



Pulso a la sanidad navarra

en el ecuador de la legislatura



Entrevista al
Dr. Jesús Elso,
VIII premio Sánchez Nicolay
a las buenas prácticas médicas

Colegio y Foro Médico de AP en defensa
de la calidad de la asistencia sanitaria

**1ª JORNADAS DE
COOPERACIÓN SANITARIA NAVARRA:
BARRERAS Y PUENTES**



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
Octubre 2017 - Nº 118

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 Barriuso.

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:

28 Renovación en la Comisión de Deontología Médica.



52 El drama humano de los refugiados en Grecia. Por Iñaki Goñi.



48 Dermatología Pediátrica en París. Por Esther Moreno, ganadora de la IX Beca Dr. Ignacio Landeche.



58 Detección precoz de la Artritis Reumatoide. Por Rosario Ibáñez.



...y además

- 5 Editorial
- 8 VIII Premio Sánchez Nicolay
- 16 Vocals
- 18 Colegio de Médicos
- 19 Coro colegial
- 24 Medicina legal
- 26 Formación
- 30 Sociedades Científicas
- 36 Reportaje: Balance de
legislatura
- 55 I Jornadas Cooperación
Sanitaria Navarra
- 56 Universidad
- 57 Libros
- 64 CLEN COLLEGE
- 66 Restaurante
- 68 Jornadas Humanismo y
Salud
- 72 Biografías Médicas
- 76 Viajes: Segovia
- 78 Anecdótico



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.

AMA

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

Gazpi, s.a.

Parque Empresarial La Estrella, C/
Berroa, 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
Universitaria. PAMPLONA
Tfno 948 178 188

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

 **herce**
peluquería

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

Más cerca de los colegiados



**Dr. Rafael
Teijeira**

Presidente
del Colegio de
Médicos de
Navarra.

La Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra continúa intentando acercar el Colegio a los médicos de Navarra y ofrecerles más y mejores servicios. En este empeño se enmarca el esfuerzo que estamos haciendo para diseñar un nuevo portal web, que pronto presentaremos; una nueva herramienta para dar vida al Colegio y a la profesión, para estar informados, interactuar y avanzar en la puesta en marcha de nuevos servicios colegiales on-line.

Contará con más contenido que la que ahora tenemos, pero ordenado de forma más efectiva. En tan solo dos clics podrás encontrar lo que buscas desde cualquier dispositivo (ordenador, móvil o tablet) y en cualquier momento.

El nuevo portal integra una serie de herramientas que consideramos importantes. La web consta de una parte pública (de acceso libre) y otra privada (solo para colegiados mediante clave). Cuenta con un sistema integrado de seguridad para mantener de forma segura todos los datos de los colegiados. La web privada, accesible para el colegiado, conecta con el sistema interno del Colegio de Médicos. Permitirá, respetando los estrictos controles de seguridad exigidos por la ley de protección de datos y de seguridad de Internet, cambios de datos personales y profesionales.

Además de los trámites que el colegiado puede ya realizar en la ventanilla única de la actual web, el nuevo portal incorpora una tienda online donde podrán inscribirse a cursos de formación. Otra novedad, abierta a los ciudadanos, es la posibilidad de comprar el modelo de Certificado Médico Oficial y recibirlo en su casa o lugar de trabajo.

Esto solo es un avance de las posibilidades y oportunidades que nos ofrecerá esta nueva web, que estamos ahora ultimando, con la que queremos conseguir que el Colegio de Médicos de Navarra continúe siendo un Colegio innovador y de referencia en la prestación de servicios y comunicación con los colegiados.

COLEGIO DE MÉDICOS Y FORO M EN DEFENSA DE LA CALIDAD

Comunicado del Colegio de Médicos



SALUD DEBE CUIDAR A LOS PROFESIONALES QUE YA ESTÁN EN EL SNS-O

El Colegio de Médicos de Navarra hizo público un comunicado, el pasado 9 de septiembre, en el que mostró su apoyo a los médicos de familia eventuales respecto a su reclamación de contratos de calidad. El Colegio de Médicos reclamó que el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea “cuide y trate especialmente bien a aquellos profesionales que ya están dentro del sistema, sea cual sea su especialidad y actividad laboral”.

En respuesta a las noticias publicadas en los medios de comunicación sobre la campaña que ha puesto en marcha Salud para captación de médicos, el Colegio de Médicos de Navarra informa que recibió una petición del SNS-O en la que solicitaba su colaboración para atraer y fidelizar profesionales en determinados destinos. En el texto se invitaba al Colegio a aportar “cuantas sugerencias y acciones conjuntas podamos realizar en este sentido”. El Colegio está elaborando un documento

para remitirlo al SNS-O, siguiendo con su compromiso por colaborar en el estudio y la elaboración de propuestas encaminadas a una mejora de las prestaciones sanitarias a la ciudadanía.

Si existe un problema para encontrar y fidelizar médicos en nuestra Comunidad, y parece claro que así es, todas las medidas que se pongan en marcha, siempre que sean proporcionadas y adecuadas, son bienvenidas.

Para el Colegio resulta evidente que si se trata de fidelizar a profesionales de la medicina, como pretende el SNS-O, para que las medidas sean proporcionadas y adecuadas, lo primero es ofertar condiciones de empleo de calidad y estable a los médicos que tiene actualmente empleados, como reclaman estos profesionales.

Esa postura ha sido defendida siempre por el Colegio de Médicos de Navarra. En marzo de este año, cuando se puso en marcha la posibilidad de retrasar las jubilaciones de algunos profesionales de la salud, el Colegio manifestó que “los esfuerzos del Departamento de Salud deben ir encaminados a consolidar un empleo de calidad, especialmente entre los médicos jóvenes, aumentando la oferta de empleo público y mejorando las condiciones laborales”.

También decía entonces el Colegio que, en su opinión, Salud debe “cuidar” a sus profesionales que ya están en el SNS-O y ofrecer a los que se incorporen en el futuro condiciones laborales de calidad, concluyendo que “solamente así, cuidando a sus profesionales que ya están en el Servicio Navarro de Salud, y ofreciendo a los que se incorporen en el futuro condiciones laborales de calidad, se conseguirá una plantilla estable y bien cualificada”.

Estas afirmaciones de entonces son totalmente válidas ahora. Mejorar las condiciones laborales de los que están debe ser la prioridad de los responsables del SNS-O.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Comunicado del Foro Médico de Atención Primaria de Navarra

ES EL MOMENTO DE DEFENDER UNA DIGNIFICACIÓN Y MEJORA DE LOS CONTRATOS ACTUALES CON PROCESOS TRANSPARENTES

El Foro Médico de Atención Primaria de Navarra re-unido, en Pamplona con fecha 26 de Septiembre, para debatir las recientes apariciones en los medios de comunicación de diversas sociedades y colectivos médicos denunciando la precariedad de los contratos de los médicos interinos y eventuales que repercuten en el trabajo y la asistencia a la población en los centros de salud, quiere hacer constar que:

-De igual forma que viene defendiendo desde su constitución una atención de calidad en la asistencia sanitaria –que si no es por los profesionales que se implican en ella estaría seriamente dañada– vuelve a ser ahora el momento de defender una dignificación y mejora de los contratos actuales con procesos transparentes. Es obvio que la falta de transparencia genera malestar.

-Al hilo de esta cuestión aboga por una Oferta Pública de Empleo (OPE) regulada en tiempo y número de acuerdo a las necesidades reales de la Atención Primaria (Medicina de Familia y Pediatría) y cuyo temario se

corresponda al ámbito de acción de los profesionales que en ella ejercen o van a ejercer. Eso mismo evitaría, a largo plazo, problemas como los que ahora se plantean, por ejemplo, con las jubilaciones previstas.

La Atención Primaria de Salud es una disciplina ya imprescindible para asegurar la salud de la población en cualquier comunidad y un índice de desarrollo de las sociedades modernas. Concretamente, en Navarra, tiene un recorrido histórico de 32 años desde su creación en febrero de 1985, y no está de más recordar que muchos de los profesionales pertenecientes a las sociedades científicas que conforman este Foro aportamos ideas y sugerencias en la celebración del 25º aniversario de su creación, hace ya 7 años, para implementar el modelo asentado.

En otras palabras, que no quede duda de que los profesionales de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea no quieren seguir contemplando un mayor deterioro de un sistema sanitario modélico en profesionalidad y prestaciones en su inicio. Es compromiso de todos. ¿Están las autoridades sanitarias y políticas de Navarra por este compromiso?

El Foro Médico de Atención Primaria de Navarra está integrado por la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Comunitaria (namFyc), Sociedad de Médicos Generales y de Familia (SEMG Navarra), Sociedad de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Navarra), la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE), las Vocalías de Medicina Extrahospitalaria y Medicina Rural del Colegio de Médicos de Navarra y el Sindicato Médico.



El pediatra **Jesús Elso Tartas**, galardonado con el premio **Sánchez Nicolay** a las buenas prácticas médicas

Jubilado en 2011 tras 40 años de ejercicio, desarrolló su labor profesional en la antigua Maternidad y en el Hospital Virgen del Camino

♦ Trini Díaz

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y el Colegio de Médicos han concedido el VIII Premio Sánchez Nicolay a las buenas prácticas médicas al pediatra Jesús Elso Tartas, en reconocimiento a sus 40 años de trayectoria profesional, desarrollada en su mayor parte en la sección de Neonatología del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). La entrega del premio, una placa conmemorativa, tuvo lugar en el Salón del Trono del Palacio de Navarra, en presencia de cerca de 80 personas, entre familiares del doctor Elso, responsables del Departamento de Salud, Junta Directiva del Colegio de Médicos y familiares del Doctor Sánchez Nicolay, que da nombre a este galardón. Acompañaron también al homenajeado antiguos compañeros de trabajo y miembros del actual equipo de Pediatría del CHN, encabezados por su jefa de servicio, Ainhoa Iceta.

Emotiva semblanza

Su compañero y amigo, el Dr. Pedro Polo Urtasun, tomó la palabra para hacer una emotiva semblanza. Ambos comenzaron a trabajar como pediatras en la Maternidad y ambos comparten gratitud y admiración por quien fue su Jefe, el Dr. Ricardo Fernández, "un gran hombre lleno de bondad y humanidad. Difícil definirle. Era maestro de mucho, no solo de medicina sino de algo muy importante, del buen trato humano hacia todo el mundo, de entrega y de servicio público. Tú tienes de esto", subrayó en su discurso el Dr. Polo. Añadió, en referencia a Jesús Elso, que "tanto en consulta como en hospitalización, a todos atendiste con tu estilo. No solo indicabas un tratamiento acertado. Conseguías que la familia se te abriese. Conocías el nombre del niño o el apellido de los padres, y si esto te fallaba sabías el pueblo del que venían, o daba la casualidad que habías coincidido con un pariente... Lo lograbas, establecías relación".

De la vivencia profesional en la Maternidad, recalcó que "fueron buenos años, de trabajo, progreso, ilusiones, cambios: nuevo personal, aparataje, obras, nuevos

r. Elso, agradeciendo el
nta mirada de los doctores
z y Polo.



proyectos. Los últimos años se hicieron con-
vulsos y llenos de vaivenes y terminaron con
el cierre de Maternidad. Lo que fue el co-
mienzo de la fusión de los dos Hospitales.
Hace ya casi treinta años”.

La amistad y relación profesional entre
los doctores Elso y Polo cambió entonces de
escenario, pero la esencia continuó. “Muchos
han sido los recién nacidos
que han tenido la suerte
de pasar por tus manos.
Las madres y los padres
como siempre encantados
con el trato que les da-
bas”. Destacó del Dr. Elso
su apuesta por relanzar
la lactancia materna: “parece mentira
que fuera necesario tal empeño. Venía-
mos de una época en la que el biberón
campaba en exceso a sus anchas. Fue
necesario corregir y cambiar costum-
bres y convencer a muchos de que los
nuevos protocolos eran necesarios y
convenientes. Tu trabajo te costó, cur-
sos, reuniones del Comité de Lactancia,
conversaciones con las casas comercia-
les, con las familia, personal, etc. Pero con tu estilo, logras-
te relanzarla, que aumentara el porcentaje de lactancia
materna en Navarra. Este impulso continua y con apoyo
generalizado”.

*El Dr. Pedro Polo Urtasun
hizo una semblanza de su
compañero y amigo*



*El consejero de Salud
de Navarra, Fernando
Dominguez, entregó la
placa al Dr. Jesús Elso el
pasado 28 de septiembre.*



VIII Premio Dr. Sánchez Nicolay

El Premio Doctor
Sánchez Nicolay a las
buenas prácticas médicas
recuerda la figura de
este doctor, fallecido en
2005, que fue pionero e
innovador en Medicina
Intensiva y que puso en
marcha el primer embrión
de UCI en Navarra.

El presidente del
Colegio de Médicos de
Navarra, Rafael Teijeira,
hizo una semblanza de
Sánchez Nicolay que
durante 17 años, de 1980
a 1997, fue presidente
del Colegio de Médicos
de Navarra y también
ostentó la presidencia de
la Organización Médica
Colegial de España, desde
1997 hasta 2001.

En ediciones anteriores
fueron reconocidos con
el Premio Doctor Sánchez
Nicolay a las buenas
prácticas médicas:

- Juana María Zubicoa
(edición de 2016),
- Jone Aizarna
Rementería (2015),
- Juan Luis Guijarro
García (2014),
- José Manuel Cenzano
(2013),
- Francisco Javier
Barberena (2012),
- Jesús Viguria (2011) y
- Manuel Gállego Culleré
(2010).



En tono jocosos se refirió a la gran capacidad del Dr. Elso para organizar eventos. "Además de tu labor asistencial diaria, eras capaz de organizar, en cinco minutos, el Campeonato Iberoamericano de mus en el Hospital de Navarra, un equipo ciclista en el Colegio, excursiones por el Camino de Santiago, Jornadas de Humanismo y Salud, comidas y cenas en El Chanclazo, etc. Creas buen ambiente. Haces que no haya roces o que se solucionen si los hay. Has ido consiguiendo a lo largo de tu vida, que el equipo ruede mejor y sea más eficaz".

Un regalo para los demás

Más allá de su faceta profesional, el Dr. Elso es un regalo para su gente. "Eres familiar, amas tu familia y la disfrutas. Eres sociable y conoces a medio mundo. Eres leal y tus amigos lo saben. Eres capaz de relacionarte con cualquiera y la relación para ti no es algo superficial, sin contacto. La vida tiene momentos y buenos y malos, luces y sombras. Personas como tú hacen que sea un poco mejor", subrayó Pedro Polo.

Terminó su semblanza dando gracias al homenajeado por "todas las cosas buenas que sé que tienes".

Historia viva de Navarra

El consejero de Salud destacó la calidad humana y la vocación de servicio a los demás del doctor Elso, a quien describió como "historia viva de Navarra", tras haber tratado a más de 120.000 recién nacidos desde la década de los 70. En concreto, Domínguez subrayó la "lucha" del doctor Elso por la supervivencia con las menores secuelas posibles de los grandes prematuros (recién nacidos con menos de un kilo de peso "considerados antes inviables") y su compromiso con la promoción de la lactancia materna, especialmente importante en los años en los que esta opción se vio relegada, coincidiendo con la irrupción con gran fuerza en el mercado de la leche de fórmula.

El consejero recalcó la apuesta del doctor Elso por la atención clínica "a los pies de la cama del paciente" y por el "trabajo en equipo con profesionales de distintos ámbitos, huyendo siempre de personalismos y divismos". Quiso además hacer extensivo el premio otorgado hoy a "todos y todas las profesionales de Pediatría que día a día están en la cabecera del niño o niña enfermo, ofreciendo cuidados, alivio y consuelo, una labor no siempre reconocida".



Rafael Teijeira (presidente del Colegio de Médicos), **Fernando Domínguez** (consejero de Salud), **Piva Antón** (viuda de Sánchez Nicolay), **Jesús Elso** y sus compañeros de profesión, los doctores **Pedro Polo Urtasun** y **José María Díaz-Faes** en el Salón del Trono.

Compromiso con la profesión,
la sociedad y los países en
desarrollo

Jesús Elso Tartas (Pamplona, 1943) estudió Medicina en la Universidad de Navarra y realizó la especialidad de Pediatría en el Hospital Clinic de Barcelona, en donde también obtuvo el título de puericultor diplomado. Inició su carrera en el Instituto de Maternología de la capital condal. A su regreso a Pamplona, trabajó durante un año como pediatra en Barañain, hasta que en 1973 obtuvo la plaza de médico residente en la entonces Maternidad de Navarra. Desde ese momento y hasta su jubilación en 2011, ejerció su profesión con distintos cargos de responsabilidad en la Sección de Neonatología del Servicio de Pediatría, primero en la Maternidad, después en la antigua Residencia Virgen del Camino y finalmente en el actual CHN.

En 1986, se convirtió en el primer coordinador del Programa de Prevención de Metabolopatías Congénitas, enmarcado en el plan de prevención de la discapacidad impulsado en esa época por el Gobierno de Navarra. Ha sido miembro del comité asesor de lactancia materna del Ejecutivo foral y ha organizado e impartido cursos sobre esta práctica en Pamplona, Tudela y Estella.

Durante cuatro años fue vicepresidente por Navarra en la Sociedad Vasco Navarra de Pediatría. Su compromiso con la profesión le llevó a ser durante doce años tesorero del Colegio de Médicos de Navarra y después, durante ocho años, patrono de su Fundación, desde donde impulsó numerosas y variadas actividades lúdicas, deportivas y culturales, como la creación del coro o el equipo ciclista del Colegio, jornadas de Humanismo y Salud o excursiones por el Camino de Santiago para jubilados.

Ha sido, además, miembro de la junta directiva de UNICEF Navarra durante ocho años. En el año 2006, publicó el libro: 'Un paseo por las calles de nuestros médicos', que recoge las biografías de los 51 médicos que entonces tenían una calle con su nombre en algún municipio de la provincia.



Familiares y compañeros de
profesión tras la entrega del
Premio.



El Dr. Elso se unió al Coro
del Colegio de Médicos en
la celebración que siguió a
la concesión del Premio en
la sede colegial.





Jesús

Elso:

La
humanización
del quehacer
médico

¿Quién no conoce a Jesús Elso? No es una pregunta retórica sino una constatación. Desde el anuncio de la concesión del Premio Sánchez Nicolay, las felicitaciones han sido continuas. Compañeros de profesión y pacientes han hecho suyo el homenaje. Ha acompañado a unos 120.000 recién nacidos en sus primeras horas de vida y ha procurado sabios consejos a muchos padres y madres primerizos.

Pero el hospital -por más que fuera exigente en tiempo y dedicación- no le ha restado energía para ir ensanchando la vida en otros ámbitos familiares, culturales o profesionales. El Colegio de Médicos de Navarra le debe mucho en su compromiso por dinamizar a un colectivo que, gracias al Dr. Elso, sigue disfrutando de un Coro, un equipo ciclista o de actividades literarias y culturales.

Hablar con él es hacer historia del recorrido experimentado por la Pediatría en las últimas décadas y rescatar lo que ayer, hoy y mañana dan sentido a una vida entregada: la humanización del quehacer médico.

Comenzó a ejercer la Pediatría en la Maternidad, allá por los años setenta.

¿De qué cambios fue testigo?

La Pediatría estaba entonces inmersa en una vorágine de cambios e intentos de mejora. Amparados en avances sociales, hábitos higiénicos más saludables, investigaciones en el campo preventivo –sobre todo, las vacunas– y una mayor inversión en sanidad, vivimos cómo se modificaba la patología infantil y su manera de combatirla. Se inauguraron hospitales pediátricos, dedicados al tratamiento del niño enfermo, separándolo, al fin, del adulto. Se había comprendido que el niño enfermo no es un adulto pequeño, sino que las patologías que presenta, tienen entidad y peculiaridades tan distintas que requieren conocimientos específicos, además de un hábitat más adecuado para tratar con dignidad al niño.

Vimos la desaparición de enfermedades históricas, que causaban una elevada mortalidad o morbilidad en los niños. Yo, ya no vi ningún caso de viruela, ni tampoco de polio, aunque recuerdo un enorme pulmón de acero que permanecía amenazante en los pasillos de la Maternidad Provincial. Sí que vi algún caso de difteria y de tétanos y, desde luego, persistía la tosferina y la siempre temible

tuberculosis, aunque en número más reducido a pesar de los rebotes que presentaban de vez en cuando. Y es que habían irrumpido las vacunas que, para mí, junto al conocimiento de la asepsia, constituyen el mayor hito de la medicina preventiva de la historia.

Hubo además una eclosión demográfica sin precedentes.

¿Cuáles fueron las necesidades más acuciantes entonces?

