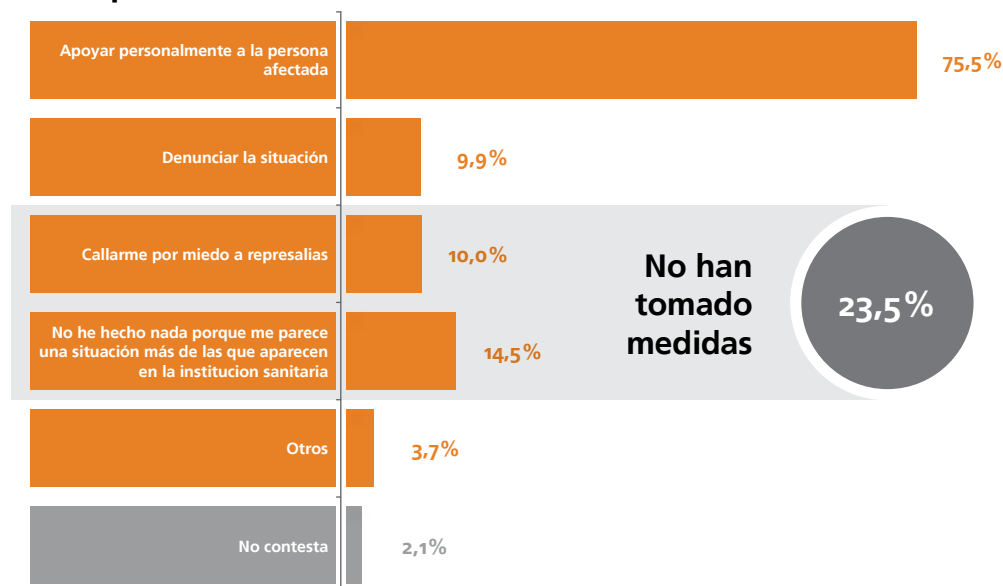
Para esta 4ª oleada se han manejado 13.335 encuestas, recogidas entre los meses de noviembre y enero, por todo el territorio español, cifra que supera en más de 3.000 a las del estudio correspondiente a 2015, y que lo sitúa en el de mayor participación de la serie desde su inicio en 2014.

En esta ocasión, Madrid vuelve a destacar como la provincia de mayor participación con 2.393 encuestas, seguido de Valencia (765), Zaragoza (671) y Navarra (638).

¿Ha presenciado algún tipo de acoso sobre otro compañero?



Actitud tomada al respecto



Base:
ha presenciado
agravios sobre otros
compañeros
(3.710 casos)

Las cifras más llamativas

43%

Más del 43% de los médicos afirma haber sufrido acoso, discriminación y maltrato en su centro de trabajo.

58,3%

El perfil más sensible al acoso, discriminación y maltrato laboral es el de mujer, médico joven, y de nacionalidad extranjera.

El 58,3% de los médicos en ejercicio no tiene una plaza en propiedad.

4,4.

La media de contratos firmados en el último año por los médicos encuestados en el sistema público es de 4,4.

9

Los médicos desempleados han firmado más de 9 contratos en el último año.

45,4%

El 45,4% de los médicos encuestados en ejercicio en el sistema privado lo hacen con un contrato precario.

63,3%

El 63,3% de los encuestados en situación de desempleo son mujeres.

34,2%

El 34,2% de los médicos encuestados que no disponen de plaza en propiedad y se encuentran en desempleo no están apuntados al paro.

Fuente:
OMC | CESM

► Dr. Óscar Gorría

LA PRECARIEDAD LABORAL REPERCUTE NEGATIVAMENTE EN LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES



El Dr. Gorría (2º por la izquierda) en la presentación del informe.

El médico navarro, Óscar Gorría, urólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, ha coordinado el Estudio con el que se pretende “denunciar la precaria situación que viven los médicos en España, al tiempo que evidenciar un ambiente laboral en el que el acoso, la discriminación y el maltrato laboral están a la orden del día”. Hasta ahora se desconocía esta realidad cotidiana en los centros sanitarios y, gracias a este Estudio, “se ha podido averiguar que casi uno de cada dos profesionales médicos que actualmente están en activo ha sufrido algún tipo de acoso en el último año”, destacó Óscar Gorría.

Los datos expuestos preocupan a la profesión médica “y nos deben poner en un estado de alerta máxima”, según el Dr. Gorría.

LA RECUPERACIÓN ECONÓMICA BAJO SOSPECHA

Ante los resultados obtenidos, el Dr. Gorría lamenta los mensajes erróneos que se lanzan sobre la recuperación económica. “Nosotros argumentamos con datos y cifras que eso no es así en el ámbito sanitario”. Una prueba de ello son los porcentajes de paro sumergido (desempleados que no están apuntados al paro) y que alcanza el 34,2% de profesionales. Asimismo, el paro de larga duración se ha instaurado en la profesión médica, de tal forma que el 36,8% de los desempleados lleva más de seis meses sin encontrar un trabajo y el 21,4%, más de un año. Los menores de 40 años son los principales afectados, con un 47,2%. Este tipo de paro tiene una relación directa con la calidad de la atención que se ofrece. “Los profesionales médicos –advierte el Dr. Gorría– no pueden estar cambiando sus pacientes cada cierto tiempo. No es buena praxis que un paciente sea visto por un médico diferente según el día al que acuda al centro sanitario. Eso nos hace perder, de forma alarmante, la calidad de la asistencia en el sistema”.

Ante este incierto panorama, muchos médicos optan por pasarse al sistema privado, un trasvase que tampoco mejora la estadística ya que el ámbito privado registra también cifras alarmantes: más del 45% de los profesionales encuestados que se encuentran trabajando por cuenta ajena, y no disponen de plaza en propiedad, lo hacen con un contrato en situación de precariedad laboral. “Todo ello –concluye el coordinador de este estudio– repercute en la calidad de la asistencia sanitaria que queremos ofrecer a nuestros pacientes”.

El Estudio completo se puede consultar en la página web del Colegio (www.medena.es).



XIII Congreso Internacional de
Oncología para Estudiantes de la Universidad de Navarra

Ramón Colomer:

Más de 400
universitarios en
el COE 2017.



El Dr. Colomer, en
la Universidad de
Navarra.

“La medicina personalizada ha permitido en algunos cánceres un aumento de la supervivencia, llevar a cabo un diagnóstico precoz y realizar avances para hacer frente a esta enfermedad. Así, el 70% de los actuales tratamientos se dirige contra alteraciones genéticas”

El 70% de los actuales tratamientos contra el cáncer se dirige contra alteraciones genéticas.

Así lo destacó el doctor Ramón Colomer, jefe del Servicio de Oncología del Hospital de la Princesa de Madrid, durante la celebración del Congreso Internacional de Oncología para Estudiantes de la Universidad de Navarra.

En su intervención, habló sobre el gran avance de la medicina personalizada destacando que en los tumores mamarios localizados, en los que los pacientes siguen una pauta dirigida a unos genes concretos, “se está logrando la desaparición completa de todas las células tumorales en un 60%”.

De este modo, mientras la oncología estándar clasifica los cánceres según el órgano donde se originó, en la de precisión, estos se definen por sus causas moleculares. “Todo ello supone un cambio de mentalidad y es costoso. Cualquier innovación tiene un coste, pero ese gasto sólo se dará en aquellos casos en los que se sepa que el tratamiento va a ser eficaz”.

GENÓMICA, CONSTRUYENDO EL FUTURO

El doctor Colomer participó en el décimo tercer Congreso Internacional de Oncología para Estudiantes que tuvo como título “Genómica, construyendo el futuro de nuestro paciente” (Genomics: Building our patient's future) y que reunió a más de 400 universitarios. El COE ha incluido conferencias, talleres y toda una serie de actividades destinados a enfatizar la importancia del acceso a nuevos fármacos para todos los pacientes y de una visión transversal del cáncer.

El Congreso ha celebrado su edición más interdisciplinar al contar con 94 estudiantes de diferentes grados, además de Medicina, como Enfermería, Farmacia, Nutrición Humana y Dietética, Bioquímica, Biología e Ingeniería Biomédica, entre otros. ■



Jornadas Interactivas de Cirugía para Estudiantes (JOICE)

Con
cirugías
en directo,
talleres
prácticos y
ponencias
de Diego
González
Rivas y
Pedro
Cavadas

Cerca de 350 estudiantes de 16 facultades de Medicina de toda España participaron en las primeras Jornadas Interactivas de Cirugía para Estudiantes (JOICE), que tuvieron lugar del 9 al 11 de febrero en la Universidad de Navarra. El evento incluyó la retransmisión, por primera vez en una actividad para universitarios, de operaciones quirúrgicas en directo desde la Clínica Universidad de Navarra, así como diferentes talleres prácticos y conferencias magistrales a cargo de reconocidos especialistas.

Los alumnos tuvieron la oportunidad de asistir a más de 15 talleres prácticos en el Centro de Simulación de la Universidad de Navarra sobre Colgajos locales en Cirugía Plástica, Casos clínicos de Ginecología, Cirugía Laparoscópica, Traqueotomía de urgencia o Microcirugía Oftalmológica, entre otros. Pudieron, además, participar en la simulación clínica de un parto, en la extracción de pacientes de un vehículo accidentado en colaboración con los Bomberos de Navarra o en un taller sobre manejo de hemorragia en ámbito militar impartido por expertos de la Base Militar de Zaragoza.

Los doctores Barrio, Martí y Valentí de la Clínica Universidad de Navarra retransmitieron en directo a los estudiantes desde el centro hospitalario tres operaciones, de Oftalmología, Cirugía General, y Cirugía Ortopédica y Traumatología, respectivamente.

*Las JOICE
reunieron a 350
estudiantes de
Medicina.*

CONFERENCIAS MAGISTRALES

En su intervención, el Teniente Coronel Laguardia, médico militar en Afganistán, subrayó que "el 50% de las muertes eludibles son causadas por hemorragias y el 7% de todas las muertes evitables se habrían solucionado con un torniquete".

Cerraron las Jornadas, el doctor Pedro Cavadas, autor del primer trasplante de cara en nuestro país; y el doctor Diego González Rivas, al que se le atribuye el desarrollo de la técnica Uniportal VATS que permite extirpar tumores de pulmón con una única incisión.

Las JOICE son unas jornadas organizadas por estudiantes y médicos residentes cuyo objetivo es ampliar los conocimientos quirúrgicos de los alumnos de Medicina de una manera interactiva. Para ello, han contado con la ayuda de varios especialistas de la Clínica Universidad de Navarra y profesores de la Facultad de Medicina como Jesús Barrio y Fernando Martínez Regueira.

El doctor Alberto Lafuente representó al Colegio de Médicos de Navarra en la apertura de las Jornadas. ■



El nuevo copago en farmacia de receta del SNS

Efectos recaudatorios y modificaciones pendientes



■ DR. JUAN SIMÓ

MÉDICO DE FAMILIA.
CENTRO DE SALUD ROCHAPEA
(PAMPLONA).

La modificación del copago en farmacia de receta efectuada a mediados de 2012 (1) acabó con la gratuidad del medicamento para los pensionistas del SNS. La cuantía del copago se liga desde entonces a la renta anual individual. Los puntos de corte que definen los tres tramos de renta considerados (inferior, medio y superior) son los 18.000 y los 100.000 €.

A grandes rasgos, los pensionistas copagan el 10% del precio del medicamento si su renta es inferior a los 100.000 € con un tope mensual que difiere según renta: 8 € si cobran menos de 18.000 € y 18 € si su renta se sitúa entre los 18.000 y 100.000 €. El pensionista cuya renta supere los 100.000 € copaga el 60% del precio con un tope mensual de 60 €. La norma actualiza anualmente los topes según el IPC. Los activos, que antes de la norma abonaban el 40% del

precio, copagan ahora un 40, un 50 o un 60% según su renta se sitúe en el tramo inferior, medio o superior, respectivamente, pero sin tope alguno. La norma exime de copago a los titulares y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías (código de aportación: TSI001): a) afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica; b) personas perceptoras de rentas de integración social; c) personas perceptoras de pensiones no contributivas; y d) parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación. El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2015 (2) indica que la población protegida por el SNS en 2015 fue de 44,7 millones de personas de las que casi 2,5 millones estuvieron exentas de copago.

EFFECTOS RECAUDATORIOS DEL NUEVO COPAGO

El año 2013 fue el primero en el que se aplicó en toda su extensión el nuevo modelo de copago (excepto el primer semestre en el País Vasco). A partir de datos de población protegida (3) y de facturación de recetas (4) se pueden obtener o calcular datos sobre los efectos recaudatorios del nuevo modelo de copago (5). Los usuarios contribuyeron en 2013 a la factura a PVP en farmacia de receta del SNS con 1.182,381 millones de € (678,6 millones aportados por los activos y 503,8 millones por los pensionistas), lo que significó el 10,2% de la factura. Con su copago, los pensionistas se hicieron cargo del 5,9% de su factura y los activos del 22,2% de la suya. En promedio, cada activo copagó ese año 19,1 € (2,72 € por receta) y 52,9 € cada pensionista (0,82 € por receta). Dada la supuesta diferencia en renta, cabría considerar injusto que un pensionista copague 2,7 veces más que un activo. Sin embargo, a veces las cosas no son como parecen. Por un lado, el copago se concentra mucho en un pequeño porcentaje de activos y, por otro, los datos indican que, atendiendo a la renta, la condición de pensionista hoy en España no puede asimilarse a la de pobre.

“El modelo de copago precisa de un cambio para topar el copago de los activos más pobres que, además, suelen estar también más enfermos”

NIVEL DE CONCENTRACIÓN DEL COPAGO EN LOS ACTIVOS

El copago entre los activos no se distribuye de manera uniforme sino que se detectan concentraciones de copago en pequeños porcentajes de población de activos. La investigación al respecto detecta que el 5% de los activos acumula entre el 45,8 y el 53,4% del total de lo copagado por el conjunto de los activos, y que el 1% acumula entre el 17,2 y el 21,9% de dicho total (6,7). Esta concentración, facilitada por la ausencia de tope en el copago, se relaciona más probablemente con la presencia de enfermedad que con la capacidad económica del individuo y constituye un auténtico “impuesto” a la enfermedad.

¿SER “PENSIONISTA” ES SINÓNIMO DE SER “POBRE”?

Según la Encuesta de Condiciones de Vida del INE (8), la renta anual neta media por persona de los mayores de 65 años es, desde 2014, la mayor de todos los grupos de edad. Si consideramos la actividad, la renta de los jubilados es la mayor de todos los grupos y supera desde 2012 a la de los ocupados. La misma fuente indica que la tasa de riesgo de pobreza en mayores de 16 años en España ha aumentado ligeramente entre 2008 y 2015 (del 18,6% al 21,0%). La tasa ha aumentado en los ocupados (del 11,7% al 14,8%) y, especialmente, en los parados (del 31,3% al 44,8%). Sin embargo, la tasa de riesgo de pobreza en los jubilados se ha reducido a la mitad (del 20,4% en 2008 al 10,3% en 2015) y se sitúa desde 2013 por debajo, incluso, de la de los ocupados. Según el Banco de España (9), la renta de los hogares cuyo cabeza de familia tiene menos de 35 años descendió un 22,5% entre 2011 y 2014. En cambio, la renta de los hogares encabezados por un jubilado aumentó un 11,3% en el mismo periodo. Como consecuencia de las políticas de devaluación salarial, el nuevo pensionista que empieza a percibir una pensión cobra, de media, más que el trabajador que acaba de firmar un contrato laboral (1.342 € vs. 1.270 €) (10). Quienes se acaban de incorporar al sistema de pensiones tienen derecho a unas pagas que, por

“El nuevo modelo es menos injusto que el anterior pues lo hace depender de la renta y no de la edad, pero no corrige el problema de la concentración del copago en los activos”

ejemplo, en el mes de noviembre de 2016, hicieron que la pensión media de jubilación fuese de 1.310 €, mientras que la de quienes causaron baja (es decir, fallecieron) fue de 966 € (11). Por tanto, atendiendo a la renta, no se sostiene que ser pensionista en España sea sinónimo de pobre. Y si lo fuera, entonces habría que admitir que algunos colectivos de activos, sujetos a copagos en farmacia de receta de al menos el 40% y sin tope alguno, son tan pobres o más que muchos pensionistas.

INICIATIVAS AUTONÓMICAS QUE EXIMEN O ATENÚAN DEL COPAGO A DETERMINADOS COLECTIVOS

Algunos gobiernos autonómicos han aprobado en los últimos años medidas destinadas a compensar con ayudas frente al copago a determinados colectivos potencialmente vulnerables. La Comunidad Valenciana exime así del copago desde 2015 a aquellos sujetos menores de edad con una discapacidad igual o superior al

33%, a mayores de edad con una discapacidad igual o superior al 66% y a los pensionistas con una renta inferior a los 18.000 € (12). Desde 2017 la Generalitat Valenciana asume también el copago de aquellos menores adscritos a una tarjeta sanitaria cuyo titular perciba menos de 18.000 euros anuales (13). También desde 2015 lo hace la Comunidad de Castilla y León con aquellos pensionistas con una renta anual inferior a 4.900 € y que efectúen un copago anual superior a los 12 € (14). Navarra introducirá a mediados de 2017 una medida en la que el grueso de los potenciales beneficiados son los activos, no los pensionistas (15). En concreto, de las 242.000 personas potenciales beneficiadas por la medida, 197.000 son activos. La medida no contempla la exención de copago para ningún colectivo, ni activo ni pensionista, salvo como ya se lleva haciendo para aquellos usuarios incluidos en el TS1001 eximidos por la norma estatal. La medida navarra pone un tope al copago a todo usuario con una renta anual inferior a los

18.000 € que no copagará más de 8,23 €^[1] al mes (2,6 € si la renta es inferior a 6.000 €). Por lo tanto, lo destacable y novedoso es que Navarra topará el copago del paciente activo de renta baja no incluido en el TS1001. Una media basada en la evidencia que reducirá el riesgo de concentración del copago en los pacientes activos de rentas bajas con mayor carga de enfermedad (6,7,16).

ASPECTOS PENDIENTES DE CORREGIR

El nuevo modelo de copago es menos injusto que el anterior pues lo hace depender de la renta y no de la edad como en la práctica hacía el previo. Quedan aspectos por mejorar como establecer, al menos, un tramo más de renta entre los 18.000 y los 100.000 €. Sin embargo, el nuevo modelo no corrige el problema de la concentración del copago en los activos. Aunque algunas iniciativas autonómicas intentan paliar este problema, el modelo de copago precisa de un cambio para topar el copago de los activos más pobres que, además, suelen estar también más enfermos. Esta modificación ha de ser en el ámbito nacional para que las distintas iniciativas autonómicas no aumenten más las diferencias existentes en el SNS entre CCAA. ■

[1] Actualización según IPC del tope de copago mensual de 8 €.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
2. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
3. Boletín Informativo de la Seguridad Social. Gestión económica. Noviembre -2014. Censo de la población protegida en asistencia sanitaria (pág. 299). Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdoo/groups/public/documents/binario/43354.pdf>
4. Utilización de medicamentos y productos sanitarios y factura a cargo del Sistema Nacional de Salud en 2012. Panorama Actual del Medicamento. 2014, vol. 38, nº 372, pág. 264-271. Disponible en: <https://tinyurl.com/zard5fv>
5. Simó J. Punción-aspiración con aguja fina de la prestación farmacéutica de receta en Muface y en el SNS. Blog "Salud, dinero y atención primaria", 31 de mayo de 2015. Disponible en: <http://saludinerioap.blogspot.com.es/2015/05/puncion-aspiracion-con-aguja-fina-de-la.html>
6. Ibern P. Copago farmacéutico: nivel de concentración en pocos usuarios y diseño de alternativas. En: López Casanovas G, Callau Puente J (coord.). Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas Economía de la Salud, Zaragoza 2-4 de junio de 1999. AES 1999; p. 409-410. Comentario en el blog del mismo autor disponible en: <http://econsalut.blogspot.com/2012/04/improvisar-en-politica-sanitaria.html>
7. Ibern P, Inoriza JM, Coderch J. El gasto farmacéutico según morbilidad: una aplicación de los Clinical Risk Groups. XXIV Jornadas de Economía de la Salud, Junio 2004. Disponible en: http://www.fgcasal.org/aes/docs/pere_ibert.pdf
8. Encuesta de condiciones de vida. Datos nacionales. INE. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=resultados&idp=1254735976608
9. La crisis se cebó con la renta de los hogares jóvenes y respetó a los mayores. El País, 24-1-2017. Disponible en: http://economia.elpais.com/economia/2017/01/24/actualidad/1485253021_344550.html?id_externo_rsoc=TW_CC
10. Los nuevos pensionistas cobran más que los recién contratados. El País, 4-6-2016. Disponible en: http://economia.elpais.com/economia/2016/06/03/actualidad/1464975628_041734.html
11. Los trabajadores "pobres" no pueden sostener a los jubilados "ricos". El Mundo, 29-1-2017. Disponible en: <http://www.elmundo.es/economia/2017/01/29/588a54f746163fe40e8b45f9.html>
12. Sanitat firma con los colegios de Farmacéuticos los convenios para las ayudas frente al copago de 2017. Generalitat Valenciana. Nota de prensa del 24-01-2017. Disponible en: http://www.san.gva.es/web/comunicacion/notas-de-prensa/-/journal_content/56/151322/6810866/292581
13. La Generalitat se hace cargo del copago farmacéutico de los mayores con rentas bajas. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2017/02/06/valencia/1486388346_571413.html
14. ORDEN SAN/223/2015, de 17 de marzo, por la que se establecen las bases reguladoras de las ayudas económicas para facilitar la adherencia a los tratamientos con productos farmacéuticos prescritos por profesionales del Sistema Nacional de Salud. BOCyL, 26-03-2015. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/resumen-bocyl-legislacion-sanitaria/orden-san-223-2015-17-marzo-establecen-bases-reguladoras-ay>
15. Navarra subvencionará el copago farmacéutico a 242.000 personas a partir del próximo mes de julio. Gobierno de Navarra. Nota de prensa del 26-01-2017. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/2C-3B874B-E483-48A9-97AC-A41C-28FF433D/370055/subvencioncopago-farmacautico.pdf>
16. Simó J. La supresión del copago a pensionistas, más que torpeza es injusticia sanitaria (27-2-2016). Blog "Salud, dinero y atención primaria". Disponible en: <http://saludinerioap.blogspot.com.es/2016/02/la-supresion-del-copago-pensionistas.html>

Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos: objetivos para el 2017

Un nuevo modelo sanitario proactivo centrado en el paciente y en sus necesidades

◆ **Idoia Olza**

En la actualidad, la sociedad está cada vez más envejecida y con mayor prevalencia de enfermedades crónicas. El modelo asistencial que se ha seguido hasta hace unos años es adecuado para las enfermedades agudas, pero se ha visto que no resulta eficiente para abordar las necesidades de los enfermos crónicos.

Ante esta realidad, en julio de 2013, el Parlamento Navarro aprobaba la Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos, siguiendo la directriz de la OMS de 2005 que instaba a que los sistemas de salud de todo el mundo diseñaran estrategias para hacer frente al desafío de la cronicidad. En septiembre de 2014, el Parlamento de Navarra aprobó el Plan de Salud Navarra 2014-2020, cuyo eje vertebrador, como palanca de transformación del modelo asistencial, es la estrategia de crónicos.

De esta Estrategia del Departamento de Salud, la Dirección de Asistencia al Paciente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea es la responsable de dirigir e impulsar su implantación.

El subdirector de Asistencia Sanitaria Integrada, Javier Apezteguía recuerda que, tal y como explicó el Consejero de Salud, Fernando Domínguez, en comparecencia parlamentaria, "se trata de un modelo proactivo de atención sanitaria centrado en el paciente y sus necesidades abordadas de forma integral".