Surgió la necesidad de formar más médicos con conocimientos y habilidades específicas para tratar a los niños y nació la bendita vía MIR, que permitirá desde los Hospitales y las Universidades la formación de especialistas. Esta pléyade de médicos especialistas, no solo cubrían el ámbito hospitalario sino también, y es muy importante, propició el nacimiento de una potente, bien formada e ilusionada red que se ocupará de la atención pediátrica extra hospitalaria y que, en Navarra, adquiere una dimensión e importancia (no siempre reconocidas), que va a ser clave en una Pediatría de calidad.

La Pediatría extra hospitalaria ha sido, es, y deberá seguir siendo el pilar más importante en una atención

La Neonatología se
ha convertido en
un referente, desde
luego no el único,
para medir la
calidad asistencial
de un Hospital
pediátrico



integral al niño y habrá que dotarla de los medios necesarios para poder desarrollar su misión, completando la red y cubriéndola por pediatras en toda la geografía foral.

En el futuro, las mejoras en los tratamientos incrementará el número de niños con patología crónica, que habrá que afrontar con cooperaciones interdisciplinarias y con convicciones éticas contrastadas

Ha sido un referente de la Neonatología en Navarra
¿Cómo ha sido su evolución?
¿Qué papel ocupa en un hospital pediátrico?

El surgimiento de las subespecialidades marcaron la atención pediátrica hospitalaria en los años 70 y 80, y es entonces cuando la Neonatología irrumpe con fuerza. Posiblemente, es la primera subespecialidad en adquirir pujanza y que se hace imprescindible en todos los hospitales. La patología que presenta el recién nacido es tan peculiar, tan singular, que precisa enfoques distintos, aparataje específico e incluso distribución de espacios exclusivos. Numéricamente constituye, además, un volumen importante de los ingresos hospitalarios de un Servicio de Pediatría.

La Neonatología se ha convertido en un referente, desde luego no el único, para medir la calidad asistencial de un Hospital pediátrico, pues aúna los esfuerzos de varios servicios: Pediatría, Obstetricia, Genética, Anestesia.... Las tasas de supervivencia y la disminución de la morbilidad infantil, han mejorado espectacularmente.

¿Qué valoración hace
de las urgencias pediátricas?

La demanda social ha obligado a ampliar y potenciar el Servicio de Urgencias, que se ha convertido en un pilar básico del Servicio de Pediatría, puerta de entrada o freno de

ingresos hospitalarios. Urgencias es, además, el escaparate del Servicio y está sometido a enorme presión, teniendo que lidiar con picos asistenciales, brotes epidémicos y variada patología. Se ha convertido ya en otra subespecialidad absolutamente necesaria y a la que todos deberíamos cuidar y mimar.

¿Qué retos quedan
ahora pendientes?

Hay que mejorar las relaciones interprofesionales, la docencia, la investigación. Hay que contribuir a la educación de la población en hábitos saludables y mejorar la prevalencia de la lactancia materna. Hay que liderar retos preventivos, como la lucha contra la obesidad infantil, nuestra plaga del siglo XXI, el alcoholismo, la drogadicción, los embarazos en adolescentes, el acoso escolar, la prevención del tabaquismo, el maltrato infantil.

Es necesario que nos enfrentemos con rigor científico a charlatanes que cuestionan la eficacia de las vacunas y que ponen en peligro la continuidad de uno de los logros más importantes de la Medicina, como es la erradicación de enfermedades infecciosas.

¿Cómo afrontar estos desafíos?

La responsabilidad de estas labores no puede recaer sólo sobre las espaldas de los profesionales. Precisa del apoyo institucional, reforzando plantillas cuando sea necesario, favoreciendo la continuidad en el aprendizaje tras terminar la especialidad, apoyando la investigación, colaborando en estudios multicéntricos, dotando de las infraestructuras necesarias, contratando con dignidad a sus especialistas, para ir preparándonos para entrar poco a poco y sin sobresaltos en esa Pediatría del futuro, que ya está llamando a la puerta.

¿Cómo será la Pediatría del futuro?

El declive demográfico originará que haya menos niños pero, al mismo tiempo, las mejoras en los tratamientos incrementará el número de niños con patología crónica, que habrá que afrontar con cooperaciones interdisciplinarias y con convicciones éticas contrastadas. Los hospitales estarán más humanizados, serán más amables: con menos estancias y, además, más cortas. Aumentará la asistencia domiciliaria. Adquirirán más importancia de la que ya tienen los servicios de Urgencias.

Los conocimientos en genética y la colaboración con ese Servicio serán imprescindibles. Se conocerán los marcadores genéticos de enfermedades hereditarias y la

información a los padres será clave. Se necesitarán más conocimientos en salud pública, epidemiología y salud ambiental. La adolescencia reclamará una mayor atención.

Por otra parte, los avances tecnológicos son imparables y, en muchos casos, al menos para mí, impredecibles. Se generalizará el uso de Robots (el Da Vinci ya está aquí). Habrá asistencia robotizada en ortopedia y neurología. Los teléfonos inteligentes, aplicaciones para móviles, consultas telemáticas no presenciales, biotecnología aplicada a los alimentos, etc... seguro que nos depararán sorpresas.

¿A quién dedica el Premio?

A todos mis compañeros, que han canalizado su trabajo hacia el cuidado de los niños. La pediatría ha conseguido, de manera individual y colectiva, alcanzar niveles asistenciales muy satisfactorios. Ahora toca no perderlos, mejorarlos, adaptándonos a los nuevos cambios, pero sin olvidar lo más importante: la humanización de nuestro quehacer médico. Ójala todos los pediatras del futuro puedan decir lo mismo que yo digo ahora: al final del camino, me valió la pena ser pediatra.

¿De qué se siente más orgulloso?

Después de tantos años, pienso que no hay un hecho concreto, sino un orgullo dilatado en el tiempo por haber amado mi profesión y haber ido contento a trabajar durante todos los días de mi vida profesional.

¿Qué destacaría de sus años 12 años como tesorero del Colegio de Médicos y, posteriormente, patrono de su Fundación?

Son labores que tienen poco reconocimiento, incluso reticencias... Lo mejor ha sido trabajar con excelentes compañeros con los que he compartido responsabilidades colegiales en las diferentes juntas directivas presididas por los doctores Delgado, Fortún y Teijeira. Entre los logros, destacaría la creación del Programa Integral de Ayuda al Médico Enfermo (Paime) y la consolidación de sociedades científicas con sede en el Colegio de Médicos. Lo peor, no haber sabido transmitir lo imprescindible que es el Colegio y la poca implicación de los médicos con su colegio profesional.



Dr. Elso: "Es necesario que nos enfrentemos con rigor científico a charlatanes que cuestionan la eficacia de las vacunas".

Es un premio al buen quehacer médico.

¿Cuáles son los principios que han inspirado su ejercicio profesional?

La humanidad en la relación con los pacientes, facilitando su confianza, escuchando y atendiendo las lógicas preocupaciones de padres y madres primerizos. Y la buena relación con los compañeros, que deben ser fluidas, amistosas, sinceras y comprensivas. En esto, mi maestro fue mi primer jefe en la Maternidad Provincial, el Dr. Ricardo Fernández.

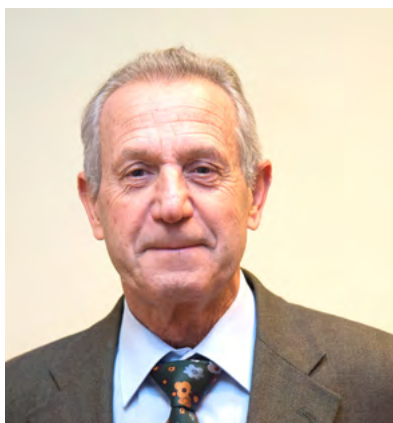
Ha sido pionero en la defensa de la lactancia materna ¿su legado ha calado en la sociedad?

Aposté por la lactancia materna en los años 70 cuando regresé a Pamplona, imbuido por lo que aprendí en Barcelona del Dr. Cruz Hernández. No fue fácil entonces por la escasa importancia que se le otorgaba a los beneficios de la lactancia natural y los vicios adquiridos. Fui más de prisa de lo que querían algunos y más despacio de lo que pretendían otros, pero poco a poco se fueron sumando a la causa profesionales sanitarios y colectivos. Siempre he mantenido que para que la lactancia materna sea un éxito deber ser placentera y para ello debemos influir con consejos, evidencias científicas y nunca penalizando a las madres que no lo puedan hacer.

Hemos logrado desterrar muchos tabús como la falsa creencia de que no tener leche forma parte de la herencia materna o recurrir al biberón ante las primeras dificultades. Especialmente complicado fue cuestionar la contraindicación de determinados fármacos en la lactancia y extendí entre los profesionales el uso de la página web del Hospital de Denia, que tiene desarrollada una aplicación muy útil para ello.



La edad de jubilación de los facultativos, a debate en el VII Congreso Nacional de Médicos Jubilados



El Dr. Juanjo Unzué representó a los médicos jubilados de Navarra



Organizadores y ponentes del Congreso de Cáceres.

El Colegio de Médicos de Cáceres acogió durante los días 22 y 23 de septiembre, el VII Congreso Nacional de Médicos Jubilados, en el que participaron más de un centenar de facultativos de toda España.

♦ Trini Díaz

En el Congreso se puso de manifiesto la falta de homogeneización en la edad de jubilación de los médicos en España: a los 65 en algunas Comunidades Autónomas; en otras, a los 67 años, y la jubilación de la figura del médico emérito oscila entre los 70 y los 72 años.

El acto inaugural estuvo presidido por el consejero de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura y médico de profesión, José María Vergeles, que apeló a que se unifique la jubilación a nivel de todo el Estado y, en este sentido, dijo que, desde la Junta de Extremadura, se ha solicitado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que sea un tema prioritario a abordar por el Consejo Interterritorial para crear una normativa nacional al respecto.

"Si en una Comunidad Autónoma un médico se jubila a los 65 años, en otra lo hace a los 67 y en una tercera se hacen prórrogas hasta los 70 años, no podemos pretender un SNS cohesionado", matizó. Su propuesta, expresada ante los medios de comunicación, es que la edad esté en los 67 años con prórrogas excepcionales hasta los 70, en función de las necesidades asistenciales y de los profesionales que tenga el Sistema sanitario.

También explicó que en algunas CCAA existe la figura de los médicos eméritos que, dependiendo del lugar, que sea, está o no remunerada y es hasta los 70 o 72 años. "No podemos estar sometiendo a nuestros profesionales, que se dejan la piel a diario, a que dependiendo de la CCAA donde ejerzan, se jubilen en función de cómo se haya negociado esto. El Consejo Interterritorial es el que tiene que velar porque haya cohesión", manifestó.

Por su parte, el vocal nacional de Médicos Jubilados de la Organización Médica Colegial (OMC), Dr. Ricard Gutiérrez, expresó a los medios de comunicación su parecer sobre la edad de jubilación que calificó de "mito". "¿Por qué nos debemos jubilar a los 65 años y no a los 68 o a los 70?", se preguntó.

Para él, el médico tendría que ejercer determinadas especialidades hasta que él mismo se viese capaz de hacerlo porque, "es un modo de aprovechar su conocimiento y su experiencia". Por ello, manifestó que los médicos prejubilados defienden que se pueda alargar la edad de jubilación a petición del propio médico.

Mediante varias conferencias y mesas redondas, el Congreso abordó diferentes maneras e iniciativas para fomentar la jubilación activa y también temas jurídicos como herencias y testamentos, el envejecimiento activo y el mantenimiento del ejercicio de la actividad privada, entre otros. El objetivo es diseñar líneas de actuación y conseguir que se valore a este colectivo.

ENTREVISTA AL VOCAL DE MÉDICOS JUBILADOS Y VIUDAS DE NAVARRA,

DR. JUANJO UNZUÉ.

¿Qué destacaría de su participación en el VII Congreso Nacional de Médicos Jubilados?

La experiencia ha sido muy positiva por lo que hemos aportado y aprendido. La Vocalía estudiará la posibilidad de poner en marcha en Navarra algunas de las iniciativas de otras Comunidades Autónomas. He podido constatar mucha más actividad de la que yo suponía en los jubilados y gran preocupación e interés por los médicos que se van a jubilar.

¿Qué experiencias de otros Colegios le gustaría traer a Navarra?

Me encantaría poder traer la experiencia de Cataluña y Madrid, en las que el médico que lo desee puede asistir, estando jubilado, a las sesiones clínicas, cursos, sesiones bibliográficas, etc... de su Centro de Salud u Hospital, siempre que los profesionales y pacientes conozcan que se trata de un médico jubilado y sin percibir ninguna remuneración a cambio.

La edad de jubilación y la figura del médico emérito han sido algunos de los temas abordados ¿Cómo está Navarra con respecto a otras comunidades?

La edad de jubilación ha sido muy discutida ya que algunos de los médicos se encuentran bien física y psíquicamente y desean continuar más allá de los 65 años. Con respecto a este tema es una valoración unánime que se van a producir jubilaciones en masa difíciles de cubrir en varias especialidades y, por tanto, debemos escuchar a los médicos que se van a jubilar y los que deseen continuar que lo puedan hacer si no existen médicos jóvenes para cubrir dichas bajas. En España, hay 70.000 médicos entre 55-64 años y 35.000 de más de 65 años, por lo que la jubilación

de los médicos en los próximos años puede plantear serios problemas que habrá que ir previendo.

Con respecto al médico emérito, Cataluña y Madrid nos aventajan claramente, ya que tienen programas puestos en práctica muy interesantes, aunque difíciles de aplicar en esta comunidad.

También se habló sobre cómo prepararse para la jubilación ¿qué se dijo?

Se presentaron programas de prejubilación para médicos entre los 55-64 años, con cursos y talleres de preparación para la jubilación y asesoría legal, patrimonial, financiera, etc.

La Vocalía ha enviado una encuesta a los médicos jubilados de Navarra ¿Cuáles han sido las conclusiones?

En primer lugar, tengo que agradecer la alta participación de los médicos jubilados en esta encuesta y, en segundo lugar, subrayar el interés de las respuestas sobre la salud del médico jubilado. Se les preguntaba, entre otras cuestiones, si les gustaba o no que les reconociesen cuando acuden a un Centro de Salud u Hospital, si les gustaba poder recetar, si les apetecía poder realizar exploraciones complementarias... Mayoritariamente, reclaman la posibilidad de solicitar pruebas complementarias y poder emitir recetas, esto efectivamente en situaciones de urgencia y siempre con control de la Inspección Médica. Estas conclusiones las hemos presentado en el Congreso, que valoró positivamente el trabajo realizado en el diseño, la recopilación de datos y la herramienta estadística utilizada para el análisis de las respuestas.



*M. Carmen Martínez Velasco,
vocal de Medicina Libre y
Colectiva.*

La Vocalía de Medicina Libre y Colectiva diseña una encuesta para conocer las características del ejercicio de la medicina privada en Navarra

La Vocalía de Medicina Libre y Colectiva del Colegio de Médicos de Navarra ha enviado a los miembros de la citada Vocalía una encuesta sobre las características del ejercicio de la medicina privada en Navarra.

Con esta iniciativa, la Dra. M. Carmen Martínez Velasco, vocal en la Junta Directiva del Colegio, quiere tener un mayor conocimiento de cómo y qué características tiene el ejercicio de la profesión privada en Navarra y "avanzar en el servicio que prestamos a los colegiados".

Su cumplimentación es anónima y no lleva más de 5 o 6 minutos contestarla, por lo que anima a los médicos de la Vocalía a participar.

Contacto con la Vocalía: vmllibre@medena.es



La OMC traslada al Rey el compromiso con los ciudadanos y los médicos



La Organización Médica Colegial (OMC) trasladó a SM el Rey el compromiso de la profesión médica con los ciudadanos y los médicos, en una audiencia que el Rey concedió el pasado 8 de septiembre a los miembros que integran la corporación.

A esta recepción asistieron los miembros de la Asamblea General de la OMC: Comisión Permanente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), presidentes de los Colegios de Médicos de toda España (entre los que se encontraba el Dr. Rafael Teijeira), representantes de las vocalías nacionales, portavoces del Foro de la Profesión Médica y el presidente de la Comisión Central de Deontología.

Tras el saludo a SM el Rey, el presidente de la OMC Agustín Romero expuso los fines de la corporación, centrados en la "regulación y ordenación del ejercicio profesional", así como la labor que viene realizando en temas como el acceso justo a la mejor asistencia sanitaria y al medicamento, la atención al final de la vida, la prevención de las agresiones en el ámbito sanitario, el cuidado del médico enfermo, la lucha contra el tráfico de personas y órganos o el impulso de la acción solidaria en el

ámbito de la cooperación internacional, entre otros.

El Dr. Romero también hizo referencia al trabajo realizado por las tres fundaciones con las que cuenta la corporación: la Fundación para la Formación y su relevante papel en el ámbito de la actualización de los conocimientos y en la investigación clínica, y el llevado a cabo por la Fundación para la Cooperación Internacional para canalizar la solidaridad de los médicos y sus colegios con las personas en situaciones de vulnerabilidad.

Asimismo, hizo alusión a la labor de la Fundación de Protección Social que fue creada hace 100 años por un Real Decreto firmado por SM el Rey Alfonso XIII y que desde 1999 lleva el nombre de Príncipe de Asturias. Una fundación que ha ido ampliando sus prestaciones y que actualmente atiende anualmente a más de 2.600 beneficiarios con 19 tipos de prestaciones y con una cuantía de más de 13 millones de euros que proceden de la solidaridad de los médicos.

En su alocución ante SM el Rey, el presidente de la OMC manifestó que "anteponer los intereses del paciente



El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, en la audiencia con el Rey ↑

a los del propio médico" es algo que exige el ejercicio de la profesión médica y explicó la iniciativa del Foro de la Profesión Médica de solicitar que la relación médico-paciente sea declarada patrimonio cultural inmaterial de la Humanidad.

Finalmente, tras manifestar que "nos sentimos muy orgullosos de disponer de un Sistema Nacional de Salud como el que tenemos", reiteró la defensa que viene haciendo la OMC por un Pacto Nacional por la sanidad y por los profesionales sanitarios.

El presidente de OMC entregó a SM el Rey Felipe VI un fonendoscopio, obsequio cargado de simbolismo para la profesión médica.

¡Únete al Coro del Colegio de Médicos!

**El Coro del
Colegio de Médicos ha
reiniciado los ensayos
en la sede colegial,
tras el paréntesis
veraniego. Con esta
carta animan a los
médicos interesados
a participar en esta
actividad colegial**



Querido o querida colega:

Me dirijo a ti, que por diversas circunstancias abandonaste el proyecto y a ti que deseas apuntarte nuevo este año. Te animo a unirme a nosotros en este nuevo curso.

El Coro está consolidado, gracias a la perseverancia de los primeros componentes del mismo. Lo forman actualmente 30 cantantes y te puedo asegurar que el ambiente es excelente, de auténtica amistad, que es de lo que se trataba al fundar el coro: pasárselo bien disfrutando con el canto y ampliar los vínculos de amistad entre colegas, todo ello sin renunciar a mejorar nuestras prestaciones musicales, tanto en calidad como en repertorio.

Por eso nos dirigimos a todos: ¡anímate! a incorporarte al Coro, un proyecto ya consolidado y que está deseando ampliar el número de compañeros dispuestos a disfrutar con la música. No te arrepentirás.

Si vas a volver o si vas a venir, puedes presentarte cualquier martes, a las 20 horas, en nuestros ensayos. O ponerte en contacto con la secretaria del colegio o con la coordinadora del coro, Julia Alonso Yerro.

¡Te esperamos!

El Coro del Colegio de Médicos de Navarra organizó el III Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España, celebrado en junio de 2013.

Voces que sanan

El coro del Colegio de Médicos se creó en el año 2009 a propuesta del Dr. Jesús Elso, ex patrono de la Fundación. Está compuesto, en la actualidad, por 30 médicos colegiados exclusivamente. También pueden formar parte de él los precolegiados.

Desde su creación ha participado en los encuentros anuales de coros de Colegios de Médicos de toda España y ha sido anfitrión en

dos ocasiones (años 2013 y 2017). Participa, además, en actividades promovidas por el Colegio de Médicos, hospitales o entidades sociales.

Ensayan los martes, a las 20 horas, en la sede colegial.

Su directora es Miriam Mendive Urtasun.

Volvió a repetir como anfitrión en el VII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España, celebrado en mayo de 2017.



Editado el libro del IV Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes

Recoge los 25 casos finalistas del Certamen

Un total de 52 casos clínicos optaron a los premios del IV Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes, convocado por el Colegio de Médicos de Navarra. De ellos, el Jurado seleccionó los 10 mejores para su presentación oral y otros 15 para su presentación

en formato póster. El Colegio ha editado, en versión online, el libro que incluye los 25 casos finalistas y que se puede acceder al mismo a través de la página web del Colegio y desde la plataforma issuu <https://issuu.com/medena01>

Como se recordará, el ganador del primer Premio del Certamen (dotado con 1.000 euros) fue Jesús Olivas, residente de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética en la Clínica Universidad de Navarra. El segundo Premio (750 euros) recayó en Itziar Leturia, residente de Medicina Interna en el CHN; y Begoña Gastón, residente de Ginecología en el CHN, recibió el tercer Premio (500 euros). El Premio al Mejor Póster (300 euros) fue para Daniel Oyón, residente de Aparato Digestivo del CHN.

El objetivo que persigue el Colegio de Médicos con este Certamen, que mantendrá en años sucesivos, es favorecer la formación profesional, incentivar el esfuerzo, el trabajo bien hecho y la Medicina de alto nivel.



Los 25 casos finalistas

Presentación oral

Primer premio

RECONSTRUCCIÓN DE LA SONRISA EN EL SÍNDROME DE MOEBIUS.

Jesús Olivas Menayo.

Cirugía Reparadora y Estética. Clínica Universidad de Navarra.

Segundo premio

HERIDA DE FUSIL, DIAGNÓSTICO MUY SUTIL.

Itziar Leturia Delfrade.

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra.

Redondo Arriazu A, Modesto dos Santos J, Badiola Urquiaga L.

Tercer premio

GESTANTE CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA: UN DESAFÍO PARA LA NATURALEZA.

Begoña Gastón Moreno.

Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra.

Abián Franco N, García Francés S.

Finalistas

EL FETO COMO PACIENTE: LA MEDICINA DEL FUTURO QUE YA ES PRESENTE.

Natalia Abián Franco.

Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra.

García Francés S, Gastón Moreno B.

LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN UN CASO DE PREECLAMPSIA GRAVE.

Vanesa Antoñana Sáenz.

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra.

Andrés Imaz N, Redondo Arriazu A.

ASISTENCIA MECÁNICA CIRCULATORIA Y RESPIRATORIA CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR: PRIMER CASO EXITOSO EN NUESTRO HOSPITAL.

Teresa Caldito Ascargorta.

Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra.

García Herrera A N, Moncayola Vicén J C, Mínguez Expósito V.

HEMORRAGIA POSTPARTO OCULTA. DESAFÍO OBSTÉTRICO.

Sonia García Francés.

Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra

Gastón Moreno B, Abián Franco N.

STIFF SKIN SYNDROME ASOCIADO A TRASTORNO PSIQUIÁTRICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

João Luís Modesto dos Santos.

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra.

Huete Álava L, Poblet Florentín J, Pérez Parra D.

NEFROPATÍA POR AMILOIDOSIS AA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN.

Amaia Redondo Arriazu.

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra.

Antoñana Sáenz V, Andrés Imaz N, Leturia Delfrade I.



Finalistas y jurado del Certamen.

LAS NUEVAS TERAPIAS CONTRA EL CÁNCER: ¿ARMA DE DOBLE FILO?

Rodrigo Sánchez Bayona.
Oncología Médica. Clínica Universidad de Navarra.

Presentación póster – Ganador

RESOLUCIÓN DE GLUCOGENOSIS TIPO IA Y ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO.

Daniel Oyón Lara.
Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Navarra.

Presentación póster – Seleccionados

EMPIEMA SUBDURAL SECUNDARIO A SINUSITIS.

Laura Esther De la Cruz Rosario.
Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra.
Gómez Lesmes SP, Orera Pérez A, García Parra M.

CEFALEA Y DIPLOPIA: CUANDO LA SOSPECHA CLÍNICA ES CASI DIAGNÓSTICA.

Nerea Eguilaz Esparza.
Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra.
Ernaga A, Irigaray A, Zubiría JM.

HEMORRAGIA CEREBRAL DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE CON RESULTADO FINAL SATISFACTORIO.

Sandra Patricia Gómez Lesmes.
Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra.

CUANDO EL HALLAZGO SE CONVIERTE EN LO EVIDENTE: ACROMEGALIA.

Ana Irigaray Echarri.
Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra.
Ernaga A, Eguilaz N, Zubiría JM.

IMPLANTACIÓN DE ELECTRODO VENTRICULAR IZQUIERDO EN PACIENTE CON VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE Y ATRESIA DEL OSTIUM DEL SENO CORONARIO.

Marta Jiménez Martín.
Cardiología. Clínica Universidad de Navarra.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CON HIDROCEFALIA SECUNDARIA Y DESARROLLO DE VASOESPASMO SONOGRÁFICO.

Juan Marta Enguita.
Neurología. Complejo Hospitalario de Navarra.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA AL SHOCK.

Victoria Mínguez Expósito.
Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra.
Caldito Ascargorta T, García Herrera AN, Moncayola Vicén JC.

LAS ALTERACIONES MOTORAS MENOS FRECUENTES EN UN TRASTORNO AFECTIVO.

Laura Montes Reula.
Psiquiatría. Centro de Salud Mental Ermitagaña. Servicio
Navarro de Salud-Osasunbidea.

RELACIÓN ENTRE LA GLOMERULONEFRITIS POR CAMBIOS MÍNIMOS Y LA NEUROFIFROMATOSIS TIPO I: ¿LA CURACIÓN DE UNA PUEDE COMBATIR A LA OTRA?

Ángel Orera Pérez.
Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra.
Sanz Granado E, García Parra M, De la Cruz LE.

¿ALERGIA A LA TROMPETA?

Joan Penella Mas.
Alergología. Clínica Universidad de Navarra.

FIEBRE A LA VUELTA DEL SUDESTE ASIÁTICO.

María José Redín Sagredo.
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan
(Pamplona).
González Subiza S, Pascual Fernández J, Fau Sánchez I.

MANEJO DE FÍSTULA OROCUTÁNEA MEDIANTE NOVEDOSO SISTEMA V.A.C. (VACUUM ASSISTED CLOSURE).

Carlos Gabriel Simons Rodríguez.
Cirugía Oral y Maxilofacial. Complejo Hospitalario de Navarra.
De la Cruz Rosario L E, Erice Azparren E, Caldito Ascargorta T.

SARCOMA DE KAPOSI:

RESOLUCIÓN COMPLETA TRAS INICIO DE TARGA.

Patricia Sunsundegui Seviné.
Medicina Interna. Clínica Universidad de Navarra.
Jordán Iborra C, Sangro del Alcázar P, Basualdo de Ornelas J.

AMILOIDOSIS CARDIACA FAMILIAR.

Leyre Ucar Rodríguez.
Cardiología. Complejo Hospitalario de Navarra.

El Colegio pide la colaboración de los médicos para la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos de sus pacientes

La colaboración entre profesionales sanitarios y ciudadanos puede ayudar a presentar notificaciones de mayor utilidad para la farmacovigilancia.

El Colegio de Médicos de Navarra insta a los profesionales sanitarios de Navarra a que colaboren en la campaña informativa impulsada recientemente por el Centro de Farmacovigilancia de Navarra y dirigida a los ciudadanos para dar a conocer la posibilidad de notificar sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM).

El Colegio de Médicos considera que "es importante que los profesionales sanitarios conozcan esta campaña, informen a los ciudadanos, resuelvan sus dudas, y se presenten notificaciones de sospechas de RAM para contribuir a mejorar la seguridad de los pacientes. La colaboración entre profesionales sanitarios y ciudadanos puede ayudar a presentar notificaciones de mayor utilidad para la farmacovigilancia".

Puntualiza que "las notificaciones de los pacientes no deben ser consideradas como una alternativa a las notificaciones de los profesionales sanitarios, sino más bien como un complemento" y recuerda que "estas notificaciones no se consideran, en ningún caso, como una vía de denuncia ni sustituyen a la consulta con el

médico sobre las posibles RAM que pudieran aparecer durante el tratamiento".

Con el fin de que los médicos navarros conozcan la campaña, el Colegio les ha enviado el material editado por el Centro de Farmacovigilancia de Navarra, en el que se incluye información sobre la importancia que tiene la notificación de sospechas de RAM; para qué sirven las notificaciones; qué es importante notificar y cómo notificar y recuerda que toda la información está también disponible en la Web del Gobierno de Navarra, en el Portal de Salud*.

La legislación europea y estatal posibilita la participación de los ciudadanos.

La notificación de sospechas de RAM sirve fundamentalmente para detectar nuevos riesgos asociados a los medicamentos o cambios de riesgos previamente conocidos (señales). La detección de señales requiere de un seguimiento y evaluación posterior y, en caso de confirmarse, se deben adoptar medidas reguladoras para minimizar el riesgo en los pacientes. Entre las medidas que se pueden adoptar están las siguientes: inclusión de nuevas advertencias, precauciones, restricciones de uso o contraindicaciones en el prospecto y en la ficha técnica; emisión de notas

informativas de seguridad dirigidas a los profesionales sanitarios; o incluso retirada del mercado si la relación beneficio-riesgo es desfavorable.

La legislación europea y estatal (Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano) posibilita la participación de los ciudadanos en la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos. Los ciudadanos pueden notificar RAM, bien poniéndolas en conocimiento de los profesionales sanitarios quienes, una vez realizada su valoración, las comunicarán al Centro de Farmacovigilancia de Navarra o bien notificándolas directamente.

La OMS declara que las notificaciones procedentes de los consumidores constituyen una fuente adicional de notificación de RAM y pueden contribuir a reducir el problema de la infranotificación.

* http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Me+cuido/Notifico+Reacciones+Adversas+a+Medicamentos/Informacion+dirigida+al+ciudadano.htm.

¿Le ha sentado mal algún medicamento?

Si lo notifica puede contribuir a que los medicamentos sean **más seguros**



Los medicamentos sirven para prevenir o curar enfermedades
Pero también tienen riesgos

¿Qué es una reacción adversa a un medicamento (RAM)?

Es cualquier respuesta nociva y no intencionada (no esperada) a un medicamento.

Usted puede notificar reacciones adversas a un medicamento (RAM). ¿Qué es importante notificar?

Son prioritarias las reacciones adversas (RAM) **graves, desconocidas** (no figuran en el prospecto del medicamento) y las de **medicamentos sujetos a seguimiento adicional** (son los medicamentos que tienen el símbolo de un triángulo negro invertido ▼ en su prospecto)

¿Para qué sirve la notificación de RAM?

Sirve para que las Autoridades Sanitarias puedan detectar nuevos riesgos sobre medicamentos y adoptar las medidas necesarias para **mejorar su seguridad**.

Gracias a la notificación se pueden tomar medidas reguladoras como la inclusión de advertencias, precauciones o contraindicaciones en los prospectos de los medicamentos. **Se puede llegar incluso a retirar un medicamento del mercado cuando la relación beneficio-riesgo es desfavorable.**



¿Cómo se puede notificar RAM?

Puede comunicarlo a un profesional de la salud para que este lo notifique o puede notificar usted directamente al Centro de Farmacovigilancia de Navarra por Internet en las siguientes direcciones:

www.RAM.navarra.es

www.notificaRam.es

Es importante leer el prospecto de un medicamento antes de su uso e informar a sus profesionales de salud sobre cualquier reacción adversa.

Si tiene cualquier duda puede contactar con nosotros en:

farmacovigilancia@navarra.es

848 422 584



Nafarroako Gobernua
Gobierno de Navarra

Los jueces deciden según se les informa

En el ámbito procesal, la información clínica se vincula, fundamentalmente, con actividad probatoria, constituyendo una fuente de prueba esencial en toda clase de procesos, ya sean civiles, penales, contencioso-administrativos o laborales. Entre los médicos especialistas que con mayor frecuencia son requeridos para este tipo de colaboración con la Administración de Justicia, destacan los psiquiatras.

El Colegio de Médicos organizó un Taller sobre Documentación médico-legal en procesos judiciales, dirigido principalmente a médicos especialistas en Psiquiatría y a otros profesionales que atienden pacientes en Salud Mental.

El objetivo de este taller, que se celebró el pasado 3 de octubre, era mejorar la capacitación del médico para dar respuesta a los actos de comunicaciones del juzgado, mediante el conocimiento de los documentos, su significado en el procedimiento judicial, los contenidos y la forma de la respuesta documental y/o testifical en el juzgado.

Los coordinadores del Taller fueron el Dr. Patricio Molero, psiquiatra en la Clínica Universidad de Navarra, y la Dra. Rebeca Hidalgo, psiquiatra y máster en Psiquiatría Legal.

Informes clínico-legales en Psiquiatría

La Dra. Inés González Varela, médico forense, especialista en Medicina Legal, habló sobre los procedimientos que precisan documentación clínico-legal en el ámbito de la Psiquiatría.

La especialista expuso las pericias médico legales más habituales

Inés González Varela y Rebeca Hidalgo.



que precisan documentación clínica psiquiátrica: en el ámbito penal (valoración de imputabilidad, Medidas de seguridad, en el ámbito procesal: capacidad de declarar, capacidad de entender sentencia); en lo civil (internamientos psiquiátricos e incapacitación civil); en lo social (capacidad funcional para el trabajo –incapacidad parcial, total, absoluta, gran invalidez- y porcentaje de minusvalía); en lo Contencioso Administrativo (mala praxis); y en la familia (adicciones, custodia).

En la valoración de imputabilidad, explica la Dra. González Varela, se valora la responsabilidad penal. En el Artículo 20 del Código Penal se recoge quiénes están exentos de responsabilidad criminal, y en el Artículo 21, también del Código Penal, las circunstancias atenuantes de la responsabilidad criminal. En la valoración de imputabilidad, los datos psiquiátricos que son relevantes son los siguientes: antecedentes psiquiátricos; valoraciones psiquiátricas/clínicas próximas a

la fecha de los hechos; tratamiento pautado en la fecha de los hechos y adhesión al tratamiento; datos toxicológicos (objetivos y accesorios); y tratamientos previos.

En lo que respecta a las medidas de seguridad, según expuso la médico forense, “es frecuente la aplicación del artículo 80.5 del Código Penal, que se refiere a las condiciones necesarias para dejar en suspenso la ejecución de la pena”.

Sobre los internamientos psiquiátricos, “los involuntarios se recogen en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Los internamientos de menores en centros especializados (sean voluntarios o no, requieren autorización judicial), y se incluyen en el artículo 778 bis de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. Los internamientos en personas incapacitadas civilmente también requieren autorización judicial”.

Las principales pericias solicitadas al médico relativas a la incapacidad civil se incluyen en el artículo 200

de la Constitución. "En la circular de Ministerio Fiscal se detallan las incapacitaciones adaptadas al estado psicofísico de la persona (habilidades de vida independiente, habilidades económico-jurídico administrativas, habilidades sobre la salud, habilidades para el transporte y manejo de armas, habilidades en relación con este procedimiento y capacidad contractual). Para la evaluación de capacidades en el paciente existen infinidad de test como el índice de Barthel, índice de Beck, eurotest, lectoescritura, etc, siempre basado en la entrevista clínica y en el estudio de documentación complementaria", explicó la Dra. González Varela.

Continuó su exposición con la capacidad funcional para el trabajo, "se solicitan valoraciones sobre la permanencia de la patología y afectación en el ámbito laboral concreto, finalización de las opciones terapéuticas, descripción de las limitaciones en el caso concreto del paciente (incapacidad parcial, total, absoluta o gran invalidez). En el porcentaje de minusvalía, se aplica el Baremo de RD 1971/99 para determinar su grado".

Conclusiones

La especialista en Medicina Legal, concluyó su exposición señalando que "numerosas pericias médico-legales necesitan documentación psiquiátrica en su elaboración; que conocer las circunstancias clínicas del explorado es fundamental para obtener una pericia adecuada a la realidad del paciente; que algunas pericias médico-legales influyen de manera decisiva en las circunstancias vitales del explorado y en su evolución clínica; y que la colaboración entre médico forense y médico asistencial persigue una mejor evaluación del enfermo".

Finalizó con una cita de Ambrosio Paré (1510-1590): "Los jueces deciden según se les informa".

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 julio, agosto, septiembre y octubre de este año.

Julio		
Lun, 3	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Mar, 4	Reunión con la Dirección de AP	Junta Directiva.
Vie, 7	Pleno de la OMC (Madrid)	Presidencia.
Sáb, 8	Asamblea de la IMC (Madrid)	Presidencia.
Lun, 17	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Jue, 27	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Agosto		
Lun, 21	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Mie, 30	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.
Septiembre		
Lun, 4	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Vie, 8	Recepción en la Casa Real (Madrid).	Presidencia.
Lun, 11	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Vie, 15	Inauguración del Curso Académico en la UN.	Presidencia.
Lun, 18	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Jue, 21	Congreso de Médicos Jubilados (Cáceres). 21 al 23 de sep.	Vocal de Médicos Jubilados.
Vie, 22	Pleno de la OMC (Madrid).	Presidencia.
Sáb, 23	Asamblea de la IMC (Madrid).	Presidencia.
Lun, 25	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.
Mar, 26	Reunión con Cáritas.	Vocal de Médicos Jubilados.
Jue, 28	Entrega del VIII premio Sánchez Nicolay.	Junta Directiva.
Octubre		
Lun, 2	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Lun, 9	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Jue, 19	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Lun, 23	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Mar, 24	Comité de Redacción Panacea.	Tesorero.
Jue, 26	Reunión Vocalía Rural de la OMC (Madrid).	Vocal de Medicina Rural.
Lun, 30	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.



Conferencias sobre investigación aplicada

Durante el mes de octubre se han desarrollado en el Colegio de Médicos de Navarra dos conferencias sobre investigación médica aplicada con el objetivo de promover el contacto entre los médicos asistenciales y los profesionales con actividad investigadora, y revisar el estado actual de diferentes líneas de investigación y sus aplicaciones clínicas. La Dra. Marta Santisteban, de la Comisión de Formación Continuada del Colegio de Médicos de Navarra, ha coordinado el programa.

El 2 de Octubre, Susana Ravassa Albéniz, Doctora en Ciencias e investigadora del Área de Ciencias Cardiovasculares del Centro para la Investigación Médica Aplicada (CIMA), presentó una ponencia sobre el estudio de biomarcadores para prevenir la cardiotoxicidad en el tratamiento del cáncer de mama y describió los estudios de investigación en curso.

El 17 de Octubre, Ana Patiño García, directora de la Unidad de Genética Clínica de la Clínica Universidad de Navarra y catedrática de Genética en Pediatría en la Universidad de Navarra, impartió una conferencia sobre los avances en técnicas moleculares en tumores sólidos y hematológicos, en la que profundizó en el estado actual de desarrollo de la tecnología genética y sus aplicaciones en la medicina personalizada y en la consulta de oncología médica.



Por
**Susana
Ravassa
Albéniz.**

Biomarcadores para prevenir la cardiotoxicidad en el tratamiento del cáncer de mama

Afiliaciones:

1. Programa de Enfermedades Cardiovasculares, Centro de Investigación Médica Aplicada, Universidad de Navarra, Pamplona.
2. CIBERCV-Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

La toxicidad cardiovascular atribuible a la quimioterapia es la primera causa de muerte en mujeres que han superado un cáncer de mama. Hasta la fecha, el estudio de los mecanismos implicados en la toxicidad cardíaca en estas pacientes se ha centrado en el daño del cardiomiocito, existiendo escasos estudios experimentales sobre las alteraciones de la matriz extracelular que conducen a la fibrosis intersticial miocárdica (FIM). La FIM causa disfunción ventricular, es un predictor independiente de mal pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca secundaria a otras etiologías, y está asociada a eventos

adversos tras la terapia del cáncer, siendo definida recientemente como una nueva frontera de descubrimiento en la cardiotoxicidad inducida por agentes quimioterápicos. Por otro lado, diversos expertos han puesto de manifiesto la necesidad de evaluar biomarcadores circulantes de cardiotoxicidad debida a quimioterapia más allá de los relacionados con el daño del cardiomiocito.

A tenor de lo anteriormente expuesto, entendemos que el estudio de la FIM como una lesión propia de la cardiotoxicidad asociada al tratamiento quimioterápico del cáncer de mama es una necesidad clínica y por lo tanto, proponemos su investigación mediante un doble abordaje traslacional: 1) un estudio experimental para investigar los efectos de los agentes utilizados en la terapia del cáncer de mama sobre los mecanismos moleculares y aspectos del metabolismo del

colágeno que dan lugar a la FIM en fibroblastos cardíacos humanos, incluyendo en este contexto experimental el análisis de las acciones de fármacos que ya han demostrado eficacia anti-fibrótica en otras cardiomiopatías; y 2) un estudio clínico para identificar mediante biomarcadores circulantes de las alteraciones del metabolismo del colágeno que dan lugar a la FIM, previamente validados en otras cardiomiopatías, a las pacientes que ya presentan dicha lesión antes del tratamiento quimioterápico y a las pacientes que la desarrollan durante el mismo. Los resultados de este estudio aportarán información clínicamente relevante para diseñar estrategias cardioprotectoras personalizadas que disminuyan el riesgo de FIM o minimicen su impacto desfavorable sobre la función ventricular de las pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterápico.