En diciembre del año 2016, ya se había implantado en 26 Zonas Básicas de Salud, que suponen el 45% de la población navarra mayor de 14 años y el 50% de la mayor de 65 años. En una primera fase piloto, se incluyó tres perfiles de pacientes: pluripatológicos moderados-severos, insuficiencia cardíaca moderada-severa y demencia de cualquier grado de severidad. Posteriormente, se han ido incluyendo, o están en fase de que se integren, los siguientes perfiles: esquizofrenia, diabetes y fibromialgia. De los tres perfiles iniciales, el de la demencia se ha rediseñado

tras la evaluación del piloto. Según el calendario previsto, se completará el despliegue de estos perfiles a toda Navarra en junio de 2017.

Además, en la actualidad, se está trabajando en la definición del modelo de crónicos en EPOC (cuya implantación está prevista para el primer cuatrimestre de 2017), y los siguientes perfiles a incorporar en la estrategia son la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica, cardiopatía isquémica y el asma. Posteriormente, se irán incorporando la enfermedad cerebro vascular, la insuficiencia renal, cirrosis, enfermedad inflamatoria intestinal y otras enfermedades raras.

Otro aspecto fundamental en el que se está trabajando ahora es la adaptación de los sistemas de información a las necesidades de la Estrategia de crónicos: historia clínica compartida, avisos automatizados, mejoras en la comunicación entre profesionales, inclusión en la historia clínica de herramientas de valoración sociosanitaria, y evolución de los cuadros de mandos clínicos implantados en la fase piloto, entre otros.



Puerta de entrada del Centro de Salud de Estella.

A finales del año 2016 estaba ya implantada en 26 Zonas Básicas de Salud, que suponen el 45% de la población navarra mayor de 14 años y el 50% de la mayor de 65 años.



Centro de Salud de Tafalla.

FASE PILOTO: RESULTADOS

En octubre de 2014, esta Estrategia se puso en marcha en fase piloto en 5 Zonas Básicas de Salud: San Juan, Tafalla, Ultzama, Estella y Tudela (oeste), y para tres perfiles: pluripatológicos moderados-severos, insuficiencia cardiaca moderada-severa, y demencia de cualquier grado de severidad. "Una Zona Básica por cada área de Salud, tres en Pamplona, una rural...; en general, se trata de Zonas Básicas que trabajan con una población envejecida importante", explica Apezteguía.

Se realizó una evaluación con los resultados, tanto cuantitativa como cualitativa (a través de

encuestas a pacientes, cuidadores y reuniones con profesionales participantes en el proyecto). Además, se evaluó también a pacientes de las mismas características de las mismas Zonas Básicas de Salud que no habían sido incorporados a la Estrategia.

En cuanto a los resultados, destaca el incremento de la actividad total en AP, pero este incremento es menor que en el grupo control. La actividad médica en Primaria se mantiene estable en el grupo intervención frente al incremento en el grupo control; no hay diferencias significativas en el número total de ingresos hospitalarios ni en el número de ingresos urgentes, pero sí se incrementa el número de ingresos

programados: se incrementa la hospitalización domiciliaria, pero sin diferencia entre grupos de control e intervención; hay diferencias significativas entre grupo intervención y control en la tasa de urgencias hospitalarias, con tendencia a incrementarse en el grupo control y a reducirse en el grupo intervención; se reduce de forma significativa la tasa de reingresos en los 30 primeros días en el grupo intervención.

Además, en el perfil de pacientes pluripatológicos, se reducen significativamente las hospitalizaciones potencialmente evitables en el grupo intervención; en los pluripatológicos severos, el incremento del coste sanitario global es un 18% menor en el grupo

intervención que en el de control; el 70% de los profesionales sanitarios que ha participado en el piloto cree que la nueva Estrategia mejora la atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos, siendo el perfil que más se beneficia el de pluripatológicos complejos; entre los aspectos mejor valorados por los profesionales, está el rol de los nuevos perfiles profesionales (enfermera gestora de casos en AP, enfermera de enlace y enfermera de consejo); buena valoración de cuidadores y de experiencia de paciente; en cuanto a la selección de la población diana en el perfil de demencias, no es adecuada, por lo que se requiere una redefinición de la población diana.



En Pamplona, el Centro de Salud de San Juan ha participado en la fase piloto de la estrategia.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA

Según la evaluación cualitativa de los profesionales, estos transmitieron que los pacientes que se benefician más de la Estrategia son los pluripatológicos, por lo que se decidió iniciar el despliegue por este perfil.

A cada cupo de AP se le facilita un listado de pacientes por cada uno de los perfiles con los criterios de selección de la población diana. A estos pacientes, y a aquellos otros que el médico considera que pueden beneficiarse de los circuitos de atención a pacientes crónicos, se les realiza en

AP una valoración que permite clasificar la severidad clínica, las de necesidades de cuidados, y la de necesidades sociales. Según explica Apezteguía, "entre médico, enfermera y trabajadora social del EAP se realiza la valoración integral. A partir de esta valoración, que es fundamental, se marcan los objetivos que se

pretenden conseguir de forma consensuada con el paciente y se establece el plan de atención individualizado".

Los profesionales de AP deciden, a partir de la valoración integral, el nivel de intervención más adecuado a cada paciente (seguimiento en AP, historia clínica compartida –icono cubo azul–, los que precisan asignación de un especialista de referencia, pacientes más complejos con los que se activan circuitos específicos de atención –icono cubo rojo–), etc.

APOYO DE OTROS SERVICIOS

Para el manejo de los pacientes crónicos, el médico y el personal de enfermería de AP cuentan con el apoyo de otros servicios: Urgencias extrahospitalarias, enfermera de enlace hospitalaria y especialista de referencia, enfermera de consejo, hospitalización domiciliaria, profesionales de los centros de Salud Mental, equipos de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios.

Además, se intenta evitar lo máximo posible la necesidad de atención en urgencias hospitalarias. Y en la Escuela de Pacientes, se trabaja con el paciente y/o cuidador los conocimientos y las habilidades necesarias para el correcto manejo de su enfermedad.■

Entre los aspectos mejor valorados por los profesionales, está el rol de los nuevos perfiles profesionales (enfermera gestora de casos en AP, enfermera de enlace y enfermera de consejo)

LA RECETA DEL CHEF

Timbal de espinaca, tomate y queso de cabra con refrito de piñones y albahaca

Esta vez os queremos presentar un plato fresco para estos meses de primavera. Un plato con toques de la cocina italiana y muy fácil para hacer en casa.

Así que esperamos que os animéis a prepararlo.



INGREDIENTES (para 4 personas):

250 gramos de espinaca congelada, 4 rodajas anchas de queso de cabra, 1 tomate de ensalada maduro, sal, pimienta, aceite de oliva, 50 gramos de piñones y puré de albahaca.

Para la teja de queso: 1 parte de harina, 1 parte de clara, 1 parte de queso rallado.

ELABORACIÓN:

Pondremos a hervir una cazuela con agua y sal e introduciremos las espinacas para cocer. Cortaremos el tomate en rodajas anchas y lo marcaremos en una sartén rusiente por los dos lados. Lo mantenemos aparte. En la misma sartén, marcaremos el queso de cabra también por los dos lados. Cuando tengamos la espinaca cocida, cogeremos una sartén limpia con un poco de aceite, el ajo picado y los piñones, y saltearemos las espinacas. Lo pondremos a punto de sal y pimienta.

Para hacer la teja de queso, mezclaremos las tres partes en un bol y, con la ayuda de una brocha, extenderemos sobre un silpat. Luego lo introduciremos al horno a 180° sin aire hasta que se forme la galleta.

Para emplatar pondremos la base de tomate, untaremos con la albahaca, colocamos la espinaca y encima el queso de cabra. Echaremos un chorro de AOVE y pondremos la teja de queso.

Buen provecho.



Luis Jerez
Jefe de Cocina del
Restaurante El Colegio

51

San Fermín 2017

Celebra los Sanfermines en el Restaurante El Colegio

DESCUENTO A MÉDICOS COLEGIADOS

Ya quedan pocos escalones para llegar al 7 de julio.

Y en el Restaurante El Colegio, en breve, tendremos el menú de San Fermín.

Adelanta tus reservas en el 948 22 63 64

info: www.restauranteelcolegio.es

Aspectos básicos en la rehabilitación de enfermedades neurológicas



■ **DR. MANUEL MURIE
FERNÁNDEZ.**

NEURÓLOGO.
DIRECTOR MÉDICO
DEL CENTRO
NEUROLÓGICO
DE ATENCIÓN
INTEGRAL

Las enfermedades neurológicas como el ictus, la Enfermedad de Parkinson, la Esclerosis Múltiple, la Esclerosis Lateral Amiotrófica o las demencias, suponen un grave problema socio-sanitario, pues están a la cabeza en las listas tanto de mortalidad como en discapacidad. En España, más del 50% de los enfermos crónicos dependientes lo son por enfermedades neurológicas. Teniendo en cuenta, además, el aumento de la esperanza de vida y el avance de la medicina se augura un aumento de aquellas enfermedades cuyo principal factor de riesgo será la edad, como pueden ser el ictus o las demencias.

“El sistema sanitario debe adaptarse y modificarse a la cronicidad, explorando nuevas opciones de asistencia”

EL EQUIPO NEURORREHABILITADOR

Es conocido el papel del médico, la enfermera y las auxiliares dentro del ámbito sanitario; sin embargo, considero oportuno recalcar la labor de otros especialistas que componen el equipo neurorrehabilitador, pues en muchas ocasiones se desconoce su función.

Fisioterapeuta:

La fisioterapia neurológica es la terapia física (ya sea mediante componentes eléctricos, térmicos, mecánicos, hídricos, manuales y ejercicios terapéuticos) encaminada al tratamiento de las alteraciones debidas a una afectación del sistema nervioso. Tiene como objetivo restaurar las funciones neuromotrices perdidas y potenciar aquellas conseguidas, facilitando su adaptación al entorno y la realización de las actividades básicas de la vida diaria que el paciente necesite, entre las que se encuentran funciones como la bipedestación, desplazamiento de unas posiciones a otras y marcha, principalmente.

En este escenario, estrategias capaces de disminuir la incidencia (prevención primaria) y la dependencia generada (Neurorrehabilitación), cobran especial relevancia a la hora de planificar el sistema sociosanitario.

La Neurorehabilitación es una subespecialidad que, si bien no es nueva, puede afirmarse que ha cambiado de forma sustancial en las dos últimas décadas. Atendiendo al diccionario de la Real Academia de la Lengua, puede definirse la Neurorehabilitación como “el conjunto de métodos que aprovecha la plasticidad cerebral para recuperar o enlentecer la progresión de aquellas funciones neurológicas perdidas o disminuidas como consecuencia de un daño sobre el sistema nervioso”. Esta nueva subespecialidad, precisa de un espacio diferenciado y un equipo multidisciplinar en el que conviven diferentes especialistas.

Terapeuta ocupacional (T.O):

Es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social. El objetivo es capacitar al individuo para desarrollar las actividades significativas de la manera más independiente y eficiente posible.

Con todo ello consigue:

- Prevenir, mantener, restaurar, compensar, adaptar y dotar de nuevas habilidades dentro de los aspectos físicos, sensoriales, cognitivos y psicosociales.
- Evaluar los aspectos/componentes de la función humana que puedan estar limitados y afecten a las actividades de la vida diaria con el objetivo de restaurar la función, mantenerla, compensarla, adaptarla o habilitarla si no existiera.
- Asesorar sobre adaptaciones y el uso de productos de apoyo.
- Evaluar y diseñar modificaciones en el hogar/trabajo para que el entorno sea propicio.
- Entrenar al individuo para la realización de las actividades de la vida cotidiana con el mayor grado de autonomía posible.

“Más del 50% de los enfermos crónicos dependientes lo son por enfermedades neurológicas”

Neuropsicólogo:

Está especializado en estudiar la relación que se establece entre el cerebro y la conducta. En un centro de neurorrehabilitación sus funciones principales son:

- Valorar las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que presenta el paciente y su impacto en el día a día. Conocer los mecanismos que provocan estas dificultades es clave para planificar estrategias dirigidas a una mayor funcionalidad.
- Diseñar un programa de rehabilitación, coordinado con el resto de áreas terapéuticas, mediante el uso de métodos de abordaje con diferentes niveles de complejidad y sofisticación, pero con la premisa de que se adapten lo máximo posible a la realidad de cada persona.
- Monitorizar la evolución del paciente y gestionar los distintos factores asociados a la misma.
- Trabajar de la mano de las familias, asesorando acerca de las pautas a seguir en un entorno cotidiano.

Trabajador social:

Pretende abordar las situaciones problemáticas originadas por el impacto social de los procesos de salud/enfermedad. El objetivo último es la mejora de la calidad de vida de los afectados y sus familias, la atención de las necesidades sociales de los mismos, y la promoción y el desarrollo de las personas. Interviene en todos los ámbitos donde se desenvuelve el paciente (familia, amigos, escuela, trabajo y entorno social), adecuando cada intervención de forma individualizada, buscando alcanzar la mayor autonomía en cada caso y su reinserción familiar, social y laboral. Su intervención está centrada en:

- Prevenir la sobrecarga familiar, acompañándoles en la resolución de problemas de índole social que se generan durante el proceso de recuperación.
- Conseguir una reintegración social y familiar, buscando el mayor bienestar de cada paciente y su cuidador.
- Lograr, si es posible, una reinserción laboral.

Logopeda:

Su labor va dirigida a la prevención, evaluación, tratamiento y estudio de los trastornos de la comunicación y engloba funciones asociadas a la comprensión y a la expresión del lenguaje oral y escrito, así como establecer un sistema alternativo de comunicación en aquellos que han perdido dicha capacidad. También tiene la función de tratar las alteraciones de la deglución en todas sus vertientes. Se encarga de exponer a los demás profesionales los objetivos principales de su área y proporcionarles pautas de comunicación y deglución para cada paciente.

PATOLOGÍAS NEURORREHABILITABLES

Todas las patologías que supongan la pérdida o disminución de una función neurológica son potencialmente neurorrehabilitables, si bien el objetivo y la estructuración del tratamiento varían entre diferentes patologías y dentro de una misma patología puede variar en determinados momentos. Sobre esta base, podemos diferenciar el tratamiento neurorrehabilitador en dos grandes bloques, en función de su objetivo:

Con objetivo enlentecedor:

Aquellas en las que se espera, como consecuencia de la progresión de su enfermedad, una pérdida progresiva más o menos rápida de las funciones neurológicas. En este apartado se encuentran las demencias, la Enfermedad de Parkinson, la Esclerosis Lateral Amiotrófica, la Esclerosis Múltiple o ciertos tumores cerebrales.

Con objetivo reparador:

Pacientes en los que ya no se esperan más pérdidas de la función neurológica. Se encuentran aquí los ictus, los traumatismos craneoencefálicos, ciertos tumores cerebrales, encefalopatías postanóxicas o la Esclerosis Múltiple tras un brote.

“El cambio en el campo de la Neurorrehabilitación ya ha empezado a producirse”

PROCESO DE NEURORREHABILITACIÓN

En una valoración inicial exhaustiva se pretende responder a estas cuatro preguntas y por este orden:

1. ¿Puede beneficiarse el paciente de un proceso neurorrehabilitador?
2. En caso afirmativo, ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento a corto, medio y largo plazo?
3. ¿Cómo vamos a llegar esos objetivos?
4. ¿Cada cuánto tiempo y cómo vamos a evaluar los resultados del tratamiento?

Una vez resueltas estas preguntas, se inicia el tratamiento. En función del grupo en el que se encuentre el paciente tiene unas características u otras:

Con objetivo enlentecedor:

Intensidad:

No precisa de una alta intensidad, puede consistir en 1 ó 2 terapias semanales.

Multidisciplinar:

Raramente involucra a todas las disciplinas (por ejemplo, en las demencias el neuropsicólogo es el actor principal, mientras que en la enfermedad de Parkinson lo es el fisioterapeuta).

Modo de trabajo:

Suele combinar terapia individual con terapias grupales y se enfatiza mucho en el trabajo que el paciente puede realizar en su casa.

Duración:

Debe considerarse un tratamiento a largo plazo, incluso con periodos de liberación del tratamiento.

Con objetivo reparador:

Intensidad:

Se trata de un tratamiento de alta intensidad; se recomiendan tres horas diarias de terapia y, personalmente, incluyo en estos casos el tratamiento durante el fin de semana.

Multidisciplinar:

Estos pacientes precisan la intervención de todos los terapeutas, logopeda, terapeuta ocupacional, neuropsicólogo y fisioterapeuta.

Modo de trabajo:

Deben ser terapias individualizadas.

Duración:

Debe iniciarse cuando el paciente esté médicamente estabilizado y finalizar en el momento en el que no consiga más mejorías. Normalmente la duración es entre 4-8 meses, en función de la severidad del daño.

	Objetivo enlentecedor	Objetivo reparador
Intensidad	1-2 sesiones/semana	3 sesiones diarias
Multidisciplinar	Un terapeuta predomina	Todos los terapeutas
Modo de trabajo	Individual, grupal y en casa	Individual
Duración	Años	4-8 meses

FUTURO DE LA NEURORREHABILITACIÓN

Considero que estamos ante el inicio de un cambio en el campo de la Neurorrehabilitación, que viene de la mano en el manejo de la fase subaguda y crónica del ictus. Pero también creo que los cambios exigen tiempo y conllevan asociados unas resistencias, que pueden ser:

A nivel individual:

- Factores económicos: Lo invertido hoy en mañana, se considera más un gasto que una inversión.
- Seguridad: El cambio conlleva novedad y eso amenaza nuestra zona de confort.
- Procesamiento selectivo de la información: No analizamos lo global y nos quedamos en la experiencia personal.
- Temor a lo desconocido: Existe temor a la novedad y debemos estar abiertos a tratamientos novedosos y opciones terapéuticas diferentes, siempre que estén avaladas por estudios.

- Hábitos individuales: Nos sentimos cómodos con nuestra experiencia y nos cuesta cambiar.

A nivel organizativo:

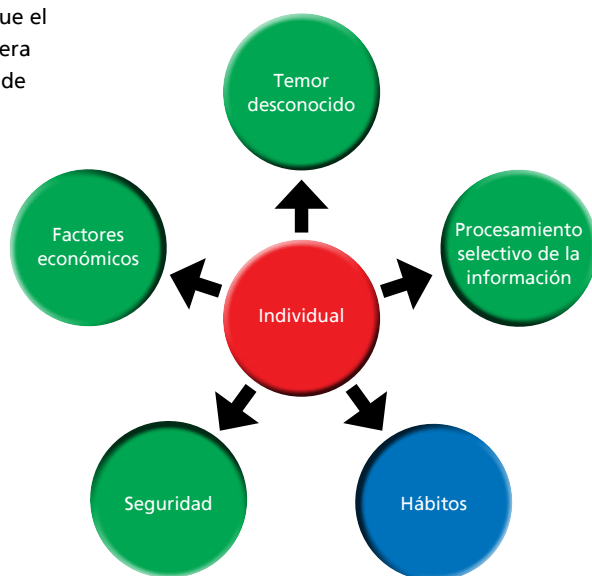
- Inercia estructural y grupal: El sistema sanitario esta "diseñado" para la atención aguda y enfermedades como el ictus conllevan cronicidad, por lo que el sistema debe adaptarse y modificarse a la cronicidad, explorando nuevas opciones de asistencia.
- Amenaza a las relaciones establecidas de poder: Los nuevos modelos de asistencia deben estar orientados a la multidisciplinariedad, implicando nuevos roles de poder y más repartos equitativos, y en base a necesidades reales.
- Amenaza a la distribución de recursos: Los recursos son limitados y, por tanto, debe demostrarse la eficiencia de sus destinatarios, debiendo analizarse a corto y a largo plazo la utilidad de los mismos, lo cual implica herramientas de evaluación.

- Amenaza a la experiencia: La experiencia del sistema se tambalea por la aparición de nuevas estrategias terapéuticas, nuevos protocolos de Neurorrehabilitación y la necesidad de un sistema flexible en la utilización de recursos (sanitarios, sociosanitarios, sociales, etc.).
- Enfoque limitado del cambio: Conocemos muy bien nuestro ámbito de actuación y tendemos a analizar únicamente éste, pero el cambio actual requiere apertura de horizontes y visionar el cambio en su conjunto.

En conclusión, considero que el cambio en el campo de la Neurorrehabilitación ya ha empezado a producirse y, desde aquí, animo a todos los "actores" a acelerar las acciones encaminadas a promover este cambio, para así tener una mayor oferta de recursos en Neurorrehabilitación, aumentando los apoyos y, por tanto, las historias de superación. ■

FUENTES DE RESISTENCIA AL CAMBIO.

En azul las que el autor considera más difíciles de vencer.





• **Mariano Benac Urroz.**

Asesoría Jurídica del
Colegio de Médicos de
Navarra.

Protocolo para asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud

El BOE del 6 de febrero de 2017 ha publicado el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud; se acordó su publicación mediante Orden de la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 19 de enero de 2017 (Orden SSI/81/2017).

El protocolo tiene como objeto garantizar el derecho a la dignidad e intimidad del paciente cuando es atendido en presencia de alumnos de titulaciones relacionadas con la Ciencias de la Salud (ALUMNOS) y por profesionales que cursan formación especializada en Ciencias de la Salud (RESIDENTES EN FORMACIÓN).

Se aplica tanto a centros sanitarios públicos del Sistema Nacional de Salud (SNS), como a centros y entidades privadas de carácter sanitario que mediante cualquier fórmula de gestión indirecta colaboren con el SNS en la asistencia, docencia o investigación, así como las entidades privadas acreditadas para formación en las Ciencias de la Salud.

El protocolo parte del derecho de las personas a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento, vinculando a todos los intervinientes en el proceso asistencial a que deban respetar la intimidad y dignidad del paciente, adoptando actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas y utilizando un lenguaje adecuado; se promoverá que el personal en

formación tenga un comportamiento que se corresponda con los códigos éticos de los programas oficiales de la especialidad, de los planes de estudio y con los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias.

Los residentes y alumnos en formación contarán, respectivamente, con un tutor de formación especializada o con un tutor clínico (profesor con plaza vinculada o asociada en las Ciencias de la Salud), pertenecientes a la plantilla del centro sanitario donde desarrollan las prácticas clínicas.

Pautas en relación con la presencia de ALUMNOS en los procesos asistenciales

Tienen la consideración de alumnos los estudiantes de titulación universitaria que habilitan para el ejercicio de profesiones sanitarias tituladas (medicina, farmacia, odontología, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, podología, óptica-optometría, logopedia, dietética y nutrición), de máster y doctorado y de formación profesional de la familia sanitaria.



“En el caso de que el paciente se niegue, el personal en formación no estará presente en el proceso de atención asistencial”

El paciente tiene derecho a saber que hay alumnos en formación presentes en su proceso asistencial. La dirección del centro sanitario les facilitará una tarjeta identificativa que habrá de colocarse en lugar visible de su uniforme.

Con carácter previo al inicio del acto asistencial, el profesional responsable del mismo informará al paciente o a su representante sobre la presencia de estudiantes, solicitando su consentimiento verbal para que presenten las actuaciones clínicas; en el caso de que el paciente se niegue, el personal en formación no estará presente en el proceso de atención asistencial.

Los alumnos estarán supervisados en todo momento, no pudiendo acceder al paciente ni a la información clínica del mismo, sin la supervisión directa del personal del centro asistencial que sea responsable de su formación.

Salvo supuestos especiales consentidos por el paciente, durante los actos clínicos que se realicen en presencia del mismo, no deberán de estar presentes más de 3 alumnos por paciente sin perjuicio de la participación de otros, mediante la autorización consentida de pantallas en otra sala.

Pautas en relación con la presencia de RESIDENTES en los procesos asistenciales

El paciente tiene derecho a saber qué residentes en formación intervienen en su proceso asistencial, por lo que la Dirección del centro sanitario les facilitará una tarjeta identificativa que incluya su nombre, apellidos y fotografía. Los residentes estarán obligados a presentar de forma visible la tarjeta identificativa proporcionada por la Dirección del centro a fin de facilitar su reconocimiento por los usuarios y demás profesionales del centro.