Salud Pública y política sanitaria en obesidad

La obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial

El pasado 27 de septiembre, dentro de la Formación Continuada del Colegio de Médicos, se celebró un Seminario sobre Salud pública y política sanitaria en obesidad. Según la OMS, la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. La preocupación por la prevalencia de la obesidad se debe a su asociación con las principales enfermedades crónicas. En los niños y adolescentes el problema se hace más grave ya que de no conseguir modificar sus hábitos, hay una probabilidad muy alta de que el niño obeso se convierta en un adulto obeso.

La coordinadoras del Seminario fueron Estrella Petrina y Sonsoles Botella, endocrinólogas de la Sección de Dietética y Nutrición Clínica del CHN.

La Dra. Sonsoles Botella expuso los siguientes datos: "en 2014, más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso, de los cuales, más de 500 millones eran obesos. En 2014, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos".

A nivel nacional, según el Estudio ENPE, transversal y diseñado para representar a la población española de adultos (entre 25 y 64 años), la prevalencia de sobrepeso estimada era del 39,3% y la de obesidad general del 21,6%. "La comparación con datos históricos permite comprobar que ha habido un aumento importante y la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil en España sigue siendo muy alta (cerca al 40%),", señaló la especialista.

Según la OMS, a mayor obesidad, mayores cifras de morbilidad. Se produce una asociación con las

principales enfermedades crónicas: patología cardiovascular, diabetes, hipertensión arterial, ciertos tipos de cáncer, enfermedades respiratorias y artrosis. Además, puede llegar a reducir la esperanza de vida hasta en diez años, y conlleva una elevada carga económica para los sistemas de salud.

Por estas razones, argumentó la Dra. Botella, las consecuencias de la obesidad hacen de esta enfermedad "uno de los mayores retos de la salud pública para el siglo XXI". Los Estados miembros de la OMS elaboraron una estrategia mundial encaminada a combatir la epidemia de obesidad. La 57ª Asamblea Mundial de la Salud (2004) aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Con el objetivo de *promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a escala individual, comunitaria, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física.*

A partir de entonces, "el reto para los Estados es adaptar la estrategia de la OMS a su entorno social y cultural, de lo que dependerá el éxito de las medidas preventivas propuestas. La estrategia NAOS, aprobada en 2005, es la apuesta de España en esta línea de trabajo".



Las Dras. Estrella Petrina y Sonsoles Botella, coordinadoras del Seminario. ↑

A debate,
las campañas
de salud pública

En el Seminario participaron como ponentes la Dra. Cristina Azcona, pediatra de la Clínica Universidad de Navarra, y las Dras. Marga Echauri, y Rosa Múgica, del Instituto de Salud Pública y laboral de Navarra, esta última representante de Navarra en el Comité Interautonómico de la Estrategia NAOS. En las diferentes intervenciones se abordaron los planes de actuación, su justificación y objetivos en la prevención primaria de sobrepeso y obesidad en el ámbito de Salud Pública, así como las estrategias en educación para la salud y las funciones del médico en este ámbito. Terminó el Seminario con un debate abierto sobre las características de las campañas de salud pública, su utilidad y la medición de resultados.

Incorporación de nuevos miembros a la Comisión de Deontología Médica del Colegio

"Queremos que los colegiados sepan que estamos a su disposición, que nuestra primera intención es ser representativos de todos ellos, y que guardaremos secreto y consideraremos confidencial todo lo que nos sea consultado"

La Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra se ha fortalecido con la incorporación de nuevos miembros que aportan mayor representatividad, diversidad y profesionalidad a uno de los órganos consultivos con mayor peso en la estructura colegial. Su presidenta, la Dra. Juana M^a Caballín, resalta la importancia de los cambios y señala los objetivos que ahora se plantean.

La incorporación de nuevos miembros ¿qué aportará a la Comisión?

La renovación periódica de los miembros de la Comisión está prevista en su Reglamento Interno de funcionamiento. Me gustaría resaltar, antes de responder a la pregunta, que todos agradecemos lo que han aportado los miembros que han pertenecido a ella y que al dejarla, fundamentalmente por haberle dedicado mucho tiempo personal a cumplir con sus funciones, han querido dar paso a otros profesionales para dar una continuidad a su trabajo.

En los últimos años, el número máximo de componentes de la Comisión ha sido de 7 y en la actualidad se había reducido a 5, que es el número mínimo que contempla el Reglamento Interno, lo que nos ha llevado a la necesidad de plantear

una renovación con nuevas incorporaciones que también respondan con diversidad de criterios profesionales a los distintos problemas que hoy se plantean en el ámbito de la Medicina. Con las nuevas incorporaciones, se ha intentado buscar la máxima representatividad, también en cuanto a las especialidades que desempeñan, además de una formación previa en Ética y Deontología, un carácter dialogante y un compromiso de dedicación a sus funciones.

Actualmente, la renovación sigue abierta, faltan dos propuestas importantes y se prevé que el número total de componentes, en breve, sea de 12.

En cuanto a la pregunta concreta: mayor diversidad de conocimientos y, por lo tanto, enriquecimiento a la hora de analizar posibles problemas o situaciones que se planteen de naturaleza deontológica y ética.

¿Qué objetivos se van a trabajar a partir de ahora?

Lógicamente los objetivos han de ser planteados y consensuados por todos los componentes.

De momento, hemos formalizado una exigencia previa: el compromiso individual de confidencialidad con todo lo que se trate en la Comisión. Creo que el primer objetivo, dada la importancia numérica de la renovación, debe ser la consolidación como grupo de trabajo y deliberación.

Otros objetivos importantes ya planteados son: la revisión del Reglamento Interno a la que estamos obligados periódicamente, la formación continuada en Ética Médica de los miembros de la Comisión, su implicación en los cursos de formación organizados por el Colegio en esta materia y la colaboración activa en la actualización del contenido, sobre todo en documentación, en el apartado correspondiente de la página Web que está siendo actualizada por el Colegio.

¿Qué os gustaría transmitir a los colegiados?

Que estamos a su disposición; que nuestra primera intención es ser representativos de todos ellos; que como comisión consultiva que somos intentaremos analizar, argumentar y transmitir con objetividad las conclusiones de los asuntos y problemas que se nos planteen; que no dudaremos en invitar a expertos externos a la Comisión a participar en el estudio de los asuntos que así lo requieran; y que guardaremos secreto y consideraremos confidencial todo lo que nos sea consultado.

La Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra está compuesta por:



- **Dra. Juana Mª Caballín Yarnoz** (Presidenta). En la foto.
- **Dra. Pilar León Sanz** (Secretaria)
- **Dra. Rebeca Hidalgo Borrajo** (Vocal)
- **Dr. Javier Muruzábal Pérez** (Vocal)
- **Dr. Miguel Andériz López** (Vocal)
- **Dr. Juan Ignacio Sanz Arroyo** (Vocal)
- **Dr. Félix Ceberio Balda** (Vocal)
- **Dra. Mª Victoria Barcos Goñi** (Vocal)
- **Dra. Mª Jesús Chueca Guindulain** (Vocal)
- **Dra. Mª Estrella Petrina Jáuregui** (Vocal)

Beca Senior 2017 de la Fundación Colegio de Médicos de Navarra

5 candidatos optan a la Beca, dotada con 2.500 Euros

El 30 de octubre concluyó el plazo para optar a la Beca Senior 2017, dirigida a Médicos Especialistas de Atención Primaria y Especializada de cualquiera de los Centros Sanitarios de Navarra, tanto en el ámbito público como en el privado. En esta edición 5 candidatos optarán a la Beca dotada con 2.500 euros. Un Tribunal designado por el Patronato de la Fundación del Colegio de Médicos fallará en favor de una de las candidaturas antes del 15 de noviembre de 2017.

El objetivo de la misma es financiar una estancia en un centro de reconocido prestigio dentro de la especialidad correspondiente, con el fin de complementar la formación, el aprendizaje de nuevas técnicas y procedimientos, el inicio o el desarrollo de trabajos y de líneas de investigación, que supongan un beneficio potencial para la sanidad en Navarra.

La estancia deberá ser en un centro nacional acreditado o extranjero de reconocido prestigio, durante un periodo mínimo de tres semanas. La selección del centro, del área de interés científica y la organización de la rotación, son libres y por entera responsabilidad del interesado.

La Asociación Navarra de Pediatría (ANPE) celebra sus 15 años

Los pasados días 4 y 5 de octubre se celebraron las XIX Jornadas de Pediatría, que en esta ocasión coincidieron con la celebración del XV Aniversario de la Asociación Navarra de Pediatría. Por este motivo, hemos entrevistado al presidente de ANPE, el Dr Ignacio Iribarren, para hablar de la Asociación, de las actividades que organiza y de los retos para el futuro.

1. ¿Cuál es el número actual de socios (del total de pediatras que hay en Navarra qué porcentaje pertenece a la Asociación) y la edad media de los pediatras asociados a ANPE?

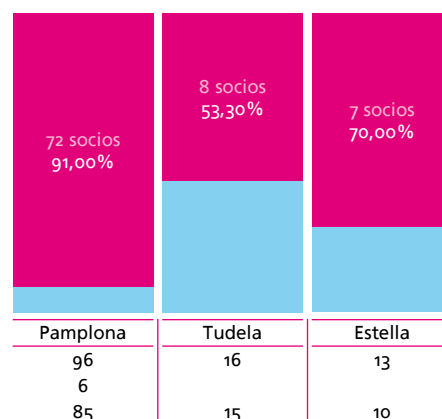
El número de Asociados en este momento es de 168. El crecimiento ha sido constante en estos 15 años.

Es difícil saber el porcentaje de pertenencia a ANPE, dado que no disponemos de la plantilla total de pediatras de Navarra, y además, ese número cambia constantemente por altas (entrada de residentes o profesionales de otras CC.AA) o bajas (salidas a otras CC.AA y jubilaciones).

Sirva como referencia que en el Colegio de Médicos figuraban como pediatras a finales de 2016, 194 médicos. Esta cifra no es exactamente el número de pediatras en activo de Navarra porque figuran inscritos profesionales que no tienen ese título y también hay pediatras que trabajan en Navarra, pero viven en otras CC.AA y están allí colegiados. **En todo caso, un porcentaje del 85% nos parece muy ajustado a la realidad.**

Si consideramos el universo de los pediatras de Atención Primaria la situación es la siguiente (datos de octubre 2016): para una población de casi 100.000 niños (99.600), existen 114 plazas de pediatra de AP. De estas plazas, 6 estaban (en ese momento) ocupadas por profesionales no pediatras. El número de pediatras que están asociados a ANPE era de 87, lo que supone un 75%, con porcentajes que son diferentes, según las Áreas de Salud. En Pamplona, el nivel de asociados es del 91%, en Estella del 70%, mientras que en Tudela es del 53,3%.

El menor nivel de asociacionismo en el Área de Tudela tiene que ver con la mayor distancia, que perjudica la asistencia a las actividades formativas, así como el hecho de que un número importante de los pediatras de ese Área de Salud, proceden y residen en Aragón.



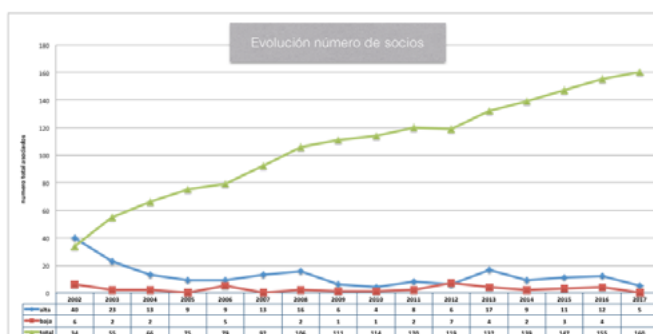
Con respecto a la edad media de nuestros Asociados, es imposible dar un dato exacto puesto que en nuestra base de datos, ni en la de la AEP o AEPap, no figuran datos de fecha de nacimiento.

De forma genérica, se puede decir que nuestro colectivo se está rejuveneciendo a marchas forzadas. Hace 15 años, los 40 pediatras que iniciaron la Asociación eran profesionales con un largo recorrido profesional, por lo que la edad media rondaría los 45-50 años, y en el momento actual, muchos de esos fundadores ya se han jubilado, la cifra de asociados se ha multiplicado por 4, con incorporación de profesionales jóvenes y los veteranos han sido sustituidos por pediatras recién formados e incluso en periodo de formación. Sin datos exactos que lo confirmen, estimamos que la edad media rondará los 35-40 años.

Sociedad siempre en crecimiento



- Desde su fundación en 2002, el número de socios ha ido permanentemente en crecimiento.
- En el año 2017 ya somos 160 socios de número (+8 eméritos)



2. Principales actividades de ANPE.

Nuestro objetivo fundamental como Asociación es la garantía de la calidad asistencial a la población infantojuvenil de Navarra, obteniéndola en base a tres vías de trabajo:

- La adecuada formación de los profesionales. **TRABAJANDO CON LOS PROFESIONALES.**
- La existencia de condiciones de calidad y seguridad para el paciente en los puestos de trabajo. **APORTANDO PROPUESTAS E INTERPELANDO A LA ADMINISTRACIÓN.**
- Fomento de hábitos de vida saludables en la población. **INTERACTUANDO CON LA SOCIEDAD.**

Nuestra Asociación ha desarrollado una amplia actividad formativa. Extensa y variada. Desde el año 2003 se han realizado un total de 59 iniciativas formativas, con más de 220 horas lectivas y han participado 68 ponentes externos a ANPE, de diferentes especialidades y procedencias geográficas. Han contado, además, con un amplio reconocimiento oficial (el 90% de las actividades han sido acreditadas) y con la peculiaridad de que no solo están orientadas a pediatras.

ANPE ha intervenido en proyectos de investigación, participando en la red de pediatras centinelas (PAPen-Red). Pero también ha desarrollado actividades asociativas, participando en importantes foros profesionales a nivel nacional, llevando la voz de los pediatras navarros a las asociaciones nacionales. Y en los últimos años, interpe-lando a la Administración en la mejora de las condiciones de calidad y seguridad de los puestos de pediatras, así como aportando variables estratégicas para la mejora de las condiciones de nuestro trabajo.



*Ignacio Iribarren (presidente de ANPE),
Margarita de Miguel y Raimon Pelach
(pediatras y miembros de la junta fundadora).
FOTO Diario de Navarra.*

No nos queremos olvidar de las Becas ANPE_3F. Que son aportaciones económicas de la Asociación para el pago total o parcial de la inscripción a cursos formativos de nuestra especialidad. Especialmente orientados a los profesionales recién incorporados o en formación, están ayudando de forma significativa a la formación y promueven que los residentes se inscriban en la Asociación de forma cada vez más precoz.

3. ¿Cuáles son los retos que se plantea ANPE para los próximos años?

Los retos se estructuran en tres líneas de actuación:

En el área formativa, continuar la línea estable de actos formativos organizados y/o promovidos por nuestra Asociación, buscando fórmulas que permitan la asistencia de pediatras que tienen más dificultades para acudir (jornadas de tarde o residentes en zonas alejadas de Pamplona), así como el mantenimiento de las becas ANPE_3F.

Mantener e incrementar el contacto con la Administración Foral, realizando aportaciones de valor añadido para la solución de los puntos críticos y amenazas que tiene la calidad y seguridad del paciente en nuestra Comunidad.

En el ámbito público y ciudadano, continuar y reforzar nuestra estrategia de comunicación a la Sociedad navarra sobre el valor del papel del pediatra en la salud de los niños y adolescentes.



*Sesión de
dermatología en
las XIX Jornadas
de Pediatría
con el Dr. Raúl
de Lucas y la
moderadora, la
Dra. Margarita
de Miguel.*



Concurso de dibujo infantil y juvenil de ANPE

Los premiados en el Concurso de dibujo infantil y juvenil con el presidente de ANPE, Ignacio Iribarren.



La Asociación Navarra de Pediatría (ANPE) convocó el Concurso de pintura infantil y juvenil "XV Aniversario" con el fin de involucrar a los niños y jóvenes en el papel que juega el/la pediatra en el cuidado de su salud y bienestar integral, y conmemorar los quince años de trabajo asociativo en pos de la calidad de la asistencia pediátrica en Navarra. Este concurso tenía como tema "Dibuja a tu pediatra con tu familia". El acto de entrega de los premios se celebró en la sede del Colegio de Médicos de Navarra, coincidiendo con la celebración de las XIX Jornadas de Pediatría de Navarra, y el XV Aniversario de la Asociación.

Los premios los entregó el presidente de ANPE, el Dr. Ignacio Iribarren. Finalmente, se entregaron cuatro premios, según las edades: hasta 7 años, la ganadora fue Alaitz Ugalde Garrido; en el grupo de mayores de 7 años, Paola Hernández Bozal; un accésit para Nagore Tres Marín; y un premio extraordinario para Irene Sopelana Lorenzo.

Los regalos para cada uno de los premiados fueron 4 entradas para Senda Viva, un lote de material de dibujo y un diploma acreditativo.

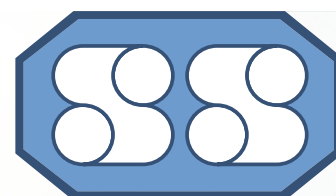


Disponemos de todos los materiales para **BAÑO** y **COCINA**. Coordinamos todos los gremios para la reforma de su **HOGAR**.

Descuentos a colegiados.



¡Venga 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 Irujita, s/n.
Tfno.: 948 26 67 07
31011 - Pamplona

www.salinasseleccion.com
info@salinasseleccion.com

Reunión de los presidentes de namFYC y semFYC con el consejero de Salud, Fernando Domínguez

Alertan de que en 2 ó 3 años no habrá médicos de familia para cubrir las vacantes

El pasado 5 de octubre, el presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Salvador Tranche, y la presidenta de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia (namFYC), Patricia Alfonso, mantuvieron una reunión con el consejero de Salud del Gobierno de Navarra, Fernando Domínguez, y con varios miembros de perfil técnico de su consejería, con quienes analizaron los principales elementos de la actualidad sanitaria en Navarra.

El encuentro fue una oportunidad para analizar aspectos significativos de cómo se halla la salud de la medicina de familia en Navarra. Los representantes de namFYC y semFYC hablaron con Domínguez sobre la precarización de los profesionales de la sanidad, y le recordaron la necesidad de que se inviertan recursos y mecanismos suficientes para hacer frente a los retos que entraña la realidad de la medicina de familia. "Hacemos frente a una ola de jubilaciones muy importante de profesionales de esta especialidad y nos vemos en la obligación de señalar que no podemos dar pasos atrás, ya que todavía nos encontramos por debajo de la media europea en lo que a médicos de familia por habitante se refiere".

Navarra, con 8 médicos de familia por cada 10.000 habitantes, se halla por encima de la media española (7.6), pero lejos de los 9.7 médicos de familia por cada 10.000 habitantes que hay en Europa.

"Hay un problema añadido grave", señaló Patricia Alfonso, presidenta de namFYC, "en Navarra en 2 o 3 años no sólo se jubilarán médicos de familia, también se jubilarán muchos tutores de residentes, con lo que, además, perderemos un conocimiento de gran valor", alerta.

Patricia Alfonso, presidenta de namFYC, y Salvador Tranche, presidente de la semFYC, ofrecieron una rueda de prensa en el Colegio de Médicos.

Apoyo a algunas políticas del Departamento

Como aspectos positivos, la Sociedad Navarra de Medicina de Familia, federada dentro de la Sociedad Española de Medicina de familia y Comunitaria, apoya medidas adoptadas por el Departamento de Salud de Navarra como la decisión de financiar los medicamentos de deshabituación tabáquica y el cierre del plan de mejora de la Atención Primaria iniciado hace 9 años, que este año finaliza con la culminación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Los médicos de familia destacan la medida de financiar la medicación de deshabituación tabáquica en aquellos pacientes que se estime oportuno. Estas medicaciones constituyen una de las vías que, desde la Medicina de Familia se apuntan para abordar el problema del tabaquismo es la introducción de tratamientos farmacológicos. "Sabemos que la financiación aumenta las tasas de abstinencia entre fumadores y, además, al contrario de otros fármacos, con eficacia menos demostrada, no están financiados", señaló Salvador Tranche, presidente de la semFYC.

Otra "buena noticia" para la sanidad Navarra es el progreso experimentado en materia de capacidad diagnóstica con la implantación de ecografía, retinografía y cirugía menor en AP, así como la petición de alcanzar los 30 residentes en la especialidad de medicina de familia en Navarra.





Miembros de SEMG Navarra y docentes del Encuentro.

II Encuentros SEMG Navarra

El dolor es más que un síntoma

♦ **Trini Díaz**

Los días 4, 5 y 6 de octubre se celebraron, en el Colegio de Médicos, los II Encuentros SEMG Navarra, una actividad fundamentalmente práctica, en la que participaron 135 médicos de Primaria. En los cinco talleres programados se logró una interacción fluida entre alumnos y docentes.

El Dr. Carlos Goicoechea dirigió el taller sobre sensibilización central. Subrayó la importancia de considerar el dolor no sólo como un síntoma sino como "una entidad digna de valoración de forma independiente e individualizada". Posteriormente, se realizó el taller práctico de infiltraciones: tras unas nociones básicas impartidas por el Dr. Íñigo Orradre se establecieron tres grupos que iban rotando por las diferentes articulaciones artificiales del cuerpo humano.

La Dra. Isabel Jimeno habló sobre la vacunación en el adulto, enfatizando la importancia de la inmunización frente al neumococo. Expuso la experiencia de la Comunidad de Madrid con la vacuna conjugada, que se administra a todos los pacientes de 60 años. Explicó que con la vacuna conjugada los pacientes adquieren memoria inmunológica y se evita la colonización nasofaringe y, por tanto, el contagio. Se refirió finalmente a la nueva vacuna del meningococo con los nuevos serotipos, que dan una mayor cobertura.

Educación sanitaria en Atención Primaria

Andrés Zamorano, vicepresidente de la C.N.P.T. (Confederación Nacional de la Prevención del Tabaco) habló sobre las medidas de prevención del tabaquismo y el papel de los sanitarios en la educación sanitaria como pieza esencial para que los pacientes no empiecen a fumar o dejen este dañino hábito. Advirtió del riesgo de que muchos pacientes jóvenes fumen marihuana antes que tabaco, produciendo un nuevo problema de adicción que se puede agravar seriamente en los próximos años si no se toman medidas. Valoró positivamente las medidas encaminadas a financiar los fármacos para el abandono del tabaco, adoptadas recientemente por el Gobierno de Navarra.

EPOC y riesgo residual

El viaje del paciente con EPOC fue el tema que desarrolló el Dr. Manuel Mozota. La educación sanitaria, la reducción de la inactividad y la obesidad, y los nuevos tratamientos han contribuido a la mejora de la calidad de vida del paciente, "pero todavía hay un gran porcentaje de pacientes que no están diagnosticados". Indicó que "la introducción de la doble broncodilatación ha mejorado la sintomatología así como la introducción del corticoide en aquellos enfermos que presentan una prueba con broncodilatación positiva, un fenotipo mixto o pacientes que tengan una eosinofilia en sangre elevada; en paciente agudizador y muy sintomático con un flujo aéreo disminuido se puede valorar la triple terapia con un antimuscarínico, un beta adrenérgico de acción larga y un corticoide inhalado".

El Dr. Gregorio Tiberio abordó el Riesgo Residual: son pacientes que tienen un riesgo elevado, a pesar de tener un LDL controlado; estos pacientes con Dislipemia Aterogénica presentan unos triglicéridos elevados, con HDL bajo y un LDL normal o ligeramente aumentado, y con una partículas LDL pequeñas y densas.

De la imagen a la auscultación

El Dr. José Ramón Mozota impartió un taller sobre las patologías más graves y frecuentes en otorrinolaringología. Con el apoyo de imágenes fue explicando detalladamente su diagnóstico diferencial.

El Dr. Vicente Palomo cerró el Encuentro con dos talleres. En el primero, titulado "De la imagen a la auscultación", hizo un repaso de las diferentes patologías cardiopulmonares, detallando la correlación clínica y la radiología correspondiente; los alumnos pudieron incluso escuchar los sonidos que se perciben cuando se ausculta al paciente. En el taller sobre 10 Urgencias Cardiológicas explicó el manejo, de manera práctica y útil, de las urgencias más importantes y severas de la patología cardíaca. El abordaje de estos problemas es fundamental para los médicos de Atención Primaria.

IX Campeonato de Ciclismo para Médicos



IX CAMPEONATO
DE ESPAÑA
DE CICLISMO
PARA MÉDICOS

El navarro Fernando Recalde logró el 7º puesto en la clasificación general y el 3º en su categoría



El Dr. Fernando Recalde en el podium, recibiendo el tercer premio de su categoría.

El IX Campeonato de España de Ciclismo para Médicos congregó en Alicante a un total de 145 participantes de toda la geografía española que, el pasado 28 de octubre, se subieron a la bici con el fin de fomentar el deporte, la solidaridad y la actividad saludable entre el colectivo médico y reflejarlo a la población en general.

El Colegio de Médicos de Navarra estuvo representado por el Dr. Fernando Recalde que logró el 7º puesto en la clasificación general y el 3º en su categoría. Ignacio Sanz Lázaro, del Colegio de Médicos de Guipúzcoa, se alzó con la victoria en la general masculina, con un tiempo de una hora y treinta y nueve minutos. En la categoría femenina se impuso la Dra. Maria Teresa Lozano Palencia, del Colegio de Ciudad Real, con un tiempo de una hora y cuarenta y seis minutos.

La presente edición, que estuvo dividida en cinco categorías por edades, ha sido la de mayor participación de todas las que han tenido lugar hasta la fecha y en ella hubo médicos de todos los colegios españoles que tuvieron que

hacer frente a un recorrido de casi 60 kilómetros que discurría por distintos pueblos de la provincia de Alicante.

Concurso de dibujos navideños para hijos o nietos de médicos colegiados

El Colegio de Médicos de Navarra organiza un concurso de dibujos navideños, en el que pueden participar hijos o nietos de médicos colegiados en Navarra.

Se establecen dos categorías:

- Niños y niñas entre 4 y 8 años.
- Niños y niñas entre 9 y 12 años.

El plazo para la presentación de los dibujos es del 6 de noviembre al 7 de diciembre de 2017.

Los dibujos se deben acompañar del nombre, apellidos, edad del participante, parentesco con el médico colegiado y nº de colegiación de éste.

No pueden participar en este concurso los hijos o nietos de los miembros de la Junta Directiva, ni de los empleados del Colegio de Médicos o de la Fundación Colegio de Médicos.

El jurado estará formado por la Comisión Permanente de la Junta Directiva del Colegio y su decisión será inapelable.

A partir de la fecha de finalización del plazo de presentación de dibujos, se realizará una exposición de todos los trabajos presentados en el Salón Medialuna de la sede colegial.

Entrega de Premios

Se establecen dos premios, que se harán públicos y se entregarán el día 14 de diciembre de 2017, en un acto que tendrá lugar, a las 18 horas, en el lugar de la exposición:

- Premio categoría 4 a 8 años:
Una Nintendo.
- Premio categoría 9 a 12 años:
Una Tablet.

En este acto se sorteará, entre todos los participantes que no hayan obtenido premio, dos equipos de dibujo y pintura (uno por categoría).

Los dos trabajos ganadores se enviarán como felicitación navideña del Colegio.



Una vez superado el ecuador de la legislatura, pensamos que ya ha pasado tiempo suficiente para realizar un balance de estos más de dos años de Gobierno, en concreto, del Departamento de Salud. Y, por supuesto, qué mejor que los médicos para realizar su balance. Así que hemos invitado a las sociedades científicas, con sede en el Colegio de Médicos, a que hicieran su propio análisis, respondiendo a dos preguntas. Finalmente, han sido cinco las sociedades que han contestado a nuestras preguntas:

- **Asociación Navarra de Pediatría** (ANPE),
- **Sociedad Navarra de Medicina de Familia y AP** (namFYC),
- **Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria** (SEMergen Navarra),
- **Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia** (SEMG Navarra) y
- **Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología** (SNGG).

Pregunta 1:

¿Qué balance hace de la situación de la sanidad en el ecuador de la legislatura del actual Gobierno? Luces y sombras.

Pregunta 2:

¿Qué pide a los responsables sanitarios para los próximos dos años?

REPORTAJE - BALANCE DE LA LEGISLATURA



**Asociación
Navarra de
Pediatría
(ANPE)**

Pregunta 1:

"En estos dos años, no se identifica ninguna medida concreta que haya supuesto una mejora relevante en la calidad de la asistencia pediátrica".

Lógicamente nuestra valoración debe ceñirse al ámbito de la Pediatría, un ámbito muy concreto pero que afecta a más de 150.00 pacientes, e implica a cerca de 200 Pediatras.

En estos dos años, no se identifica ninguna medida concreta que haya supuesto una mejora relevante en la calidad de la asistencia pediátrica. El Servicio Navarro de Salud se ha movilizado detrás de los acontecimientos, demostrando que en lo que concierne a la asistencia pediátrica carece de un plan específico. Se puede comprobar este hecho en la casi absoluta carencia de objetivos pediátricos tanto en el Plan de Salud como en las Bases para la Estrategia de Atención Primaria de Navarra.

Desde el punto de vista de comunicación y atención al colectivo pediátrico, nuestra Asociación mantuvo en los primeros meses del primer año de legislatura, tres reuniones con la Consejería, Dirección General y Gerencia del SNS, en las que se expusieron nuestras principales preocupaciones profesionales: falta de objetivos y parámetros de desempeño específicos para los Pediatras de Atención Primaria, las asimetrías en la distribución de los cupos poblacionales, y la insostenible situación organizativa y dotacional del SUE.

En relación con el primer tema, pese a que se prometió iniciativa y soluciones, silencio absoluto dos años después. En relación con el segundo tema, las asimetrías se han ido corrigiendo sobre la marcha y con meses de retraso; sin una programación a medio largo plazo y con el problema añadido de las dificultades (ya conocidas y detectadas) de falta de profesionales específicos y el aumento de vacantes por jubilación. En cuanto al SUE, dos años después, las instalaciones se están reformando. Esperemos que para este invierno (dos inviernos más tarde de lo esperado), las instalaciones ofrezcan unas condiciones adecuadas. No se ha resuelto el problema de personal (plantilla con muchas rotaciones y con demasiada frecuencia formada con profesionales no especialistas en Pediatría). En la raíz de esta situación, la falta de estímulo profesional en un servicio sin modelo asistencial definido y el escaso interés que el servicio suscita en los estamentos directivos, muestra de lo cual es el retraso en implementar unas medidas infraestructurales tan obvias como necesarias.

En atención especializada, la dirección del Complejo ha tomado dos decisiones de fuerte contestación: el traslado de la UCI pediátrica al entorno de la UCI de adultos del Hospital Virgen del Camino, con la consecuente segregación física y funcional de la UCI neonatal, que ha provocado el rechazo de la gran mayoría de los profesionales del Servicio de Pediatría del CHN; y la dependencia del Servicio de Cirugía Pediátrica del área clínica de Cirugía General y Digestivo. Esta medida ha sido contestada públicamente por la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica, por la SVNPN y por nuestra Asociación.

Quizás por todo ello, lo que inicialmente fue expuesto como una desaparición del Servicio e integración en el Servicio de Cirugía General, ha quedado en una dependencia funcional. Todo ello tras un tortuoso proceso de: cese del jefe de servicio, nombramiento de un nuevo jefe procedente de Osakidetza, dimisión a los dos meses de este jefe, nombramiento de otro nuevo jefe procedente de Cataluña.

En Atención Primaria se han producido dos crisis especialmente importantes:



Pregunta 2:

"Que gestionen con paso corto, corrigiendo desde ya los problemas de deterioro de la equidad en el acceso a especialistas, y mirada larga para ir diseñando las bases de un cambio en el modelo de Atención Pediátrica".

A.- Las plazas interinas, estructurales o de sustitución de Pediatra de los Centros de Salud ya no se cubren con especialistas. Se alude a una falta de profesionales, pero no se están considerando las ventajas laborales que otras comunidades de nuestro entorno ofrecen, ni tampoco la existencia de horarios laborales que comprometen seriamente la conciliación familiar, ni la insuficiencia de plazas de formación MIR, ni la escasa duración de la rotación por los Centros de Salud de los Pediatras en formación.

El problema es serio, se va a acrecentar en los próximos años por las jubilaciones, afecta severamente a la equidad en el acceso al recurso especializado y no se han producido, ni parece que se se vayan a producir, acciones correctoras institucionales.

B.- La OPE para la cobertura de Plazas de Pediatría de Atención Primaria se está desarrollando con un importante cuestionamiento técnico. Siendo una decisión loable el hecho de convocar plazas específicas de Pediatras para Centros de Salud, sorprende extraordinariamente que un porcentaje muy significativo de la puntuación a obtener en el examen se produzca sobre preguntas o casos clínicos que no corresponden al ámbito de acción de un Pediatra de Atención Primaria.

Este hecho ha provocado la reacción y solicitud de corrección por parte de la Asociación Española de Pediatría, de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y de la Asociación Navarra de Pediatría. Sorprendentemente, ninguna de las tres Asociaciones profesionales, que representan a más de 6000 Pediatras españoles, ha recibido respuesta alguna por parte de Consejería de Salud, Gerencia del Servicio Navarro de Salud o Gerencia de Atención Primaria.

Somos conscientes de que no es una petición sencilla. Deben saber compaginar la existencia de un proyecto global para la Pediatría de Navarra en el horizonte de los próximos 6-8 años, con la implementación de medidas correctoras de los problemas de más corto alcance.

Gestionar con paso corto, corrigiendo desde ya los problemas de deterioro de la equidad en el acceso a especialistas, y mirada larga para ir diseñando las bases de un cambio en el modelo de Atención Pediátrica: evaluación del desempeño y objetivos propios para Pediatría, estructura orgánica propia que facilite la integración de niveles, medidas de incentivación profesional para la retención de especialistas...Y deben hacerlo contando con los profesionales (que ya hemos trabajado un análisis de la situación y tendido la mano para colaborar), con dinámicas transparentes, siendo ágiles y resolutivas, actuando con profesionalidad.

REPORTAJE - BALANCE DE LA LEGISLATURA



**Sociedad
Navarra de
Medicina de
Familia y
Atención
Primaria
(namFYC)**

Pregunta 1:

"La Atención Primaria tiene poca visibilidad. En la actualidad, el mayor problema es la falta de sustitutos".

Respecto a la gestión clínica, vemos que están en marcha muchos programas y protocolos en los que se ha buscado consenso, pero no observamos concreción en acciones en los mismos.

La Atención Primaria tiene poca visibilidad en el Departamento lo que se traduce en que durante las diferentes comparecencias del Consejero ésta se nombre poco o nada, aunque cuando hablamos con él nos confirme su apuesta por la Atención Primaria.

Las listas de espera de los especialistas hospitalarios son un hecho que no solo afecta a los pacientes sino también a los profesionales que trabajamos en AP. Las demoras provocan consultas, quejas y hasta enfados que muchas veces no son agradables.

Respecto a la Estrategia del Paciente Crónico y Pluripatológico, consideramos que es buena y válida. Nos ha sorprendido la rápida implantación en los últimos centros pendientes, que creemos ha sido demasiado rápida

y seguramente por motivos políticos. Las prisas no son buenas consejeras. Esta estrategia debe y debería pivotar sobre la Atención Primaria, como así se pensó inicialmente, y esperemos que su papel no se vaya desvirtuando.

En hospitalización a domicilio, que tanta propaganda e información en los medios está teniendo últimamente, tampoco se nombra el importante papel de los profesionales de Atención Primaria cubriendo aquellas incidencias que, por lejanía o porque no lo cubre su horario, lo tenemos que atender nosotros. Otra vez la falta de visibilidad de la medicina de Familia y la Atención Primaria.

Aparentemente los problemas económicos que durante la crisis ralentizaron muchas inversiones ahora son menores. Se están comprando ecógrafos, se ha desarrollado la teledermatología, se han colocado pantallas de alta resolución para visualizar mejor las radiologías, en algunos centros de salud se van a poner equipos de radiología, pero falta formación extensa y en horas laborales para su buen uso.

En la actualidad, el mayor problema es la falta de sustitutos para diferentes ausencias de los médicos en plantilla: la mayoría están cubriendo vacantes, pero los que no lo están, tienen que cubrir ausencias día a día y en ocasiones, hora a hora y sin una programación previa adecuada, lo que aumenta su incertidumbre y malestar. La publicidad encaminada a contratar médicos de otras comunidades ha producido un gran enfado en este colectivo que no se ha sentido valorado después de realizar un gran trabajo para Osasunbidea "tapando agujeros". A estos profesionales habría que mimarlos y fidelizarlos con contratos dignos.

Nos parece importante resaltar la próxima financiación de los tratamientos de deshabituación tabáquica y que Navarra vuelva a liderar la lucha contra el tabaco. Una ayuda importante para los fumadores y una buena herramienta para nuestra labor.



Pregunta 2:

"Pedimos que se concreten diferentes acciones en los programas que se están desarrollando, y que la puesta en marcha de planes y protocolos se distancien en el tiempo ya que nos sobrecarga en la consulta".

El plan de mejora que creemos es una herramienta buena para la gestión del día a día de los centros de salud, está estancado y con sensación de que se ha olvidado. No hay desde las subdirecciones un feed-back hacia los centros y profesionales. Creemos que hay que revisarlo y si está dentro de alguno de los planes actualmente en desarrollo que se concrete las acciones.

El fomento del autocuidado de los pacientes unido a la clarificación de los roles de los diferentes estamentos que trabajamos en Atención Primaria son acciones que ayudarían a mejorar la gestión del día a día en nuestros centros.

Pedimos que se concreten diferentes acciones en los programas que se están desarrollando, y que la puesta en marcha de planes y protocolos se distancien en el tiempo ya que nos sobrecarga en la consulta (independientemente de su beneficio), lo que dificulta su implementación.

Hay una inversión muy importante que no es tangible como es el tiempo. Tiempo para recibir formación durante la jornada laboral (para poder utilizar los diferentes

recursos que aumentan nuestra resolutiveidad en la consulta, para poder implementar adecuadamente y con el tiempo necesario, los diferentes programas y planes Nuestra formación individual se realiza la mayoría de las veces en nuestro tiempo libre personal, incluso la que organiza la propia Administración, aunque esta formación finalmente revierta en el sistema y en los pacientes).

Por todos es conocida la falta de médicos que se va a producir a corto plazo en España. Pedimos una seria reflexión sobre el tema e imaginación para solucionarlo. El primer paso es fidelizar a los médicos que ya están trabajando en Navarra y, posteriormente, realizar un buen ajuste de plantillas y seguramente será necesario cambiar el modelo.

Para tener buenos médicos de familia necesitamos que haya tutores que les formen y acompañen. La figura del tutor no está valorada ni reconocida, por lo que creemos que hay que incentivarla para que médicos jóvenes acepten esta labor ardua, que requiere tiempo pero que resulta muy gratificante.



**Sociedad
Española de
Médicos de
Atención
Primaria**
(SEMERGEN Navarra)

Pregunta 1:

"La falta de soluciones a los problemas diarios en Primaria nos lleva a la desmotivación y desmoralización, ya que ante situaciones reiteradas y conocidas, no hay respuesta, no hay soluciones, no hay ideas".

Sobre las luces de la legislatura, se han resuelto situaciones que generaron preocupación en la población durante la crisis, como financiar el bus de la vida, dejar el laboratorio en el Hospital de Tudela, hacer público el servicio de cocinas, además, se ha aumentado el presupuesto total de Osasunbidea, con mejoras de equipamiento en la parte hospitalaria (resonancia, quirófanos, densitómetro etc..)

Las sombras han caído en el lado de Atención Primaria: la ausencia absoluta de soluciones, propuestas, y nula preparación previa del abordaje de la situación más conflictiva en la legislatura pasada como fue el recorte de las

urgencias rurales y atención continuada, situación que ha producido los efectos esperados, una pérdida de personal médico del medio rural y muy complicada organización del trabajo diario con cambios continuos de profesionales y muy difícil cobertura de las ausencias.

En la Atención Primaria, a pesar de haber un gobierno de diferente tendencia, se ha mantenido una línea continuista, con la misma estructura directiva y forma de trabajo existente desde el año 1986, y que nos ha llevado a la situación actual. La falta de soluciones a los problemas diarios en Primaria nos lleva a la desmotivación y desmoralización, ya que ante situaciones reiteradas y conocidas, no hay respuesta, no hay soluciones, no hay ideas.

Después de dos años, nuestra participación es inexistente y se nos presenta una estrategia para Atención Primaria, que es un conglomerado de enunciados que están en cualquier manual de Primaria o en cualquier estrategia de otros servicios de salud autonómicos, sin concretar plazos, sin explicar cómo se va a implantar, es decir, nada nuevo y nos deja como ya estábamos. Una Primaria con sobrecarga asistencial, centrada en la relación médico-ordenador, en meter datos en pantallas, sin estudio de las necesidades, sin cubrir ausencias, con penosas condiciones laborales de las personas que hacen las sustituciones, centrados en lo agudo, con una cronicidad donde Primaria tiene un papel secundario en detrimento de los servicios hospitalarios, sin una participación real porque todo está dirigido, controlado por la estructura directiva, sin dejar paso a modelos que fomenten la auto-organización, sin diez minutos por paciente, y para colmo, llegan los tan solicitados ecógrafos, pero no se ha hecho previamente un plan serio de formación y no estamos preparados, después de tantos años, para ponerlos en marcha. En definitiva, lo mismo de siempre.