Los centros sanitarios deberán garantizar que se efectúa la supervisión/visado de las actuaciones del R1 por los especialistas de la unidad asistencial (el artículo 15 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, establece que la supervisión de residentes de primer año será de presencia física). A partir del segundo año de formación, los residentes tendrán acceso directo al paciente de forma progresiva y según las indicaciones de su tutor.

Salvo supuestos especiales consentidos por el paciente, durante los actos clínicos no deberán estar presentes más de 3 residentes/paciente, sin perjuicio de la participación de

otros, mediante la autorización consentida de pantallas en otra sala.

Cuando por motivos de urgencia vital se precise la actuación de un residente sin que en ese momento pueda ser supervisado, éste estará obligado a dejar constancia de su intervención en la historia clínica, dando cuenta de su actuación tanto a sus tutores como a los especialistas de la unidad asistencial.

Garantía de acceso a los datos clínicos

Los residentes en formación de cualquier año, por ser personal asistencial y trabajadores del centro, tienen derecho a acceder a la historia clínica de los pacientes implicados en las actuaciones asistenciales que realicen en cada momento. Los responsables del centro les facilitarán el acceso a historia clínica mediante un mecanismo de autenticación (tarjeta identificativa y firma electrónica reconocida) que se implantará progresivamente en el plazo de seis meses desde la notificación del protocolo a los Departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas.

En cualquier caso, el procedimiento utilizado garantizará el acceso a historia clínica y su uso.

Los alumnos sólo podrán acceder a la historia clínica con fines de investigación o de docencia, lo que requiere la previa disociación de los datos clínicos respecto de los personales, para garantizar el anonimato del paciente.

Y con carácter general el artículo 16.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, dispone que el acceso a la historia clínica con fines de investigación o de docencia obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que queda asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento



para no separarlos. La disociación de datos habrá de realizarla un profesional sanitario sujeto al secreto profesional.

Sólo se podrán utilizar aquellos datos de la historia clínica relacionados con los fines de la investigación sin revelar características, hechos o circunstancias que permitan identificar a los pacientes que participan en el estudio/investigación de que se trate.

El sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud permite acceder a los datos clínicos de los ciudadanos en sus desplazamientos por el territorio nacional. Éste acceso ha de realizarse con fines exclusivamente asistenciales, pudiendo acceder los profesionales que hayan sido previamente autorizados por su servicio de salud. No pueden acceder, por tanto, alumnos de titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud.

El personal en formación, ya sea residente o alumno, no podrá realizar copias de la información contenida en la historia clínica por ningún medio ni en ningún formato, salvo consentimiento escrito del paciente, o en casos de historias clínicas anonimizadas, con autorización expresa del responsable del registro de historias clínicas.

Derecho de los pacientes a la confidencialidad de sus datos de salud

Tanto residentes como alumnos están sometidos al deber de confidencialidad/secreto, no sólo durante su estancia en el centro sanitario en el que se estén formando, sino también una vez concluida la misma, sin que dicho deber se extinga por la defunción del paciente.

El deber de confidencialidad afecta no sólo a datos íntimos sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno, cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto del tratamiento.

A tal fin, todo el personal en formación suscribirá al inicio de su estancia en el centro sanitario donde se esté formando, un compromiso de confidencialidad según los modelos que se adjuntan como anexos I y II al protocolo.

Disposiciones finales

Todas las instituciones docentes deberán remitir a la Gerencia del centro, con carácter previo al inicio de cada curso académico, relación personalizada de los estudiantes de cada curso que realicen prácticas en el mismo, con indicación expresa a la titulación en que se esté formando, de los responsables docentes y del calendario y unidades asistenciales implicadas en la realización de las prácticas.

Las instituciones sanitarias dispondrán de un Libro Registro de alumnos en formación/personal investigador.

En cambio, no será necesario que se inscriban en el citado Libro Registro los especialistas en formación por sistema de residencia al estar vinculados por un contrato laboral con la entidad titular del centro, por lo que su control se llevará a cabo por los servicios de personal de la institución.

Finalmente, se ordena el traslado del protocolo a las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y su entrega al personal en formación en el momento de su incorporación. Y se exige a los Departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas que informen, en plazo de un año, a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud sobre la implantación y cumplimiento de sus previsiones. ■

VIAJE AL INTERIOR



♦ **BEGOÑA BERMEJO FRAILE.**
Doctora en Metodología de Investigación Biomédica.

En este artículo voy a intentar explicar la importancia del análisis multivariable y como ejemplos utilizaré una regresión lineal múltiple y una regresión logística.

Aquel individuo que admite que sabe muy poco sobre sí mismo es el que tiene mejores chances de descubrir cosas sobre sí mismo antes de morir (Hayakawa).

Podríamos querer saber qué variables influyen en el salario de los trabajadores de una empresa. La variable dependiente es el salario, una variable cuantitativa, por lo que el análisis multivariable es una regresión lineal múltiple. Las variables que de entrada podemos pensar que influyen en el salario son la edad, el sexo, la raza, la antigüedad en la empresa y el nivel de estudios, por ejemplo. Podríamos analizar la asociación de cada una de estas variables con la variable salario, y así veríamos, por ejemplo, que a mayor edad, mayor salario, pero esto es así ¿por la edad o por mayor antigüedad en la empresa? Si resulta que los hombres cobran más que las mujeres, ¿serán de mayor edad, tendrán mayor nivel de formación, quizás son más frecuentemente de raza blanca? Estas variables, al estar asociadas entre ellas, están actuando como factores de confusión, están distorsionando el verdadero efecto de cada variable sobre el salario. De ahí la necesidad de realizar un análisis multivariable, para conocer el efecto ajustado de cada una de las variables sobre el salario, el efecto de cada variable al margen de todas las demás.

Este ejemplo está basado en un estudio de hace muchos años, y realizado en EEUU en una empresa de 475 empleados. Las variables independientes son las que hemos nombrado, y la dependiente es el logaritmo del salario (se hizo así para que la variable siguiera una distribución normal). Los resultados son los de la [tabla 1].

Sin entrar en los detalles estadísticos, simplemente quiero explicar que β (coeficiente de regresión) nos explica cuánto aumenta el salario (el logaritmo del salario) por cada unidad que

[1] Regresión lineal múltiple.
Variable dependiente: log (salario)

Variable	β	p
Edad	0,001	0,125
Sexo	-0,104	<0,001
Raza	-0,052	<0,001
Nivel educación	0,031	<0,001
Años trabajados	0,001	0,083

Sexo (0 hombre; 1 mujer).
Raza (0 blanca; 1 no blanca).

aumenta la variable independiente. Si la p es menor de 0,05 decimos que hay una correlación estadísticamente significativa.

Quando hablamos del sexo, como está codificado como 0 hombre y 1 mujer, β explica cuánto aumenta el salario en las mujeres respecto a los hombres (al pasar la variable de 0 a 1). Al tener un signo negativo quiere decir que las mujeres cobran menos (independientemente del resto de las variables), y esta asociación es estadísticamente significativa. Lo mismo ocurre con la raza, al estar codificada como blanca (0) y no blanca (1), un signo negativo de β quiere decir que la raza no blanca cobra menos, y también esta asociación es significativa.

Podemos ver que ni la edad ni los años trabajados influyen en el salario, el aumento es muy pequeño y no significativo. En cambio sí influyen el nivel de educación (a mayor nivel de formación mayor salario). Esto no tiene que significar que la edad o la antigüedad no se asocian al salario, pero no por ellas mismas, sino por la formación que llevan consigo. O

dicho de otro modo, para el mismo nivel de formación, mayor edad no implica mayor salario.

El siguiente es un ejemplo de regresión logística múltiple, en el que queremos saber cuáles son los factores predictores de mortalidad en los accidentes de tráfico, es decir, qué es lo que hace que tras un accidente, algunos de los ocupantes del vehículo mueran y otros no. Podemos pensar que puede influir la edad, y así observamos que los más mayores mueren más fácilmente. También puede ser el lugar que ocupan en el vehículo, y así, vemos que los ocupantes de los asientos delanteros también tienen más probabilidades de morir que los ocupantes de los asientos traseros. En ese mismo análisis, variable a variable, observamos que quienes llevan el cinturón mueren menos probablemente que quienes no lo llevan. Por último, en la mortalidad también puede influir el hecho de que el ocupante esté más o menos cerca de la zona de mayor impacto del vehículo.

El análisis lo podríamos dejar así, pero no es completo, porque estas asociaciones que hemos observado pueden estar distorsionadas por posibles factores de confusión. Por poner un ejemplo: los mayores, que por el análisis bivariable sabemos que mueren más que los jóvenes y niños, ¿es realmente por la edad por lo que mueren, o es porque generalmente van en los asientos delanteros? ¿o quizás se ponen menos frecuentemente el cinturón de seguridad? Para saber el efecto ajustado de cada una de estas variables sobre la mortalidad, es decir, su efecto independiente de la presencia o no de las demás variables, necesitamos hacer un análisis multivariable.

En la regresión logística, la variable dependiente es una variable lógica (sí/no), ocurre o no ocurre, y los resultados se expresan con la OR

y su intervalo de confianza, de modo que si éste incluye el 1 (valor nulo) la asociación no es estadísticamente significativa. La categoría donde pone 1 es la categoría de referencia, es la categoría con la que se han comparado las demás. Así observamos que los mayores de 60 años mueren significativamente más que los niños, unas 5 veces más. Los jóvenes, en cambio, no mueren significativamente más que los niños (su intervalo de confianza incluye el 1). Los hombres no mueren significativamente más que las mujeres. Quienes no llevan cinturón, mueren un poquito más, pero de forma significativa, que los que sí lo llevan. Y por último, estar en la zona de mayor impacto (medido con la variable cinética) conlleva una mortalidad significativamente mayor que los situados en las zonas de bajo impacto. El estudio es real (Tesis doctoral de Diego Reyero Díez), aunque a efectos didácticos he modificado un poco los números) [tabla 2].

Las relaciones son multicausales, y son muchas las variables que influyen en los resultados. No podemos llegar y hacer un análisis multivariable con todas las variables independientes que se nos ocurran. Hay ciertos requisitos metodológicos, y sin entrar en detalle, son cuestiones tan lógicas como que si estudiamos muchas variables, necesitamos un número considerable de individuos estudiados (para que haya individuos en todas las posibles combinaciones de variables). Pero además, si dos variables están muy correlacionadas, prácticamente las dos están diciendo lo mismo, luego no hace falta estudiar las dos, con saber el efecto de una de ellas sabemos el efecto de la otra.