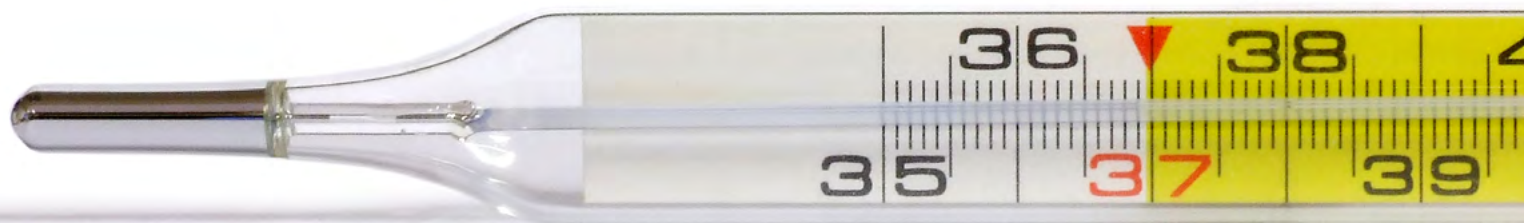
REPORTAJE - BALANCE DE LA LEGISLATURA

Pregunta 2:

"Hay que hacer un estudio profundo de las necesidades de las zonas básicas de salud, solucionar la atención continuada y urgente rural, revisar la cartera de servicios y fomentar la auto-organización".

Pediría una reflexión sobre qué papel piensan que debe tener Primaria, si verdaderamente creen en ella o solo son palabras huecas. Hay que hacer un estudio profundo de las necesidades de las zonas básicas de salud, solucionar la atención continuada y urgente rural, revisar la normativa que regula las estructuras de Atención Primaria, revisar la cartera de servicios de los centros de salud, fomentar la auto-organización de las zonas básicas frente al modelo controlador actual, formación adecuada dentro de la jornada laboral en ecografía, cirugía menor, etc., olvidarnos de tanta burocracia y recuperar los valores esenciales de la Atención Primaria: anamnesis, exploración, tiempo -al menos diez minutos por paciente-, capacidad de gestionar la agenda, mimar la medicina rural, mejorar la capacidad resolutive, cuidados paliativos desde Primaria, fisioterapia, psicología clínica en el centro de salud, etc,

Si continuamos haciendo lo mismo, obtendremos el mismo resultado.



REPORTAJE - BALANCE DE LA LEGISLATURA



**Sociedad
Española de
Médicos
Generales de
Familia**
(SEMG Navarra)

Pregunta 1:

"La brecha entre los médicos de Atención Primaria y Hospitalaria se está agrandando. Un claro ejemplo son las medidas para reducir las listas de espera".



Uno de los aspectos más favorables es la disposición de la Gerencia de Atención Primaria a dialogar sobre los diferentes problemas que tiene la sanidad navarra, así como afrontar los distintos problemas que en otros tiempos no se atrevía a enfrentarse en Navarra.

El desarrollo de la ecografía es uno de los loables objetivos que poco a poco se están cumpliendo, sin embargo, este desarrollo debe de ir acompañado de la debida formación que, desgraciadamente, no se está dando.

Respecto a la Atención Primaria, tenemos un problema en las sustituciones, sobre todo en los periodos estivales, ya que las medidas que se han tomado no son suficientes; no es de recibo que un médico tenga que pasar dos cupos o que al médico sustituto se le haga contratos precarios. Este problema con el tiempo se agravará.

Es positivo la OPE que en Atención Primaria se está desarrollando, pero el escaso número de plazas que se ofertan en contraposición con las que se están preparando en las comunidades vecinas, puede hacer que muchos médicos que trabajan en nuestra comunidad decidan irse a trabajar a otra, sobre todo los médicos que ejercen su actividad profesional en zonas limítrofes.

La reforma de la Atención Primaria rural debe ser consensuada y pactada entre todos los sectores implicados, no podemos hacer médicos de primera y de segunda, de lo contrario, a medio y largo plazo, tendremos más conflictos en los Centros de Salud, deteriorándose la relación entre los profesionales y esto repercutirá en la asistencia.

La brecha entre los médicos de Atención Primaria y Hospitalaria se está agrandando, no solo porque la retribución del Complemento Externo de Productividad sea un 30% menos, sino que las medidas donde hace más hincapié el ejecutivo navarro es en el medio hospitalario, olvidándose de que el eje del sistema sanitario es la Atención Primaria.

Un claro ejemplo son las medidas para reducir las listas de espera, donde se han centrado en el medio hospitalario dejando a la Primaria en un segundo plano. Estamos convencidos que hacer a los médicos de Atención Primaria más resolutivos y mejor formados podría reducir a medio y largo plazo considerablemente las listas de espera.

La política de crónicos tiene sus aspectos positivos como el mayor control de los pacientes con más riesgos, pero los médicos de Atención Primaria no tenemos que estar cuestionados ni tutelados por un médico de hospitalaria ni por un farmacéutico de área. Cuando el médico de cabecera, que es el que mejor conoce al paciente, diga que tiene que tener la máxima prioridad asignando el cubo rojo, se debe respetar la opinión de este especialista que no es otro que su médico de Atención Primaria.



REPORTAJE - BALANCE DE LA LEGISLATURA

Pregunta 2:

"La nueva reforma de la Atención Primaria Rural y Urgente debe ser consensuada. Es necesario, además, un sistema de contratación más humano, sencillo y ágil, con mejores contratos y más duraderos".

Les pediría que vuelvan a poner a la sanidad Navarra en el lugar que le corresponde y a la Atención Primaria como eje sanitario del sistema.

Que la nueva reforma de la Atención Primaria Rural y Urgente sea consensuada por todas las partes, para que se produzca un cambio a mejor y que sea duradero. No podemos estar cambiando el sistema de urgencias rurales cada dos años, evitando así la frustración que se produce en los trabajadores y la conflictividad que se crea en los centros de salud rural con este tema.

Hacer un sistema de contratación más humano, sencillo y ágil, con mejores contratos y más duraderos, que se pueda conciliar la vida laboral y familiar, aumentando las plazas de formación de los residentes de Familia e incentivando a los médicos para que sean tutores docentes. Fomentar la formación de los profesionales para que sean más resolutivos, reduciendo así las listas de espera que hay en las otras especialidades. Un médico mejor formado hará menos interconsultas y será más resolutivo.

Dotar a los Centros de Salud de los medios y espacios adecuados para que los profesionales puedan trabajar adecuadamente, e implementar la cartera de servicios, incentivando a los médicos que trabajan denodadamente para el buen funcionamiento de la sanidad Navarra.

Minimizar la brecha que hay entre los especialistas del hospital y los especialistas de Atención Primaria, equiparando a todos ellos al mismo nivel retributivo, que entre los médicos de AP con asignación de cupo y sin cupo asignado no se produzca el agravio comparativo que hay al elegir las guardias o la retribución por la dirección del

centro de salud. No es admisible que un médico con la misma actividad y función cobre diferente según pertenezca a un estamento u otro.

Por último, quiero aprovechar para ofrecer nuestra sociedad SEMG Navarra para colaborar en la mejora de la Sanidad Navarra, participando en los foros y consensos de una manera constructiva para que los navarros y navarras tengan la mejor sanidad posible.



**Sociedad
Navarra de
Geriatría y
Gerontología
(SNGG)**

Pregunta 1:

"Hay que seguir trabajando en el desarrollo de una asistencia geriátrica especializada, multidisciplinar, integral, de calidad, centrada en las personas y no solo en las enfermedades".

Hoy en día, la mayoría de las personas de nuestra comunidad pueden aspirar a vivir hasta entrados los 80 años y más. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

En nuestra opinión, queda mucho por hacer.... Por una parte, todavía existen carencias en la atención geriátrica

en Navarra, al igual que en otras comunidades. Es necesario seguir trabajando en nuestra comunidad en el desarrollo de una asistencia geriátrica especializada, multidisciplinar, integral, de calidad, centrada en las personas y no solo en las enfermedades; proporcionada por profesionales formados tanto en el campo de la Geriatría como en el de la Gerontología. Así como la necesidad de establecer diferentes niveles asistenciales adaptados a las necesidades de esta población, reforzando la Atención Primaria, asegurando la continuidad asistencial, previniendo y tratando la discapacidad asociada a los diferentes problemas médicos, además de mejorar la coordinación sociosanitaria.

Los argumentos científicos que sustentan esta necesidad son múltiples. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe mundial sobre envejecimiento y salud 2015, hace hincapié en que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad, dando importancia al mantenimiento de la capacidad funcional, por otra parte indica (citado literalmente): "asegurar que el número de geriatras satisfaga las necesidades de la población y alentar la creación de unidades geriátricas".

En el año 2014, el Gobierno Foral puso en marcha el Plan de Atención al Paciente Crónico y Pluripatológico, ampliándose la cobertura durante este año 2017. Dicho plan tiene como finalidad principal lograr mejorar los resultados en salud y calidad técnica en la atención de pacientes crónicos y pluripatológicos; obteniéndose mejoras asistenciales como la potenciación de la atención extra-hospitalaria (hospitalización domiciliaria, la interconsulta no presencial, o la consulta externa de crónicos).

Observamos que aunque la mayor parte de las personas con enfermedades crónicas y múltiples patologías son personas de edad avanzada, muchas de ellas no se benefician de una atención geriátrica especializada, integral, interdisciplinar y continua; centrándose actualmente más en la enfermedad, que en la persona y sus necesidades.

Por otro lado, es importante que dicho plan disponga de los recursos necesarios como la formación de profesionales en Geriatría, o más especialistas en Geriatría, potenciación y liderazgo de Atención Primaria, mejor coordinación con los recursos sociales, mayor participación, unidades de convalecencia y rehabilitación geriátricas etc.; asimismo, una menor fragmentación de la asistencia sanitaria asegurando una continuidad asistencial. Además de tener en cuenta y potenciar las preferencias del paciente mayor y de sus familiares sobre su cuidado.

Igualmente creemos que se debe impulsar la prevención y el tratamiento rehabilitador del deterioro funcional asociado a la enfermedad crónica, muchas veces potencialmente reversible. Actualmente, este problema está reducido dentro del campo de lo social, a pesar de que es un

REPORTAJE - BALANCE DE LA LEGISLATURA

importante problema de salud. La discapacidad o deterioro funcional ha mostrado ser en varios estudios un factor predictivo de resultados adversos de salud, de mortalidad, reingresos hospitalarios, institucionalización en residencias y de gasto de recursos; más incluso que la comorbilidad. De ahí la importancia de que Salud intervenga en la prevención y tratamiento de este problema.

Con el objetivo de aumentar la esperanza de vida en buena salud, y disminuir la prevalencia de dependencia, este año se ha presentado la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra para los años 2017 a 2022. Se trata de un proyecto ambicioso que incluye más de 60 líneas de acción en torno a tres ejes clave: los servicios y determinantes sociales y económicos; entornos amigables con los mayores y oportunidades de desarrollo regional; y proyecto de vida activo y saludable.

Aunque en este aspecto, creemos que vamos en buen camino. Por ahora estamos en un plan estratégico ambicioso, teórico, al que hay que darle una realidad, en la que intervienen varios agentes, y al que hay que dotar de los recursos adecuados.

En conclusión, creemos que es necesario y, yo diría obligado, buscar una mayor integración del sistema sanitario y de los servicios sociales; avanzando hacia una atención geriátrica integral, interdisciplinar, continuada, que gire alrededor de la persona y sus necesidades. Además de seguir trabajando en el desarrollo de un plan de prevención y promoción de salud que no solo incluya las personas sanas, sino también los pacientes crónicos, muchos de ellos de edad avanzada, para lograr un envejecimiento activo, previniendo y tratando el problema de la dependencia, frecuente en este grupo de población.

"Pedimos a los gestores (responsables) sanitarios que apuesten por la atención geriátrica integral, un modelo eficaz y eficiente avalado por la evidencia científica".

Pregunta 2:

El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población requiere transformar los sistemas de salud de un modelo curativo a un modelo proactivo de prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores, aplicado por profesionales en geriatría y con los recursos adecuados. Pedimos a los gestores (responsables) sanitarios que apuesten por el modelo de atención geriátrica integral, un modelo eficaz y eficiente y sobradamente avalado por la evidencia científica, que tenga en cuenta varios aspectos:

- Redirigir la asistencia hacia la atención domiciliaria de forma integral.
- Predominio de la atención ambulatoria y/o mayor coordinación con Atención Primaria.
- Cuidados personalizados para satisfacer los objetivos y valores del paciente.
- Actitud anticipatoria y preventiva de la incapacidad.
- Identificación precoz de ancianos frágiles con mayor riesgo de deterioro funcional.
- Rehabilitación precoz.
- Valoración integral por un equipo interdisciplinar.
- Seguimiento por el mismo equipo interdisciplinar, responsable del plan de cuidados establecido.
- Flexibilidad para ajustar el cuidado a los recursos, a las necesidades cambiantes, a las preferencias del paciente y su familia.
- Continuidad y globalidad de los cuidados.
- Planificación precoz de los cuidados desde el inicio del ingreso hospitalario.
- Igualdad de acceso a los recursos sanitarios sin tener en cuenta el factor edad.
- Mejora y Coordinación estrecha entre distintos niveles asistenciales especializados en la atención geriátrica.
- Mejor coordinación entre servicios sanitarios y sociales.
- Apoyo estrecho a cuidadores.
- Formación de los profesionales encargados de la atención sanitaria al anciano en Geriatría y Gerontología.

Para que todo esto sea realidad, debemos, entre todos, propiciar cambios sanitarios y sociales que conduzcan a un "empoderamiento", es decir, a una mayor participación de las personas mayores para que tomen las riendas de su proceso de envejecimiento. Seguir trabajando programas de envejecimiento activo y participativo, una atención geriátrica de calidad y promover todas las medidas posibles para retrasar la dependencia.

Ante un futuro incierto,

el aseguramiento privado ofrece las garantías y tranquilidad necesarias

PSN

¿Qué jubilación nos espera?

Que el sistema público de pensiones es cada vez más insostenible ya no es ningún secreto. Atrás quedó el asombro ante informaciones que apuntaban al agotamiento del Fondo de Reserva de la Seguridad Social o el hecho de que veremos reducirse el importe de las prestaciones. España ha sido tradicionalmente uno de los países en el que los pensionistas han gozado de un nivel adquisitivo más satisfactorio en lo que respecta a su vida laboral. Por este motivo, a la población puede costarle creer que verdaderamente el sistema se encuentra al borde del abismo.

Según la Fundación de Estudios de Economía Aplicada, entre 1985 y 2014, el sistema ha sufrido un importante deterioro por dos motivos: el envejecimiento poblacional y el decrecimiento de la productividad, que ha llevado a que los salarios, que soportan las cotizaciones sociales, se hayan estancado durante las últimas décadas, afectando directamente a la sostenibilidad del sistema. Afortunadamente, durante este período, los efectos de esos dos factores han podido verse aliviados parcialmente, sin embargo, ese envejecimiento poblacional, que se agudizará aún más en los últimos años, es la principal amenaza para el sistema.

Y es que cada mes se registra un nuevo récord de gasto en pensiones: el pasado agosto fueron nada menos que 8.790 millones de euros, un 3% más que el año anterior. Con ese dinero se abonaron más de 9,5 millones de pensiones, un dato que se ha incrementado mucho desde el inicio de la crisis: actualmente se pagan 1,2 millones de pensiones más que en 2007, pero lo más preocupante del asunto es que se hace con un millón de cotizantes menos que entonces. El ritmo de recuperación del empleo no alcanza a compensar el aumento del número de jubilados. La ratio entre cotizantes y pensionistas, en la que se incluye entre los primeros a los desempleados que reciben prestación, cayó en junio a 2,24 trabajadores por cada retirado, su nivel mínimo en los últimos 18 años.

Pero quizá nada refleje con tanta claridad las carencias del sistema como los datos relativos a la denominada hucha de las

pensiones, un fondo destinado a financiar las prestaciones en caso de necesidad. En la actualidad, se ha reducido de los 66.815 millones que disponía hace cinco años, cuando se empezó a echar mano, a 11.602,16 millones de euros, cuantía por cuya insuficiencia el Gobierno ha pedido un préstamo de 10.192 millones de euros que se transferirá a la Seguridad Social para poder abonar las pagas extra de este año.

Por otro lado, Insurance Europe pone de relieve la especial vulnerabilidad a la que se va a enfrentar España en lo que respecta a la tasa de reposición. Si bien en 2013 el importe de la pensión representaba más del 80% del último salario, en 2060 hablaremos del entorno del 50%. A ello hay que añadir el nuevo Índice de Revalorización, que desvincula el incremento de las pensiones del IPC, y establece que, mientras los ingresos no sean iguales a los gastos el sistema, las prestaciones sólo podrían aumentar un 0,25% anual, es decir, continuarían prácticamente congeladas.

PSN te ayuda

Previsión Sanitaria Nacional pone a disposición de sus mutualistas una amplia gama de soluciones para un futuro con garantías. Entre otros, tres opciones de ahorro a largo plazo materializados en planes de pensiones diseñados según los niveles de aversión al riesgo. La característica diferencial es su rentabilidad. PSN cuenta con un equipo experto que durante los últimos años ha conseguido alzar sus planes a los primeros puestos de rankings como el de Morningstar. Prueba de ello es que los planes de PSN cuentan con rentabilidades anualizadas a cinco años superiores al 7%. Y, además, en la actual campaña, ofrece una rentabilidad adicional a las nuevas contrataciones, aportaciones extraordinarias y los traspasos desde otras entidades, fomentando así el ahorro para la jubilación pudiendo obtener hasta un 3% adicional. Por otra parte, cabe destacar las ventajas fiscales de estos productos, que permiten, con carácter general, reducir la base imponible en el impuesto de la Renta hasta 8.000 euros anuales.

PLAN INDIVIDUAL

Renta Variable Mixto

RTDO. ANUALIZADO 5 AÑOS	7,58%
RTDO. ACUMULADO 2017	8,84%
RANKING 	5/50%
CALIFICACIÓN	★★★★★
ESCALA RIESGO	5/7

PLAN ASOCIADO

Renta Fija Mixta

RTDO. ANUALIZADO 5 AÑOS	8,03%
RTDO. ACUMULADO 2017	2,50%
RANKING 	10/233%
CALIFICACIÓN	★★★★★
ESCALA RIESGO	4/7

RENTA FIJA CONFIANZA

Renta Fija

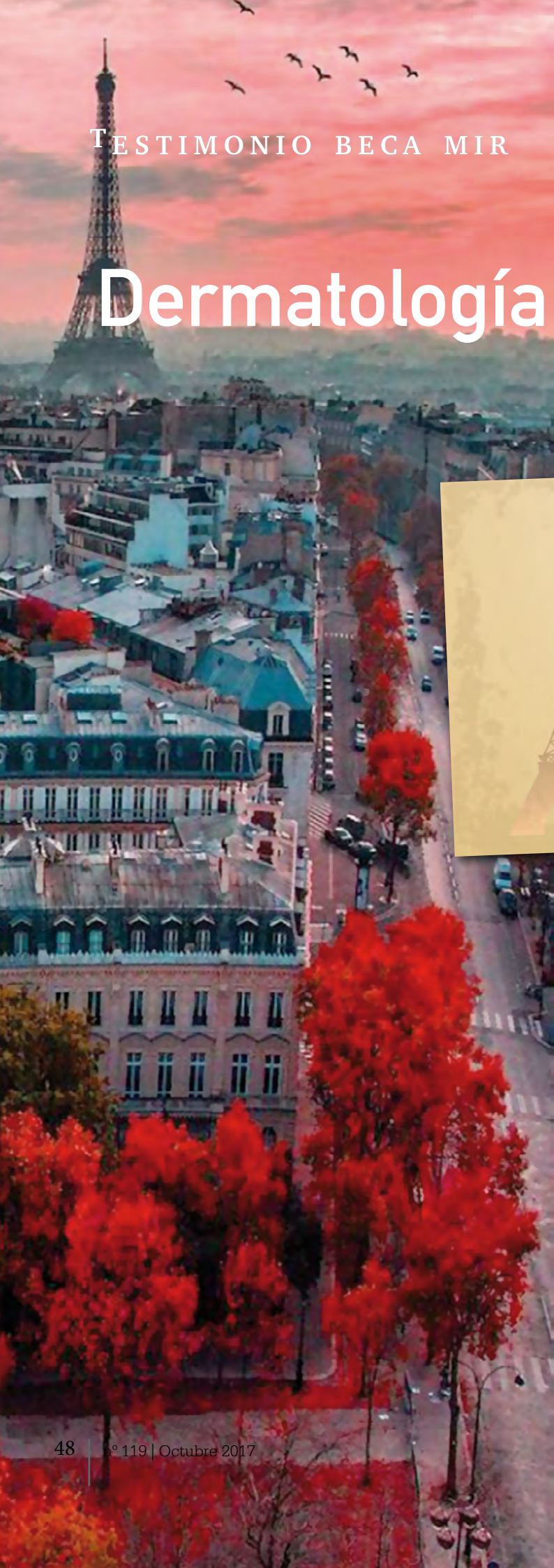
RTDO. ANUALIZADO 5 AÑOS*	-
RTDO. ACUMULADO 2017	1,30%
RANKING 	8/65%
CALIFICACIÓN	★★★
ESCALA RIESGO	3/7

Morningstar es una fuente reconocida de información que facilita ratings y análisis independientes para ayudar a evaluar un fondo y su papel potencial en una cartera de inversiones. Rentabilidades pasadas no garantizan rentabilidades futuras.