[2] Factores predictores de mortalidad en accidentes de tráfico.				
Variable	Categoría	OR	IC OR 95%	
Edad	0 – 14 años	1		
	15 – 60 años	2,30	0,37	9,91
	> 60 años	5,15	1,11	15,6
Sexo	Mujer	1		
	Hombre	1,28	0,65	2,81
Cinturón	Sí	1		
	No	1,18	1,03	2,28
Cinética	Baja	1		
	Media	1,25	0,60	3,30
	Alta	4,20	1,50	8,40

*Sé muy bien de qué estoy escapando, pero no qué es lo que estoy buscando
(Michel de Montaigne).*

Tiene un poco de arte y mucho de ciencia el método para elegir las variables que entran en un análisis multivariable. De hecho se habla de “modelos” de regresión. Lo que sin duda creo que es más importante es que, antes de llegar al multivariable, uno debe conocer perfectamente cómo están asociadas las variables entre ellas y con la variable dependiente, y no se ha llegado a este conocimiento a base de cruzarlo “todo con todo”, sino a base de conocimiento del proceso biológico. Las asociaciones tienen que ser plausibles. Una cosa es que resulten o no, pero de entrada plausibles. ■

*La calidad nunca es un accidente. Siempre es el resultado de un esfuerzo inteligente.
(John Ruskin).*

Correspondencia:

amim

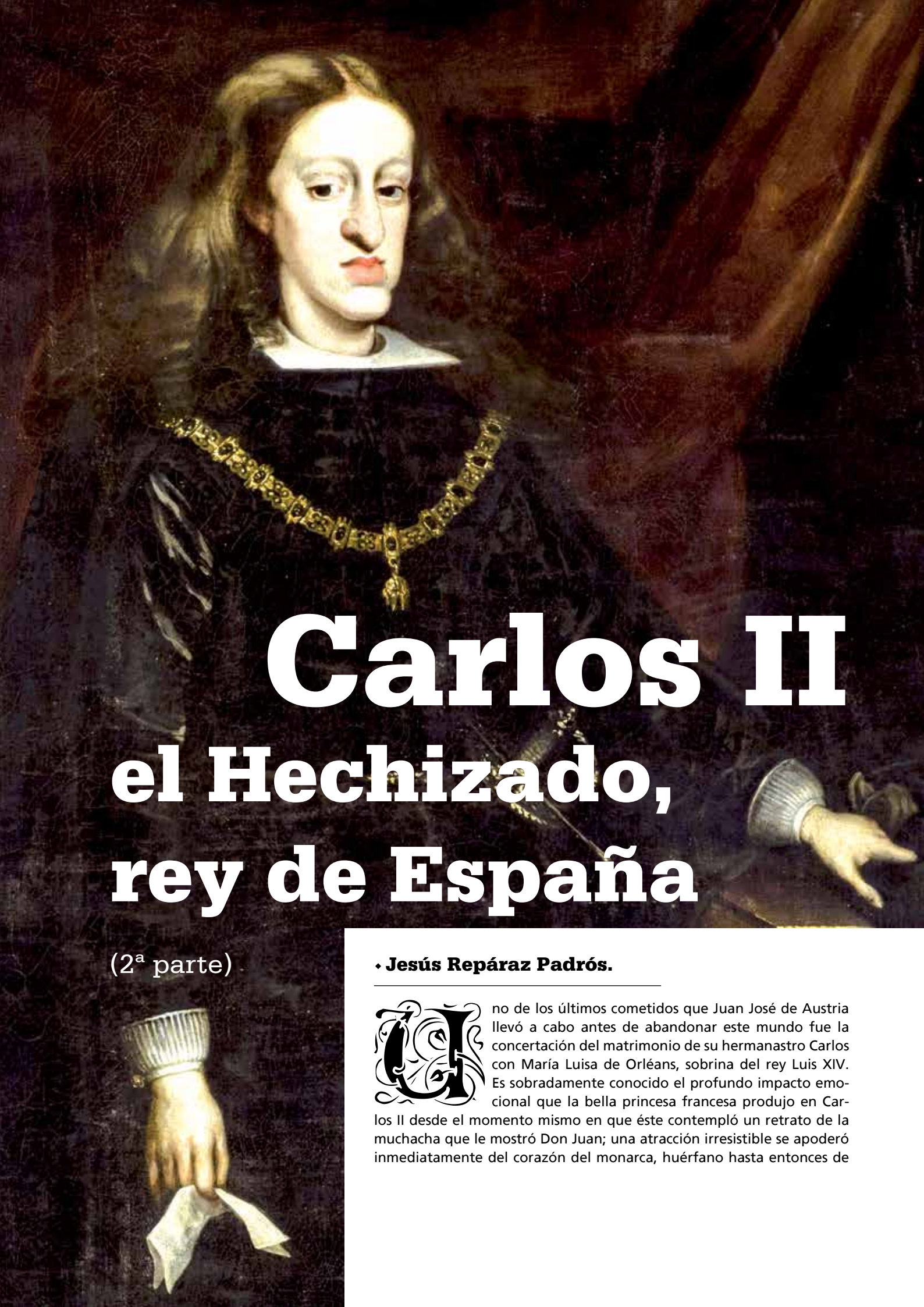
Begoña Bermejo Fraile.

Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina

E-mail:

bbermejo_amim@hotmail.com

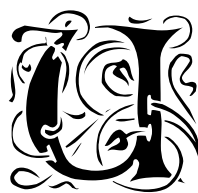


A full-page portrait of Carlos II of Spain, showing him from the chest up. He has long, wavy brown hair and a pale complexion. He is wearing a dark, high-collared garment with a gold chain necklace. His right hand is visible at the bottom left, holding a white cloth. His left hand is visible on the right side, holding a silver cup. The background is dark and textured.

Carlos II el Hechizado, rey de España

(2ª parte)

• **Jesús Repáraz Padrós.**



Uno de los últimos cometidos que Juan José de Austria llevó a cabo antes de abandonar este mundo fue la concertación del matrimonio de su hermanastro Carlos con María Luisa de Orléans, sobrina del rey Luis XIV. Es sobradamente conocido el profundo impacto emocional que la bella princesa francesa produjo en Carlos II desde el momento mismo en que éste contempló un retrato de la muchacha que le mostró Don Juan; una atracción irresistible se apoderó inmediatamente del corazón del monarca, huérfano hasta entonces de

◀ *Calos II*
(Juan de Miranda Carreño - 1685).
Museo del Prado - Madrid.

Miniatura de María Luisa de Orleans
(Jean Petitot "El viejo" - ¿1678?).
Archivo Casas Reales de París. ➡

cualquier afecto femenino. Mas, como es fácil suponer, aquel sentimiento no podía ser correspondido. Se dice que cuando el Rey Sol comunicó a su sobrina el compromiso que en su nombre había contraído, asegurándole que *"no habría podido hacer más por su propia hija"*, María Luisa le replicó desolada: *"¡Pero sí habríais podido hacerlo por vuestra sobrina!"*. Y es que, pese a su condición de rey de España, ninguna mujer en su sano juicio habría podido desear a Carlos como esposo. En cualquier caso, aquellos no eran tiempos en que las preferencias sentimentales fuesen tenidas en cuenta. La razón de Estado terminaba imponiéndose siempre, y así ocurrió también en aquella ocasión. Tanto España como Francia estaban interesadas en el enlace por motivos políticos, de modo que, haciendo oídos sordos a las protestas de la novia, la boda se celebró según lo previsto.

Sorprendentemente, aquel primer matrimonio de Carlos no resultó tan desafortunado como hubiera cabido esperar. La joven reina, menos interesada en las cuestiones de gobierno que en satisfacer sus propios caprichos, fue tan consentida en todo por su marido que incluso terminó encariñándose con él. Pero cuando tras casi diez años de convivencia la pareja no hubo producido descendencia alguna, las expectativas sucesorias de la Familia Real Española comenzaron a verse amenazadas. Además, quizás como consecuencia de la continua presión que sobre ella se ejercía o bien porque añorase la alegre Corte de su París natal, lo cierto es que María Luisa, antaño jovial, ingeniosa y vivaz, fue cayendo poco a poco en la depresión y la bulimia. Su belleza, otrora célebre en toda Europa, se fue desvaneciendo día a día, al tiempo que en su cerebro se iba abriendo paso una única y perentoria obsesión: abandonar Madrid y regresar a Francia para siempre. La vida fue cruel con María Luisa. Su ansiado regreso nunca se produjo, y la muchacha falleció en 1689 a consecuencia de las complicaciones de una obesidad mórbida cuando tan sólo contaba veintisiete años de edad.



No existen dudas sobre la infertilidad de Carlos II ni sobre su debilidad mental; no obstante, el conjunto de anomalías que fue desarrollando desde su infancia hasta el momento mismo de su muerte resulta quizás demasiado complejo para ser atribuido con certeza a una determinada enfermedad

“Desencantado de los remedios que la medicina de la época podía proporcionarle, Carlos solicitó al Inquisidor General del Reino la realización de averiguaciones sobre su posible hechizamiento”

Carlos quedó profundamente trastornado por la muerte de su esposa. Hundido en la melancolía, contemplaba durante horas el retrato de la difunta, como si tratase de evitar que el paso del tiempo borrara de su memoria aquel rostro tan amado. Sin embargo, y pese a su dolor, el rey era consciente de que necesitaba un heredero con urgencia, y por ello, apenas transcurridos seis meses desde la desaparición de María Luisa, contrajo nuevas nupcias. La elegida en esta ocasión fue la princesa Mariana de Neoburgo, hija del Elector Palatino Felipe Guillermo. Curiosamente, el motivo de la elección de Mariana -una joven altanera, codiciosa y físicamente no demasiado atractiva- fue el simple hecho de que su padre, el príncipe elector, había engendrado nada menos que veintitrés hijos. Los médicos españoles supusieron que tal capacidad de procreación habría sido heredada por su hija, lo cual sin duda facilitaría que Carlos tuviese la tan deseada y esquiva descendencia. Implorando, pues, la fertilidad de la pareja se ofrecieron numerosas preces, rogativas y plegarias, lo que no evitó que el nuevo matrimonio resultara tan estéril como el anterior.

A partir de 1690, el desgaste físico de Carlos II y el deterioro de su aspecto se acentuaron de un modo inexplicablemente rápido. Apenas cumplidos los treinta años, el rey había perdido ya casi por completo el cabello y la dentadura, se hallaba totalmente sordo, casi ciego y sufría a menudo ataques epilépticos. En estas manifestaciones -y en las frecuentes visitas que en su juventud hiciera Felipe IV a los prostíbulos madrileños- se han apoyado los defensores de la hipótesis que atribuye a la sífilis congénita el origen de los trastornos de Carlos. Es cierto que, aunque poco frecuente, existe una variante tardía de esta enfermedad que podría explicar los defectos auditivos y visuales del monarca, así como sus crisis epilépticas y su característica apariencia

de “viejo prematuro”. Pero, por otra parte, y volviendo a la teoría de la consanguinidad como posible causa de la patología del rey, algunas fuentes más recientes han sugerido que éste habría podido padecer un síndrome de Klinefelter. Consiste dicho síndrome en una alteración genética relativamente frecuente (afecta a uno de cada mil recién nacidos varones) en la que la pareja normal de cromosomas sexuales masculinos (XY) resulta sustituida por una tripleta anómala (XXY), lo que comporta una serie de defectos anatómicos y funcionales (retraso psicomotor de grado variable, ginecomastia, infertilidad por escaso desarrollo testicular) que estuvieron presentes, al menos en parte, en el último de los Austrias españoles. Con todo, manifestaciones similares a estas también pueden observarse en el “panhipopituitarismo con progeria”, diagnóstico que en su día propuso el célebre endocrinólogo e historiador Gregorio Marañón. Actualmente no existen dudas sobre la infertilidad de Carlos II ni sobre su debilidad mental; no obstante, el conjunto de anomalías que fue desarrollando desde su infancia hasta el momento mismo de su muerte resulta quizás demasiado complejo para ser atribuido con certeza a una determinada enfermedad.

Fue también a comienzos de la década de 1690 cuando Carlos comenzó a desarrollar conductas extrañas y a dar signos de padecer un grave desequilibrio psicológico. Se sabe que en una ocasión llegó incluso a ordenar la exhumación de los cuerpos de algunos de sus familiares fallecidos (como siglos atrás hiciera Juana la Loca con el cadáver de Felipe el Hermoso) con objeto -según dijo- de poder examinarlos personalmente. Así lo hizo, y en palabras de testigos que presenciaron la escena, el rey lloró desconsoladamente sobre los restos de su primera esposa. Al parecer, Carlos añoraba a la dulce María Luisa, la mujer cuyo lugar en el corazón del rey jamás pudo ser reemplazado por Mariana de Neoburgo.