Datos a 31/08/2017.

*Creado 26/06/2013





TESTIMONIO BECA MIR

Dermatología pediátrica, en París



La Dermatología pediátrica es una subespecialidad dentro de la Dermatología que abarca un abanico muy amplio de patologías, desde enfermedades dermatológicas frecuentes y banales hasta enfermedades genéticas graves y/o raras, sin dejar de lado el extenso campo de las enfermedades autoinmunes o autoinflamatorias, entre otras. En la práctica clínica habitual de los hospitales no exclusivamente pediátricos o en cualquier consulta de Dermatología general, es infrecuente atender a niños con este tipo de patología y es por eso que, desde hace años, los residentes de mi Departamento realizamos una rotación externa para completar la formación en este campo.

¿Por qué París?

Hace casi 6 años tuve la oportunidad de conocer de cerca el Sistema Nacional de Salud en Francia gracias a una beca Erasmus, mientras cursaba 5º de Medicina en Estrasburgo. En Francia, existe un sistema perfectamente establecido de especialistas "en ville", que traducido literalmente significa "especialistas de ciudad", y para ser atendido gratuitamente en un hospital público el paciente debe ser obligatoriamente derivado al hospital por uno de ellos. Financiada una parte por el Gobierno y la otra por las aseguradoras que cada ciudadano paga (en Francia no existe la atención sanitaria primaria completamente gratuita), se trata de una red de especialistas médicos que ofrece cobertura a toda la población francesa, perfectamente estructurada, de manera que todos los casos que llegan al hospital son los que el especialista en su consulta no ha podido manejar (casos complicados o de diagnóstico complejo). Es una forma de utilizar los recursos con la mayor eficiencia posible, evitando listas de espera interminables y priorizando la atención hospitalaria a los casos que realmente la necesitan. Además, me gustó su forma de trabajar. Son metódicos, eficientes, extremadamente cuidadosos y le dan al "tiempo" la importancia que merece.

Con todo esto, me decidí por el Hospital Necker-Enfants Malades de París porque es el hospital pediátrico de referencia en Francia, y la experiencia ha sido enriquecedora en muchos sentidos. En el hospital Necker se encuentra el centro M.A.G.E.C., o centro de referencia de las enfermedades genéticas de expresión cutánea (por las siglas en francés de Maladies Génétiques à Expression Cutanée), y son muchas las asociaciones de pacientes que se encuentran en estrecha relación con él: Incontinencia Pig-

menti France (incontinencia pigmenti), AFDE (displasia ectodérmica), EBAE (epidermolisis ampollar), Cutis Laxa International, Les enfants de la Lune (xeroderma pigmentoso), GENES-POIR (albinismo), ANIPS (ictiosis), Alliance Maladies Rares (enfermedades raras).

A 20 minutos a pie de la Torre Eiffel, el hospital Necker está ubicado en el centro de la Île-de-France, en el barrio XV, uno de los 20 distritos o arrondissements parisinos, en la orilla izquierda del Sena. Yo vivía en el mismo barrio, en la residencia Jérôme Lejeune, una antigua vivienda para estudiantes de Enfermería que ahora hace las veces de residencia de la tercera edad y residencia de estudiantes. La vida en París es, como en toda gran ciudad, bulliciosa y, además, particularmente cara; sin embargo, tiene un encanto especial que la hace una de las ciudades más acogedoras, nostálgicas y románticas del mundo.

En el hospital Necker-Enfants Malades

La primera semana en el hospital fue un poco caótica, pero algo que ya había aprendido en Estrasburgo sobre la sociedad francesa es que el "débrouille-toi", que en castellano significa algo así como "apáñatelas", es un principio bastante interiorizado en la sociedad.

Sin embargo, tras una semana de adaptación y de "tantear el terreno", todo empezó a tomar forma y con el tiempo llegué a sentirme como en casa. Me organicé para rotar con la mayoría de los adjuntos del servicio. Los lunes y los miércoles rotaba por la mañana con la jefa del servicio, la

La red de especialistas "en ville" de Francia permite utilizar los recursos con la mayor eficiencia posible, evitando listas de espera interminables y priorizando la atención hospitalaria a los casos que realmente la necesitan

Profesora Christine Bodemer, y por la tarde, con el Prof. Smaïl Hadj-Rabia. Christine Bodemer es la presidenta de la Sociedad Francesa de Dermatología Pediátrica y colabora estrechamente con la Sociedad Internacional de Dermatología Pediátrica, que presidió en el pasado y de la que ahora forma parte como miembro del Consejo Asesor. Con ella tuve la oportunidad de conocer de cerca el manejo multidisciplinar y minucioso que requieren los niños con enfermedades dermatológicas autoinmunes, dermatosis neutrofílicas, síndromes autoinflamatorios, inmunodeficiencias congénitas, etc., y participé del complejo proceso diagnóstico de algunos de ellos.

El Profesor Smaïl Hadj-Rabia centra casi toda su actividad asistencial en el diagnóstico, manejo y seguimiento de las genodermatosis (ictiosis, epidermolisis ampollares hereditarias, displasias ectodérmicas, etc.) y es el responsable del consejo genético en el departamento. En los últimos años se ha avanzado mucho en el conocimiento de la base genética de numerosas enfermedades dermatológicas, por lo que la Genética es un



pilar cada vez más robusto dentro de esta especialidad.

Los jueves pasaba consulta con la Dra. Olivia Boccara, que se ocupa de las anomalías vasculares y los síndromes asociados a éstas. Mucha gente se extraña de que este campo forme parte de nuestra especialidad. Pues sí, la mayoría de tumores y malformaciones vasculares, y muchos de los síndromes asociados, como el síndrome CLOVES, el síndrome de Proteus o el de Klippel-Trenaunay, entre otros, tienen su mayor expresión en el tegumento cutáneo o los “tejidos blandos” (vasos sanguíneos, sistema músculo-esquelético y pánículo adiposo). Es muy reciente la creación de sociedades como la Sociedad Española de Anomalías Vasculares (2010), en la que trabajan codo a codo dermatólogos y otros especialistas, o la ISSVA (International Society of Vascular Anomalies, 1992). Recientemente, además, se ha producido la primera reunión conjunta de los grupos español y francés que se ocupan de este campo de la Medicina.

Los martes y viernes rotaba con médicos más jóvenes que se dedica-

ban a una Dermatología pediátrica más general (alopecias, trastornos de la pigmentación, enfermedades infecciosas y pápulo-escamosas del niño...), tanto en consulta como en la planta de hospitalización o el hospital de día. Éstas eran dos estructuras muy fuertes y esenciales en el departamento. En el hospital de día se recibía, cada día, a 4 o 5 niños que requerían una atención más exhaustiva que la de una consulta sencilla, y se les hacía una evaluación multidisciplinar e íntegra de todas las dimensiones de su enfermedad, es decir, tanto de la enfermedad como del niño en sí mismo, de su integración escolar, social, etc. y del grado de adaptación de la familia. Para ello, colaboraban estrechamente la enfermera del Hospital de Día, la asistente social y una psicóloga.

La responsable de la planta de hospitalización era una médico franco-española, la Dra. Nathalie Bellon. Su madre era de un pueblo muy pequeñito de Valencia y, como yo soy de Castellón, me sorprendió hablándome en valenciano el día de mi llegada, allí, en pleno corazón de París.

El Hospital Necker es el hospital pediátrico más antiguo de Europa. Fue fundado por Suzanne Necker, la esposa del Ministro de Finanzas de Luis XVI, con el objetivo de atender a la población sin recursos de la capital francesa. En él, Lænnec inventó el estetoscopio en 1816.

Tiempo para la investigación y la docencia

Antes hablaba de un sistema ampliamente distribuido de especialistas “en ville”, que daba cobertura médica a toda la sociedad francesa sin sobresaturar el sistema hospitalario. De esta forma, si bien el hospital Necker no es el único hospital pediátrico de París, aunque sí el de referencia, ocasionalmente también se podía permitir acoger a niños seleccionados que venían derivados desde países como

*Esther Moreno en París,
con una compañera del
Hospital Necker-Enfants
Malades.*



Argelia, Marruecos, Bélgica, España, etc.

Este sistema menos sobrecargado también permitía que, algunos médicos, sólo dedicasen 2 o 3 días de la semana a la actividad asistencial. El resto de días los destinaban a la investigación, docencia, etc. Por otro lado, aunque un médico sólo atendiese a 10-15 pacientes al día, podía disponer de 30-45 minutos aproximadamente para cada uno, porque, eso sí, trabajaban mañana y tarde. La actividad asistencial finalizaba a las 17 horas, y la jornada laboral, a las 19 horas.

Otro aspecto interesante es que todas las sesiones del departamento eran multidisciplinarias y, con una frecuencia variable, también lo eran las consultas. Por ejemplo, el tercer miércoles de cada mes tenía lugar una consulta simultánea de Dermatología y Reumatología. Asimismo, todos los martes se desarrollaba una consulta de anomalías vasculares entre la Dra. Olivia Boccara, un cirujano plástico y un cirujano vascular. Además, en todas las sesiones del departamento estaban presentes o bien la Dra. Sylvie Freitag, anatomopatóloga especialista en Dermatopatología, o bien la Dra. S. Leclerc-Mercier, dermatóloga especializada en Dermatopatología.

La formación del residente en Francia

En cuanto a la formación del residente, se intentaba que, cada 2 semanas, un médico adjunto del departamento impartiese una sesión magistral sobre un área temática distinta a los residentes. En Francia, los residentes no realizan la residencia en un solo hospital, sino que, cada 6 meses, van cambiando de hospital dentro de la comarca o provincia que hayan escogido. Este hecho entraña, quizás, sólo un inconveniente, y es que el sentimiento de "equipo"

o "familia" no es tan sólido como el nuestro.

Respecto a mi actividad, aunque a priori iba a hacer una rotación como observar, desde el primer día me dejaron pasar consulta sola, hacer prescripciones, biopsias, notas de evolución, etc. El equipo me hizo sentir como en casa, una más en el departamento, y pude asistir a la reunión anual de la Sociedad Francesa de Dermatología Pediátrica, a las "pause-café" del departamento, que son seminarios formativos que el hospital ofrece a médicos de familia y especialistas "en ville" cada 3 meses, a una de las reuniones interhospitalarias de Dermatología de la Île-de-France, y a un curso en la Universidad Pierre y Marie Curie sobre el papel de la ecografía pre-natal en Dermatología. Y, además, tuve la oportunidad de escribir un artículo científico con el Prof. Smaïl Hadj-Rabia.

A golpe de corazón

A nivel científico, el hospital Necker es un centro de reputación incontestable y continuar aprendiendo en él ha significado para mí un enorme privilegio. Pero, más allá de la "ciencia", Necker es una estructura construida a base de corazón, y son la sencillez y la cercanía las cualidades que llenan los pasillos del Servicio. En Necker no existen los relojes y lo más importante es salvaguardar la inocencia y la sonrisa de cada niño, una sonrisa que no les vi perder casi en

**Necker es una estructura
construida a base de corazón,
y son la sencillez y la cercanía
las cualidades que llenan los
pasillos del Servicio**

ningún momento pese a la gravedad de la patología de algunos de ellos.

Me quedo con todo lo aprendido, con las emotivas palabras que me dedicaron al despedirme, la sonrisa de cada niño y sus carcajadas lejanas en la sala de espera, los momentos de risa con las enfermeras, el pequeño diccionario básico español-francés que les dejé, mi compañera rotante y ahora amiga Zineb, y todo lo que no cabe en estas líneas...

Me gustaría animar a todos los residentes a realizar estancias formativas, especialmente en otros países, y agradecer enormemente a CINFA y al Colegio de Médicos de Navarra la inestimable ayuda que supone esta beca. Un recuerdo especial al Dr. Ignacio Landecho, promotor de esta iniciativa. Y, por supuesto, con mucho cariño, agradecer también a todos los compañeros del departamento de Dermatología de la Clínica Universidad de Navarra, por apoyar tanto con este tipo de gestos nuestra formación.





“Todos los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y derechos”

(Declaración Universal de los DDHH).

El drama humano de los refugiados en

Chios

♦ DR. IÑAKI GOÑI ZUBIRI

Traumatólogo del SNS-O

Voluntario en Grecia con
Salvamento Marítimo Humanitario.

¿Por qué huyen de su tierra y lo dejan todo?

¿Por qué vienen aquí?

¿Qué vida llevaban hasta ahora?

¿Qué haríamos nosotros en su situación?

¿Qué han hecho para merecer esto?

¿Y yo? ¿Qué he hecho yo?

¿Somos privilegiados?

Son preguntas que surgen cuando les conoces, cuando aprecias expresiones de fatiga, de miedo... impresionan las miradas que reflejan injusticia y sufrimiento. Personas que huyen de la guerra, del hambre, de la exclusión social por motivaciones políticas o religiosas, sexuales, conflictos étnicos... de la violencia en definitiva que ellas y ellos no han creado ni escogido. Ninguno, ninguno, ha elegido este viaje por voluntad propia. El contacto directo sensibiliza con su problema, que apenas valoramos; nos llega una escasa y con frecuencia manipulada información.

La isla griega de Chios-Quios es una de las mas orientales del país y se encuentra frente a la costa turca, a escasos 7-8 Km. de la misma. Con las vecinas Lesbos y Samos, es la que escogen en su éxodo gran parte de personas, mayoritariamente asiáticas y africanas, y los que trafican con estos hombres, mujeres y niños. En Turquía parece que hay más de 2,5 millones de personas desplazadas, y la opción de muchas de ellas es llegar a Europa en algún momento. En la actualidad, en cualquiera de estas tres islas, las arribadas nocturnas son muy frecuentes, prácticamente diarias. Después de llegar a la "tierra prometida", permanecerán en su gran mayoría sin salir de la isla un año, quizás dos, a la espera de conseguir papeles de refugiado que en ocasiones se les niega, provocando en estos casos la detención y deportación de nuevo a tierras turcas, siguiendo las normas de un acuerdo vergonzoso entre la Unión Europea y Turquía, de Marzo del año 2016.

Chios cuenta con una población de 50.000 habitantes. Actualmente hay unos 4.000 solicitantes de asilo, que se distribuyen en dos campamentos y también en residencias y viviendas. La situación en los campos es de hacinamiento y los cuidados que reciben son muy precarios; los problemas de salud, tanto físicos como psíquicos, habituales y son muy corrientes enfermedades contagiosas como la sarna.

La isla ha sufrido lógicamente un cambio importante desde la llegada de estos desplazados forzosos, y se ha acentuado un deterioro social previamente existente, a causa de los recortes impuestos a los griegos por la Comisión Europea que además, en gran medida, ha abandonado al país en el problema de los refugiados. Grecia ha mostrado una solidaridad mayor a la de cualquier otro país europeo. En Chios inicialmente hubo



Acogida y asistencia inmediata de refugiados en Chios. ➡



"Hemos atendido a grupos de familias enteras, jóvenes y embarazadas, niños y personas mayores, a veces con patologías previas severas, y que llegaban en condiciones precarias".

una buena acogida y un buen trato con estas personas, pero la situación se ha estancado y las soluciones no llegan; hay un cierto cansancio en la población y han aparecido algunos brotes racistas. No obstante, hemos comprobado actitudes generosas en mucha gente y también entre muchos profesionales sanitarios, que a pesar de todo les ayudan y colaboran desinteresadamente.

En la isla hay un pequeño hospital, similar a los comarcales que aquí conocemos, que se encuentra bastante desbordado por este aumento de la población. No presenta una cobertura completa de especialidades, y en muchos casos la atención se intenta cubrir por diferentes organismos y ONGs, entre las cuales se encuentra Salvamento Marítimo Humanitario.

COOPERACIÓN



¿Qué hace Salvamento Marítimo Humanitario-SMH?

Salvamento Marítimo Humanitario-SMH está trabajando en Chios desde hace unos 2 años y desarrolla actividades de asistencia y socorro en la zona, así como labores de información de la situación y sensibilización sobre los derechos humanos. Nuestro trabajo, formando parte de un equipo sanitario, ha sido atender a estas personas en su llegada a las costas griegas, ofreciendo una asistencia inicial, y, en la medida de lo que se nos permitía, continuar con valoraciones y con los tratamientos posteriores que necesitasen, intentando la coordinación con otros colectivos humanitarios, sanitarios y autoridades, no siempre fácil.

Mi experiencia con la traumatología ha valido solo en ocasiones puntuales, no hay más remedio en estas situaciones que reciclarse, cambiar el chip del especialista e intentar hacer un poco de todo. Toca valorar, además de lo puramente traumático, un amplio y variado campo de posibles patologías: dolores abdominales, exploraciones pediátricas, exploraciones faríngeas y bucales, auscultación cardiorrespiratoria,

situaciones de embarazo, hipotermias..., incluso intentar estar preparado para problemas de emergencia que en este último tiempo no se nos han llegado a presentar. Contábamos con unos buenos medios, con buen material, instrumental, medicamentos, etc... La trayectoria de SMH ya es larga y hay una buena preparación para atender estas situaciones. En el seguimiento también es necesaria una visión global, y controlar tratamientos de infecciones, problemas dermatológicos, odontológicos y de patología general.

Hemos tratado de atender, de ayudar y de acompañar, a personas que vienen de guerras abiertas que no parecen tener solución, y también a víctimas de muchos conflictos no declarados, como los que están sucediendo en la actualidad en gran parte del continente africano. Nos ha tocado recibir a grupos de familias enteras, jóvenes y embarazadas, niños y personas mayores, a veces con patologías previas severas, y que llegaban en condiciones precarias.

Las cifras impresionan

No se trata de cuantificar el problema y menos aún el sufrimiento,

“Debemos reivindicar que estas personas tengan las necesidades básicas cubiertas, denunciar su vulneración y también a los que destruyen sus vidas”.

pero lo cierto es que las cifras impresionan. Según ACNUR (Informe de Diciembre 2015), hay en el mundo 65 millones de desplazados forzados, la cifra más alta desde la Segunda Guerra Mundial, y de ellos la tercera parte ha cruzado las fronteras de su país de origen. Solo una mínima parte llegan a territorio europeo.

Si sufriéramos una persecución violenta, si fuésemos víctimas de conflictos, del hambre o estuviésemos en una situación de vulnerabilidad, sin duda que nos iríamos a buscar una vida mejor. Eso es lo que buscan cuando dejan su casa, su familia, su entorno y su gente, su vida en definitiva. Dejar de sufrir.

En muchos casos vivían en unas buenas condiciones hasta comenzar la guerra. En otros, ellos y ellas, su grupo étnico o sus familias, ya llevaban un largo tiempo perseguidos y sopor-tando una situación sin solución.

En nuestro entorno supuestamente disfrutamos de derechos elementales: salud, educación, alimentación, vivienda...y no tendríamos que sentirnos privilegiados por esto, porque no son privilegios sino derechos. Debemos reivindicar que estas personas tengan esas mismas necesidades básicas cubiertas, denunciar su vulneración y también a los que destruyen sus vidas.

1 Jornadas de Cooperación y Voluntariado

TÍTULO: COOPERACIÓN SANITARIA NAVARRA: BARRERAS Y PUENTES.

Lunes. **20**
de Noviembre
19'00 h.

Presente y futuro de la cooperación sanitaria navarra.

Rafael Teijeira. Pte. del Colegio de Médicos de Navarra:
Presentación y bienvenida.

Fernando Domínguez. Consejero de Salud del Gobierno de Navarra:

Compromiso del Departamento de Salud con los sanitarios cooperantes. Problemas y soluciones.

Óscar Moracho. Director-Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea:

Medidas de apoyo a la cooperación sanitaria.

Alberto Lafuente. Coordinador de la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra:

¿Qué necesitan los médicos cooperantes? ¿Qué ofrece la Oficina de Cooperación?

Modera:

Luis Apesteguía. Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra.

Experiencias de cooperación y voluntariado.

Iñaki Goñi. Traumatólogo:

Atención sanitaria a refugiados en Sáhara y Grecia.

Kiko Betelu. Médico de urgencias:

Organización de Urgencias en Bolivia.

Valles Iraburu. Matrona:

Ser madre en Camerún.

Leoncio Bento. Cirujano pediátrico:

Experiencias de un médico jubilado en África.

Juanjo Unzué. Nefrólogo:

Oportunidades de voluntariado en Navarra.

Modera:

Marga Iraburu. Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra.

Lugar: Salón de Congresos del Colegio de Médicos de Navarra.
(Baja Navarra, 47).

Organiza: Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra.