La última década del reinado de Carlos II estuvo marcada por el problema sucesorio. Ante la ausencia de un aspirante con posibilidades dentro de la Corte española, Francia y el Imperio Germánico comenzaron a disputarse la herencia de quien todavía era dueño de uno de los mayores imperios del mundo. Particularmente dolorosos fueron aquellos años para el propio Carlos, cuya salud se había agravado de un modo extraordinario. En 1698, desencantado de los remedios que la medicina de la época podía proporcionarle, Carlos solicitó al Inquisidor General del Reino la realización de averiguaciones sobre su posible hechizamiento, algo que él mismo sospechaba desde hacía tiempo y que atribuía a un envenenamiento deliberado. El inquisidor entró entonces en contacto con un fraile llamado Antonio Álvarez, al que se le suponían unas especiales y portentosas facultades en la resolución de ese



tipo de cuestiones. Fruto de sus investigaciones, el tal fraile llegó a la conclusión de que, en efecto, el rey había sido objeto de un encantamiento años atrás, encantamiento que se le había suministrado por medio de una taza de chocolate (dulce al que Carlos era muy aficionado) y cuya responsable habría sido la ya fallecida reina Mariana de Austria. Esto, aseguró Álvarez, había llegado a su conocimiento por confesión directa del propio Satanás. A partir de este diagnóstico se trató de deshacer el hechizo mediante la aplicación de una serie de exorcismos, pócimas y remedios repugnantes que a punto estuvieron de acabar con la vida del infeliz monarca.

A comienzos del año 1700, el embajador francés en Madrid comunicó por escrito a su rey la deplorable impresión que le había causado el estado físico de Carlos II, describiéndolo como un hombre completamente postrado y exhausto, incapaz siquiera de abandonar el lecho durante más de una hora. Por aquellas fechas, el propio Carlos, sintiéndose abandonado de todos y ya próximo a la muerte, comenzó a presentir con enorme pesar y angustia la inminente descomposición de su reino. Frente a las pretensiones de la reina de que la corona pasase al archiduque Carlos de Austria, surgió en la Corte un partido favorable

a ligar el trono español a la dinastía borbónica reinante en Francia. En un postrero y desesperado esfuerzo por impedir el desastre que veía cernirse sobre España, el rey, tras consultar la cuestión con el Papa Inocencio XII, dictó testamento a principios del mes de Octubre de 1700 designando como heredero a su pariente lejano el duque Felipe de Anjou, nieto del rey francés Luis XIV y miembro, por tanto, de la Casa de Borbón.

El primero de Noviembre de aquel mismo año de 1700, tras dos semanas de penosísima agonía, murió Carlos II. Entre los hallazgos a que hace referencia el informe de la autopsia cabe destacar *"el corazón muy pequeño, como un grano de pimienta, los pulmones corroídos, los intestinos putrefactos y gangrenosos; en el riñón tres grandes cálculos, un solo testículo, negro como el carbón y el cerebro lleno de agua"*.

Poco después de la muerte del rey, y pese a sus últimas precauciones testamentarias, España se precipitó en el caos. Los aspirantes a la Corona, Habsburgos por una parte y Borbones por otra, se enzarzaron en la llamada Guerra de Sucesión, una contienda de dimensiones continentales que en apenas una década acabaría con los últimos vestigios del viejo poder español en Europa. ■

Enfermedad de Behçet:

“invisible”, rara, autoinmune y multisistémica

Una enfermedad “invisible”, rara, autoinmune y multisistémica como esta es muy esclava y limita la calidad de vida de personas, que debutan generalmente muy jóvenes en ella. Y el apoyo de asociaciones de pacientes, familia y profesionales, contribuye a hacerla más llevadera.

Acompañar en todo este proceso a pacientes y familiares; promover el asociacionismo, la visibilidad social de la enfermedad y la investigación, colaborando con la comunidad médica; y cooperar con otras entidades afines para mejorar nuestra calidad de vida, son nuestros principales objetivos. La Asociación Española de la Enfermedad de Behçet se fundó en 2006 y tiene doscientos socios. Hasta 2015, contaba con tres delegaciones, Madrid, Cataluña y Galicia. A finales de ese año, se registra la de la Comunidad foral. Y, en 2016, la de Canarias. Este año está previsto que abra la delegación valenciana.

■ **DELEGACIÓN NAVARRA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET (AEEB)**

La Consejería de Salud nos ha preguntado nuestras propuestas y necesidades dentro del **Plan de Enfermedades Raras** para Navarra que se está ultimando. Nos parece básica la escucha del paciente y su participación activa. Y más, cuando se trata de este tipo de patologías. Es vital un **Protocolo de Urgencias** (una intervención temprana puede resultar decisiva para evitar complicaciones como la ceguera).

También, ante sospecha, la consulta por intranet o email y la **derivación inmediata** –por parte tanto de los médicos de familia como de especialistas– a la Unidad Interdisciplinar (el rápido diagnóstico y tratamiento adecuados pueden evitar 10 años de peregrinaje de especialista en especialista y las subsiguientes secuelas). El fomento de la **investigación** es fundamental. Como se desconoce la causa de la enfermedad, no disponemos de medicación

- ➔ Tarda una media de 5 a 10 años en ser diagnosticada.
- ➔ Los afectados reclaman un protocolo de urgencias, derivación inmediata, investigación y formación.

Asociación Navarra:

mcgrnc@gmail.com
Tel. 616 039 840



Asociación Española:

behcet@behcet.es
http://www.behcet.es



propia. Igualmente necesaria es la formación de los profesionales a cargo de las evaluaciones de discapacidad e incapacidad así como la realización del **baremo** para poderla puntuar con equidad.

Otra fase sería mejorar lo que ya se ha conseguido. Este nuevo Plan para las Enfermedades Raras contempla una Unidad diagnóstica para pacientes raros adultos y otra pediátrica. El control periódico de los efectos adversos de la potente medicación o del cambio de tratamiento, siempre sintomático, es por lo que tenemos que seguir trabajando. Es fundamental que se dote a las Unidades especializadas del **tiempo** necesario para poder atender puntualmente estas citas periódicas y los brotes agudos que no pueden esperar. También precisamos atención psicológica y psiquiátrica **especializada** y **rehabilitación** para nuestras limitaciones funcionales.



JORNADAS, SERVICIOS Y ACCIONES EN NAVARRA

Tras un año de andadura, a pesar de que la Ley de Protección de Datos impide a la Administración facilitarnos contactos de pacientes, las distintas acciones de difusión que hemos desarrollado en Navarra han conseguido que, de unos cuarenta enfermos que calculamos se están tratando en la actualidad, quince hayan contactado ya directamente con nuestra delegación.

Ha sido decisiva la organización de la Primera Jornada Científica en Navarra sobre la Enfermedad de Behçet. Se celebró el pasado mes de noviembre. Y contó con el apoyo del Complejo Hospitalario y la participación de la Unidad Multidisciplinar de Uveítis (pionera en el Estado por su carácter presencial y con grado de capacitación avanzada desde 2013) con sus dos especialistas, la doctora Patricia Fanlo (Autoinmunes Sistémicas) y la doctora Henar Heras (Uveítis). La Jornada tuvo una gran fluencia de

pacientes y personas interesadas y contestó a todas las preguntas planteadas.

Por medio de la AEEB (nuestra asociación), los afectados navarros y del resto del Estado cuentan con los servicios de una trabajadora social; nuestros socios FEDER y la Liga Reumatológica Española nos brindan acceso a servicios como asesoría jurídica y orientación psicológica; otros convenios, por ejemplo, el de la Fundación QUAES, nos aportan difusión y visibilidad; ofrecemos atención personalizada y organizamos eventos. Muchas de estas acciones no serían posibles sin las cuotas de nuestros socios (afectados, familiares y personas interesadas), las subvenciones nacionales e internacionales e iniciativas como el teaming. Para acceder a las subvenciones, es importante contar con el mayor número de asociados posible. Por eso es tan necesario el apoyo de todos, incluido el personal

sanitario, uno de nuestros prescriptores fundamentales.

Tanto la Junta Directiva, como los profesionales de la Salud, socios y voluntarios estamos involucrados en los encuentros y eventos de nuestras delegaciones, el Grupo Facebook (uno público y otro de acceso restringido) y el foro de nuestra web; las **Jornadas Anuales** de la AEEB, el **Día Mundial** de las ER y el **Día Internacional** de nuestra enfermedad. Realizamos **Eventos de visibilidad** y mantenemos activísimas las **redes sociales** (Facebook, Instagram, Twitter, etc.). Promovemos la investigación y estamos en contacto con Hospitales y equipos de especialistas. Hemos creado **"Behçet se Mueve"**: una iniciativa de actividades lúdicas y solidarias de visibilidad para autofinanciar la investigación. Y cooperamos con todas las entidades afines para mejorar la calidad de vida y conseguir una posible cura. ■

PACIENTES

¿Qué es la Enfermedad de Behçet?

El Behçet pertenece al grupo de las enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias. Afecta a cualquier vaso sanguíneo del cuerpo (por lo tanto, es multisistémico) pero no a todos los pacientes por igual. Suele debutar en la juventud, cuando estamos en plena formación y planificación de nuestro futuro. Es dolorosa, "invisible", tanto en las analíticas como socialmente, crónica y muy invalidante. Tarda una media de 5 a 10 años en ser diagnosticada y es inevitable que los afectados, tanto antes como después del diagnóstico, se sientan solos e incomprendidos. Se conoce desde antiguo. Hipócrates describía sus síntomas. En los años 30 del s. XX, el doctor Hulusi Behçet (Estambul, 20 de febrero de 1889 - 8 de marzo de 1948) estableció sus criterios diagnósticos. Aspecto que revisa, periódicamente, un comité internacional de expertos. Hoy se exige la presencia recurrente de llagas orales, acompañado de uno de estos síntomas: afectación ocular, mucosa, dermatológica y/o articular. También puede existir afectación psicológica y neurológica. El diagnóstico suele retrasarse porque la afectación multisistémica casi nunca es simultánea.

Lo sabe todo, absolutamente todo. Figúrense lo tonto que será.

(Miguel de Unamuno. Filósofo y escritor español. 1864-1936)

♦ IÑAKI SANTIAGO

Contaba mi querido suegro de un amigo suyo que tenía un hijo que era tan listo, tan listo, tan listo, que de puro listo que era se le habían hecho los sesos agua. Por supuesto, era la defensa que hacía el padre del sudodicho, para no tener que reconocer que tenía un hijo justico de entenderas. Yo me reía, porque me imaginaba una masa acuosa allí donde antaño se suponía ubicado un gran cerebro, preñado de masa gris, envidia de los más insignes científicos. ¡Pobre mocete! Y pobre padre, que por no asumir su aciaga suerte al contar con un vástago por debajo de la media intelectual, se escudaba en la supuesta licuefacción encefálica de su preclaro retoño. Cosas de la vida y de empeñarse en no reconocer lo obvio.

Por el contrario, tengo un amigo que cuando se refiere a una persona de este tipo, suele decir que *"a este fulano, de tanto estudiar y tanto leer, se le han secado las meninges"*. Otro dice, *"sí, sí, se le ha secado la sesera"*.

O sea, que al final deducimos que tanto se te licue el cerebro o se te sequen las meninges, la condición de sinsorgo se deriva de un clamoroso problema de hidratación encefálica. Por exceso o por defecto, pero un claro asunto de incorrecto nivel de hidratación de la sesera. Por lo visto, no es bueno ni el amojamamiento, ni la inundación intracraneal. Lo mejor, como en todo, el término medio. Por lo visto esta es la excusa que le pone mi vecino a su señora esposa para escaparse todas las tardes a dar una vueltecilla por ahí e hidratarse en condiciones (envinarse en su caso), que dice que si algo tiene claro es que el tabernero de su tasca preferida *"bautiza"* diariamente el vino y no precisamente con agua bendita.

El caso es que, sea por exceso o por defecto hídrico, el avispado cervo popular está plagado de expresiones que intentan definir de un modo más o menos prosaico y elegante la situación mental de aquellos congéneres que parecen no dar la talla a nivel intelectual: que si *"le faltan varias carbonadas"*, que si *"le falta un hervor"*, que si *"se le apagó el horno antes de tiempo"*, que si *"le faltan varias aguas"*, y así un sinfín de lindzas de diferente gusto y calado.

Y lo interesante del tema es que todos y cada uno de nosotros pensamos que estamos en el lado de los presumiblemente listos. ¡Nada más lejos de la realidad!

Amén de esas pobres criaturas que por mor del destino han tenido la mala fortuna de sufrir daños encefálicos, bien en el desarrollo uterino, en un maldito parto complicado o en un accidente del tipo que sea, el resto de humanos que nos creemos imbuidos de un halo de sabiduría somos muchas veces auténticos idiotas, dando verdadero sentido a la definición de la expresión *"tonto de baba"*.

Ya le pasó a la Paris Hilton, famosa porque tiene mucha pasta, no por otra cosa. A la pregunta de: *"¿Piensas que todas las guapas son tontas?"*, la celeberrima rubia de bote contestó de modo muy serio y trascendente, *"No. Creo que también hay feas que son tontas"*. Claro, su gran problema, a parte de la cantidad de posibles que tiene, es eso, que es rubia.

Y, ¡jojo!, podremos parecer los más listos del mundo, pero es cuestión de tiempo que, independientemente de nuestra formación académica, másteres y doctorados incluidos, amén de esa exquisita educación paternal que se nos presume proporcionada en nuestra más tierna infancia, llegue

el tan temido momento de la tontez. Ese momento que todos intentamos evitar pero que, fatalmente, siempre aparece.

No hace falta la condición de tonto para hacer tonterías. ¿Quién no ha estado alguna vez locamente enamorado e irremediablemente ha acabado realizando uno de esos vomitivos cortejos amorosos?

—¡Tonto! —le dice ella a él con voz meliflua y simplona, poniendo cara de idiotizada, a la vez que le amaga un simulacro de golpe en el brazo.

—¡Ay! ¡Tonta tú! —le contesta pánfilamente él poniéndole ojitos de carnero degollado, mientras se palpa la zona virtualmente violentada por su sinsorga amada, en un ademán de supuesto indescriptible dolor, bajo un gesto igualmente bobalicón.

—¡No, tú! —insiste la empalagosa amante.

—¡No, tú! —apremia merengoso su acaramelado gánápíro.

Y así, como Buzz Lightyear, de Toy Story, hasta el infinito y más allá, alelados perdidos, buceando en el almibarado mundo de los tiernos y enamorados amantes, inmersos en una cursi y melindrosa competición de a ver quién es el más pavisoso.

Ya lo decía Forrest Gump: *"tonto es el que hace tonterías"*. O sea, cualquiera de nosotros somos tontos cuando hacemos tonterías. Unas veces porque quien las ejecuta las hace inconscientemente. Otras porque quien las comete lo hace de forma consciente, pero por aquello de que no ha resultado agraciado con las correspondientes carbonadas y aguas que glosábamos anteriormente.

¿Cuántas veces no habremos advertido a otra persona?: *"no hagas tonterías"*. Y a la contra, ¿cuántas veces no nos lo han dicho a nosotros? ¡Puff!



El orden

Una de dos, o a aquella enfermera le faltaban varios hervores o de lista que era se le habían secado las meninges.

El caso es que aquella noche las urgencias de pediatría de aquel hospital presentaban una extraña calma chocante con lo habitual. El personal aprovechó para realizar diferentes y variadas actividades: uno leía un libro, otra tenía un libro entre las manos pero echaba una cabezada, otra echaba la cabezada directamente sin libro y nuestra protagonista, presa de un hacedor impulso, se aplicó en ordenar meticulosamente todos y cada unos de los medicamentos que aparecían a su paso. Así por lo menos aprovechaba el tiempo y ponía equilibrio en aquello que desde hacía bastante tiempo le había parecido un terrible desbarajuste. La calma de la noche le invitaba a abrir la puerta del orden en aquel caos farmacopeico.

Y así lo hizo: esto aquí, aquello allí, la ampolla ésta en el fondo y el supositorio ese en el cajón de en medio. Y amaneció y al llegar el turno de mañana y despidiéndose deseando buen trabajo, les comentó su gran labor organizadora bajo la complicidad de la noche. Y se fue.

En esto, uno de los primeros pacientes de la mañana resultó ser un niño con una importante reacción alérgica. La avezada pediatra, curtiada en este tipo de lides, sin dudar le pidió a la enfermera:

–¡Pili! ¡Prepara Urbasón, por favor!

Y la enfermera Pili (¿cuántas enfermeras se llaman Pili?), usando la lógica y sabiendo que su compañera había pasado la noche ordenando todos los medicamentos, fue derechita al cajetín de la “U”. Nada, ahí estaba

el diazepam, la amoxicilina y la insulina. ¡Qué raro!, pensó Pili. Y se fue derecha a la “M”. Seguro que estaba en metilprednisolna. ¡Pues no! Allí estaban la gentamicina y la adrenalina, pero ni sombra del Urbasón.

–Pero... ¿qué puñetas ha hecho esta mujer?! – explotó en un grito.

–¿Qué ocurre? – preguntó sorprendida la pediatra.

–¡Pues que está todo revuelto y desordenado! – contestó indignada.

A los días, cuando la dinámica enfermera organizadora regresó al trabajo explicó con prepotencia su concepto de “orden”:

–¡Pues está clarísimo! ¡Alguien lo tenía que hacer! ¡Los he ordenado por precios!

Luego se supo que aquella noche había sufrido una fase maníaca de su secreto trastorno bipolar.

Tiempos modernos

Habían colocado por el hospital un curioso entramado de correo neumático consistente en una intrincada red de tubos que, partiendo de diferentes y distantes puntos del edificio, iban todos ellos a converger al laboratorio. Un sistema muy útil para aquellos servicios que precisaban trasladar constantemente muestras biológicas para su análisis, como urgencias, UCI o quirófanos.

En urgencias, el terminal (o “comenzal”, según desde dónde se mire)

de aquella conexión se encontraba estratégicamente situado en un pequeño habitáculo de poco más de dos por dos metros. Lo justo para tal fin. En aquella bocana se introducía un cilindro cerrado, coloquialmente denominado bala, que contenía la muestra a remitir y que era súbitamente succionado para desaparecer raudo camino del laboratorio.

Aquel día el personal de urgencias comenzó a escuchar unos gritos lejanos que en principio nadie era capaz de ubicar, pero que demandaban claramente una sola cosa:

–¡¡Laboratorio!! ¡¡Laboratorio!! –sonaba la angustiada voz, casi de ultratumba.

Tras unos largos segundos de incertidumbre ante el total desconocimiento sobre el origen de los gritos, a una enfermera se le ocurrió abrir la puerta del habitáculo del tubo neumático. Y ahí estaba. Una auxiliar agarrada al extremo del tubo, desgañitándose a través del mismo:

–¡¡Laboratorio!! ¡¡Laboratorio!!

–¿Pero qué haces? – le preguntó intrigada la ojoplástica enfermera.

–Pues ya ves chica, llamando al laboratorio para que nos manden alguna bala, que nos hemos quedado sin ninguna – contestó tranquilamente la susodicha ante la sorprendida expresión de incredulidad de la enfermera.

¡Angelicos!





por

Juan Gracia Armendariz

Literatura y enfermedad*

Literatura, lectura y enfermedad forman parte de una tradición muy fecunda. Roberto Bolaño dedicó un texto a su hepatólogo, titulado “Literatura + Enfermedad = Literatura”. En efecto, el sumando es un pleonismo. Hay enfermos de lecturas, letraheridos y escritores que padecen la enfermedad literaria. Para Platón la escritura era un farmakón, esto es, una droga que cura y envenena al mismo tiempo.

La Medicina conoce bien la “patografía”, textos escritos por pacientes en los que dan cuenta de la experiencia de la enfermedad. Dos han sido los acercamientos literarios principales. El primero entiende la enfermedad como símbolo de un mal social que se expresa en forma de plagas y epidemias que ya se encuentran narradas en el Antiguo Testamento, “El Decamerón”, de Boccaccio, “Los cuentos de Canterbury”, de Chaucer, el “Diario de la peste”, de Defoe o “La peste”, de Albert Camus.



Detalle de Los Cuentos de Canterbury.

Siglo XIV [Biblioteca Británica].

La Medicina conoce bien la “patografía”, textos escritos por pacientes en los que dan cuenta de la experiencia de la enfermedad

En el segundo acercamiento hallamos obras literarias con un marcado sesgo testimonial y autobiográfico, en las que el narrador da cuenta de sus padecimientos o es testigo del deterioro físico de alguien cercano. La nómina de obras es amplísima, tanto en perspectivas, puntos de vista, estilos y estéticas: “La Montaña Mágica”, de Thomas Mann; “La muerte de Ivan Illich”, de Tolstoi; “Corazones cicatrizados”, de Max Blecher; “Ebrio de enfermedad”, de Anatole Broyard; “Mortal y rosa”, de Francisco Umbral; “Pabellón de reposo”, de Camilo José Cela o más recientemente “La hora violeta”, de Sergio del Molino. En esta tradición se encuadran las obras “Diario del hombre pálido” y “Piel roja”, de Juan Gracia Armendariz. Asimismo, hallamos obras ensayísticas de gran calidad literaria, como “Metáforas de la enfermedad”, de Susan Sontag.

Acercarse a esta tradición beneficiará, no sólo la comprensión del padecimiento ajeno y el disfrute literario, sino también la no siempre sencilla relación entre médico y paciente.

**Resumen de la conferencia impartida en las primeras Jornadas de Humanismo y Salud, organizadas por el Colegio de Médicos y el Ateneo Navarro/Nafar Ateneoa.*



Aprender a ver

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

Existe una estrecha relación entre la visión y el aprendizaje. Para detectar un problema visual que afecte en el rendimiento es necesario realizar una valoración optométrica que determine la eficacia visual y percepción del niño, habilidades necesarias para que la lectura funcione.

La visión es mucho más que la agudeza visual, es posible que un niño no necesite gafas y tenga dificultades visuales que implique problemas en el aprendizaje.

¿Qué necesitan los niños para ver bien en clase?

- *Buena agudeza visual
- *Los ojos han de ser capaces de trabajar en colaboración uno con otro (visión binocular)
- *Adquirir la habilidad de mover los ojos de una manera eficaz, sin saltos ni regresiones con buen campo visual.
- *Ser capaces de cambiar el foco de visión de lejos a cerca (acomodación) y viceversa.

¿Qué síntomas pueden indicarnos un problema visual en un niño?

- *Frotarse los ojos
- *Utilizar el dedo para no perderse en la lectura
- *Acercarse e inclinarse mucho para leer o escribir
- *Pobre comprensión lectora
- *Saltarse palabras
- *Visión doble o borrosa (sensación de que se mueven las letras)
- *Dificultad para mantener la atención

La habilidad para interpretar la información visual es esencial en la lectura, para que el niño comprenda lo que lee y pueda identificar letras y números.

Destacamos las siguientes capacidades:

- *Discriminación visual para ver pequeños detalles.
- *Adecuada memoria visual para recordar la información.
- *Desarrollo adecuado de la lateralidad y orientación espacial.
- *Coordinación ojo mano e integración visuo-motora para establecer la escritura.

Los principales signos que pueden tener los niños con bajas habilidades de percepción visual son los siguientes:

- *No recordar la información visual (localizar la misma palabra en un texto)

*Inversiones de letras y números

*Baja comprensión lectora

*Mala escritura.

*Confundir palabras.

*Dificultad para orientarse en el espacio y en el tiempo.

*Le cuesta recordar secuencias (días de la semana, tablas de multiplicar) y realizar series.

Si el niño ha alcanzado estas habilidades visuales estará preparado para la etapa de la lectoescritura.

A través de la terapia visual se le enseña al niño a mejorar su visión, por medio de ejercicios que se realizan en consulta y diariamente en casa.

La visión es un proceso activo, la visión se entrena, podemos aprender a ver.

CENTRO DE TERAPIA VISUAL



**óptica
unyvisión**

AVDA. NAVARRA

(Frente a Clínica Universidad de Navarra)

31008 PAMPLONA • T 948 178 188

AVDA.
PÍO
XII

CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE NAVARRA

AVDA. NAVARRA

← ÓPTICA UNYVISIÓN



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**

PENSADAS
PARA USTED
Y SU HOGAR



www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en



Hasta un

25%^{*}
dto.

en su Seguro de Hogar

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA

A.M.A. PAMPLONA

Avda. Pío XII, 30 Tel. 948 27 50 50 pamplona@amaseguros.com

A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico)

Avda. Baja Navarra, 47; 1ª Tel. 948 21 02 28 cpamplona@amaseguros.com

[*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 30 de junio de 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.