Cada participante hará una exposición de 10 minutos.
Posteriormente se abrirá un turno de preguntas y debate.

Entrevista

Dr. Carlos Centeno

Director de la Unidad de Medicina Paliativa de la Clínica Universidad de Navarra

♦ JOSU CARTE GARCÍA y

♦ OLGA GÓMEZ SHEVYAKOVA

Estudiantes de Medicina en la Universidad de Navarra.

El sábado, 14 de octubre, se celebró el Día Mundial de los Cuidados Paliativos con el lema “Cobertura universal de salud y cuidados paliativos: No dejes atrás a los que están sufriendo”. Este evento movilizó a los estudiantes de medicina para lanzar un vídeo con el objetivo de concienciar a sus compañeros. Este vídeo, en palabras del Dr. Carlos Centeno, director de la Unidad de Medicina Paliativa de la Clínica Universidad de Navarra y profesor en la Facultad de Medicina, pone de manifiesto la existencia de una laguna en la educación médica en lo que se refiere al cuidado del paciente terminal, laguna que los estudiantes han podido percibir y frente a la que han querido reaccionar.

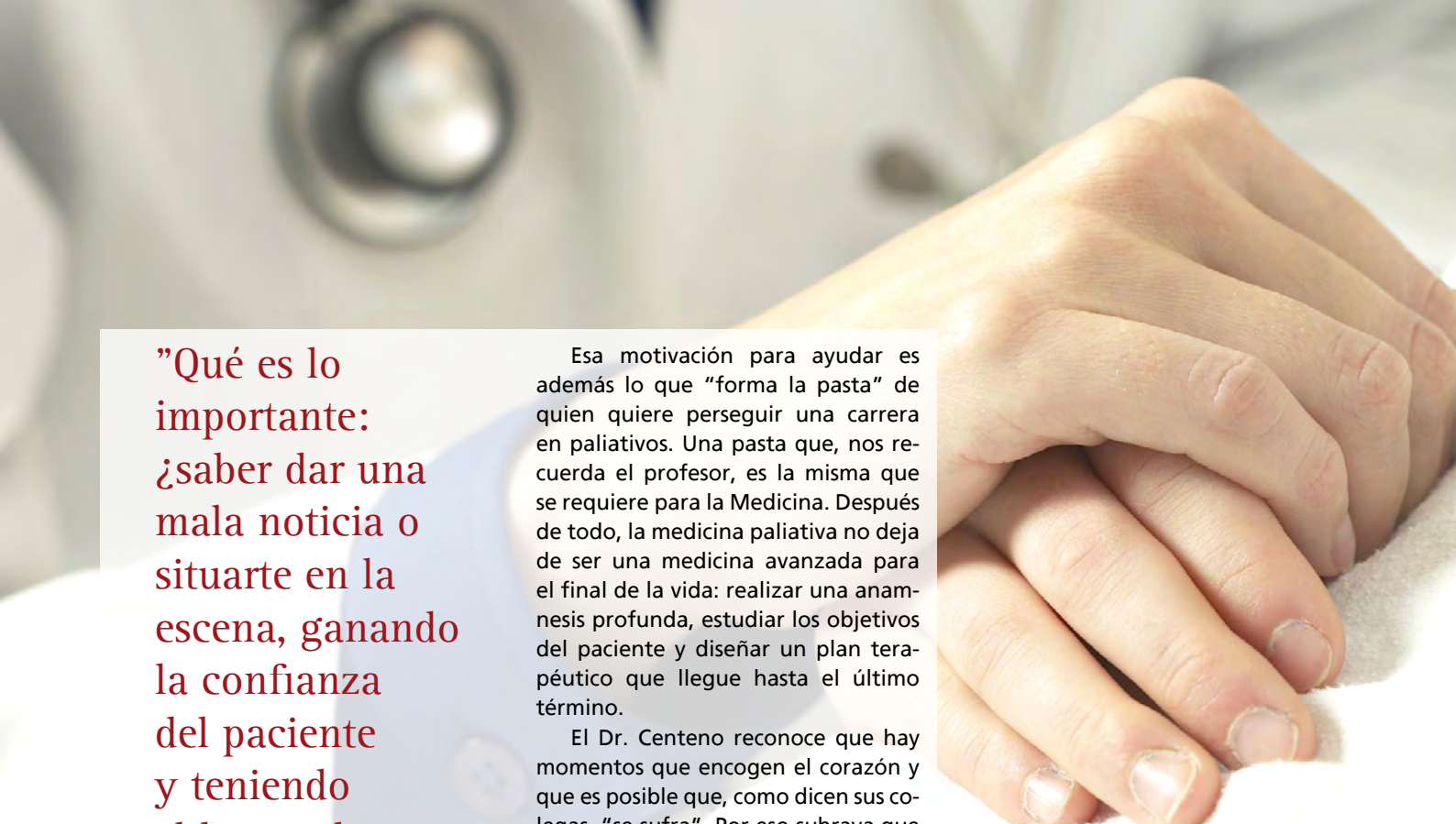


Dr. Carlos Centeno ↑

En primer lugar, la enseñanza de la Medicina Paliativa tiene una gran cualidad especial que es, en cierto modo, también su maldición. Y es que es una materia transversal. En palabras del Dr. Centeno, “Paliativos no es un órgano, como sucede en la cardiología o en la neumología”. Esto, por supuesto, dificulta la enseñanza de manera formal en una asignatura establecida, tanto en el sentido de buscarle un espacio en un plan de estudios ya cerrado, como en cuanto a la didáctica de la asignatura, que difícilmente puede basarse en una serie de clases magistrales.

No obstante, como bien subraya el Dr. Centeno, “no todo es enseñar paliativos en una asignatura. Hoy los paliativistas vamos a dar clase en ética, en asignaturas de clínica práctica, en comunicación clínica...”, porque, al fin y al cabo, el objetivo de la docencia sobre cuidados paliativos no es enseñar la propia especialidad, sino conseguir que en los médicos del futuro cale un mensaje: centrarse en el paciente, atención integral, nunca perder de vista a la familia, las decisiones las toma el paciente...

Es posible que en un primer momento pueda parecer que educar a los profesionales sanitarios en el cuidado



”Qué es lo importante: ¿saber dar una mala noticia o situarte en la escena, ganando la confianza del paciente y teniendo el honor de recibir sus confidencias?”

del paciente terminal requiera un duro entrenamiento psicológico para poder hablar con el paciente de la llegada al punto de no retorno. El Dr. Centeno, sin embargo, tiene otro punto de vista. El oncólogo insiste en que no le parece tan relevante el saber cómo comunicar una mala noticia de ese calibre, en comparación a relacionarse con el paciente. Según explica, “al establecer una relación de ayuda en la que el médico se mete en escena con sus conocimientos y su motivación por ayudar, el paciente abre su confianza y cuenta sus confidencias”.

Reconoce que hay una parte de técnica, pero según su experiencia y sus conocimientos, esta técnica se resume en “ser auténtico”. Que quien sea divertido sea divertido, que quien prefiera la seriedad vaya con seriedad... y querer ayudar, porque ese deseo de ayudar es lo que el paciente percibirá y lo que hará que se abra o se cierre. Al final, esa mejora en la comunicación hará que afloren las preocupaciones y los deseos de los enfermos.

Esa motivación para ayudar es además lo que “forma la pasta” de quien quiere perseguir una carrera en paliativos. Una pasta que, nos recuerda el profesor, es la misma que se requiere para la Medicina. Después de todo, la medicina paliativa no deja de ser una medicina avanzada para el final de la vida: realizar una anamnesis profunda, estudiar los objetivos del paciente y diseñar un plan terapéutico que llegue hasta el último término.

El Dr. Centeno reconoce que hay momentos que encogen el corazón y que es posible que, como dicen sus colegas, “se sufra”. Por eso subraya que quien se esté planteando hacer medicina paliativa tiene que, además de notar que le llama, ser muy humano, muy compasivo y querer ayudar hasta el último aliento. Por descontado, al final se sufre como con todas las especialidades médicas: “Se sufre y se recibe mucho, se alivia mucho, se ve descansar, morir en paz al paciente”.

Este año el lema del Día Mundial era “No dejéis atrás a aquellos que sufren”: extender la posibilidad de recibir unos cuidados al final de la vida a todo enfermo avanzado. Y, para esto, nos recuerda que es fundamental el trabajo de bases. El Dr. Centeno afirma que son “pocas las veces en las que los especialistas en paliativos se encargan de los enfermos terminales. En la gran mayoría de los casos, son los médicos de familia o de otras especialidades los que se encargan de estos pacientes”. El objetivo no debería ser establecer equipos de especialistas en paliativos, sino que todo profesional tenga una base de conocimientos en medicina paliativa, de ahí la importancia de formar en la facultad y concienciar a la sociedad.

Es decir, el extender la cobertura de la medicina paliativa no debe quedarse sólo en el ámbito sanitario. Naturalmente, se debe extender a la sociedad entera. No olvidemos que cuidar de nuestros enfermos es tarea de todos y todas.

”Se trata de que todo profesional haga medicina paliativa y, por eso, educar desde la carrera concienciando a la sociedad de cómo se está junto a un paciente”

Detección precoz en Atención Primaria

El diagnóstico y tratamiento precoz de la artritis reumatoide previene la incapacidad funcional



■ **DRA. ROSARIO
IBÁÑEZ BOSCH.**

SERVICIO DE
REUMATOLOGÍA
DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO DE
NAVARRA (CHN).

La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad reumática inflamatoria crónica más frecuente. Su prevalencia está estimada en el 0,5 % de la población general, lo que representa más de 200.000 pacientes en España y unos 3.000 en Navarra.

Tabla 1. Manifestaciones de la Artritis Reumatoide

Manifestaciones Clínicas de la AR		
Articulares	Sistémicas	Extra-articulares
• Poliartritis a menudo simétrica. • Articulaciones dolorosas y tumefactas. • Limitación en el movimiento. • Dolor en reposo que mejora con la actividad. • Tumefacción y rigidez matinal.	• Fiebre. • Pérdida de peso. • Anemia. • Fatiga. • Malestar. • Depresión.	• Nódulos reumatoides. • Enfermedad ocular (síndrome seco, queratitis, escleritis). • Enfermedad pulmonar. • Carditis (pericarditis, miocarditis). • Amiloidosis. • Vasculitis.

La AR es una enfermedad poliarticular, de etiología autoinmune, caracterizada por la inflamación de las membranas sinoviales, que provoca artritis y tenosinovitis, produciendo daño estructural articular que es causante de grandes deformidades y discapacidad articular.

Se manifiesta como una poliartritis simétrica de pequeñas, medianas y grandes articulaciones. La afectación más frecuente es en manos y pies, pero puede afectar al resto de articulaciones, excepto las interfalángicas distales. El dolor que refiere el paciente es típicamente inflamatorio, mejora con el movimiento y empeora con el reposo, siendo característico el empeoramiento y entumecimiento matutinos, al despertar. Las manifestaciones extraarticulares y los síntomas sistémicos son frecuentes, algunos incluso desde el inicio de la enfermedad (Tabla 1).

La etiología es autoinmune como muestra la presencia de anticuerpos específicos, como el Factor Reumatoide (FR) y los anticuerpos anti-proteínas cíclicas citrulinadas (ACPA, anti-CCP). También hay factores genéticos y ambientales. Es conocida la mayor frecuencia de AR entre familiares de pacientes. Los factores genéticos más conocidos son la mayor frecuencia del epítoto compartido HLA DRB1 y otras variables génicas en STAT4 y PTPN22. Entre los factores ambientales (infecciosos y tóxicos), el más importante conocido es el tabaco.

El diagnóstico es clínico, pero se apoya en datos analíticos como la presencia de anticuerpos característicos y de la elevación de los reactantes de inflamación. Los criterios clásicos de clasificación de AR fueron elaborados por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) en 1987 (Tabla 2), pero han mostrado ser poco sensibles al inicio de la enfermedad. Solo el 50% de los pacientes cumplen estos criterios al inicio de los síntomas. Los criterios actuales se elaboraron conjuntamente por las sociedades europea y americana de Reumatología (EULAR y ACR) en 2010, con la finalidad de clasificar mejor los pacientes en fases tempranas de la enfermedad, sin merma de la sensibilidad y especificidad con respecto a los criterios previos. Requieren la presencia de, como mínimo, una articulación tumefacta y tiene en cuenta el número y tamaño de las articulaciones afectadas, la presencia de FR o anti-CCP, la elevación de reactantes de fase inflamatoria aguda (VSG y PCR) y el tiempo de evolución de los síntomas. A cada uno de estos factores les adjudica una puntuación y se requieren 6 puntos para clasificar a un paciente como AR (Tabla 3).

Tabla 2. Criterios de clasificación de AR de 1987 (ACR)

- 1. Rigidez matutina** (alrededor de las articulaciones y de al menos 1 hora).
- 2. Artritis de 3 o más articulaciones** (al menos 3 articulaciones simultáneamente observado por un médico). Las 14 posibles áreas articulares son IFP, MCF, carpos, codos, rodillas tobillos y MTF).
- 3. Artritis de manos** (al menos una área tumefacta debe ser carpo, MCF o IFP).
- 4. Artritis simétrica** (simultánea afectación de la misma área articular bilateral).
- 5. Nódulos reumatoides** (nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas o áreas extensoras o regiones yuxta-articulares, observadas por un médico).
- 6. Factor reumatoide sérico** (demostración de una cantidad anormal de FR por un método que sea positivo en <5% de la población sana).
- 7. Cambios radiográficos** (cambios radiográficos típicos de AR en manos y carpos, incluyendo erosiones y descalcificación yuxta-articular).

Para la clasificación como AR se requieren 4 de los 7 criterios. Los criterios 1 al 4 deben estar presentes al menos durante 6 semanas.

IFP: interfalángicas proximales;
MCF: metacarpofalángias;
MTF: metatarsofalángicas;



Tabla 3.
Criterios de clasificación ACR-EULAR 2010
para Artritis Reumatoide

Criterios de clasificación AR ACR-EULAR 2010

Requisito: Artritis en una articulación*

Afectación articular

1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
>10 articulaciones pequeñas afectadas	5

Serología

FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos (<3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos alto (<3 VN)	3

Reactantes de fase aguda

VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1

Duración

< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1

*Excluyendo IFDs, MTF1

6 puntos = AR

¿Por qué es importante el diagnóstico precoz?

La inflamación sinovial de la AR produce daño estructural debido a que el tejido inflamatorio sinovial, el llamado pannus, infiltra el cartílago y el hueso subcondral, así como los tejidos blandos periarticulares, todo lo cual conduce a destrucción articular, luxación y deformidades. El pannus es el responsable de las erosiones subcondrales que apreciamos en la radiología. Un dato importante es que las erosiones en la AR pueden aparecer desde el primer año de evolución de la enfermedad.

La actividad de la enfermedad produce discapacidad funcional desde el inicio de la enfermedad. Inicialmente la discapacidad está asociada a la inflamación y es reversible, pero con el tiempo, a medida que avanza la enfermedad y las articulaciones se dañan provocando deformidades, la discapacidad se hace irreversible. Es por esto que es importante instaurar el tratamiento lo más precozmente posible a fin de evitar el daño estructural que lleva a las temibles deformidades de la AR.

Las estrategias de tratamiento de la AR han cambiado mucho en los últimos años desde la llegada de nuevos fármacos modificadores de la enfermedad, sobre todo con los biológicos, que ha permitido que nos planteemos la remisión clínica completa y sostenida en el tiempo como un objetivo alcanzable. Ahora ya no nos conformamos con mejorías parciales de los síntomas, que permiten evolucionar el daño estructural. Las estrategias actuales implican tratar con un objetivo (treat to target) y el objetivo es la remisión clínica. Para ello, es necesario monitorizar al paciente cada 1-3 meses e intensificar o modificar el tratamiento en función de la actividad, como recogen las guías terapéuticas para el tratamiento de la AR. En pacientes con AR evolucionada en ocasiones solo podemos aspirar a conseguir una baja actividad, pero en pacientes con AR de inicio el objetivo es la remisión clínica. Numerosos estudios (TICORA, CAMERA, BEST...) han mostrado que con esta estrategia se consiguen tasas más elevadas de remisión clínica, menor daño estructural, mejor capacidad funcional y menor tasa de cirugía ortopédica.

Diversos ensayos clínicos y análisis de cohortes de AR han demostrado que la probabilidad de una remisión clínica sostenida (a largo plazo) es mucho mayor cuando el tratamiento se instaura en las 12 primeras semanas desde el inicio de los síntomas. Incluso la probabilidad de mantener esta remisión clínica con un solo fármaco modificador de la enfermedad (FAME) no biológico, e incluso de poderla mantener sin fármaco, es mayor cuando se inicia en este periodo inicial.

“El diagnóstico precoz permite instaurar el tratamiento en fase temprana, aprovechando la ventana de oportunidad, consiguiendo altas tasas de remisión clínica y evitando el daño estructural que lleva a las deformidades e incapacidad funcional”

Es por esto que a este periodo inicial de la enfermedad se la ha llamado ventana de oportunidad.

El ensayo FinRaCo demostró que un retraso superior a los 4 meses en iniciar el tratamiento fue el único factor predictor de no alcanzar la remisión clínica con un único FAME. Otro estudio, el ESPOIR, demostró que existe un tiempo crítico muy corto desde el inicio de los síntomas y la instauración del FAME para poder alcanzar la remisión sostenida sin fármaco. Este tiempo crítico para la introducción de un FAME era de 11.4 semanas desde el inicio de la enfermedad para los pacientes ACPA + y 15 semanas para los ACPA negativos.

El estudio VERA (Very Early Rheumatoid Arthritis) también demostró que iniciar el FAME en las primeras 12 semanas de evolución es el factor predictor más significativo de remisión clínica, OR 2.03 (1.25-3.30).

Un metaanálisis de 18 ensayos clínicos randomizados demostró que un tiempo prolongado de síntomas antes de iniciar el tratamiento con FAME es un factor de riesgo independiente de progresión radiográfica y de baja probabilidad de remisión clínica sostenida sin fármaco.

El diagnóstico precoz de la AR permite instaurar el tratamiento en fase temprana, aprovechando la ventana de oportunidad, consiguiendo altas tasas de remisión clínica y evitando el daño estructural que lleva a las deformidades e incapacidad funcional.

En 2015, se publicó el "Libro blanco sobre AR precoz". Fue un proyecto en el que participaron reumatólogos del grupo ARCO (artritis reumatoide de reciente comienzo) de la Sociedad Española de Reumatología, médicos de Atención Primaria y pacientes con AR. En el contexto de este proyecto se realizó un estudio sobre 92

“Los tratamientos biológicos han permitido que nos planteemos la remisión clínica completa y sostenida en el tiempo como un objetivo alcanzable”

pacientes con AR y se apreció un retraso de cerca de 14 meses entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de AR en estos pacientes. La mayoría reconocían que tardaron unos 6 meses en acudir a su médico desde que iniciaron los primeros síntomas. Después, había otros meses de retraso hasta que se remitía a reumatología y finalmente varios meses más hasta que el reumatólogo recibía al paciente y emitía el diagnóstico. En el mismo estudio se vio que el 65% de los pacientes cuyo diagnóstico se retrasó más de 1 año reconocían tener afectada la calidad de vida por la enfermedad, en contraste con el 29% de los pacientes cuyo diagnóstico se hizo en el primer año.

Los autores enfatizaban la importancia de un diagnóstico precoz que hiciera posible iniciar el tratamiento en los 3 primeros meses de enfermedad para así aprovechar la ventana terapéutica de oportunidad. Para ello, hicieron hincapié en la necesidad de que el paciente consulte temprano sus síntomas, que el médico de Atención Primaria tenga presentes unos síntomas de alarma de que puede estar ante una AR de inicio (presencia de dolor e inflamación poliarticular, afectación simétrica y rigidez matutina) y la necesidad de establecer circuitos rápidos de remisión de estos pacientes al reumatólogo. Además, abogaban por la creación de unidades de AR temprana en los servicios de Reumatología.

¿Cuándo debe sospechar el Médico de Atención Primaria que está frente a una AR de comienzo?

Cuando un paciente refiere poliartalgias de reciente comienzo, sobre todo si afectan a pequeñas articulaciones de manos y carpos (excluyendo IFDs y TMC) y pies (excluyendo MTF 1^o), se deberá interrogar al paciente para determinar si el dolor es de características inflamatorias, si se acompaña de rigidez matutina y si la afectación es simétrica. La exploración física articular detallada, articulación por articulación, pondrá de manifiesto la presencia de signos inflamatorios (tumefacción, dolor y calor, menos frecuentemente eritema) en alguna de las articulaciones dolorosas. Hay que tener presentes los síntomas de alarma: de dolor e inflamación poliarticular, afectación simétrica y rigidez matutina. Si la exploración física ya evidencia poliartrosis, el paciente debería ser remitido sin más demora a Reumatología, independientemente de que el diagnóstico posterior sea AR

u otra enfermedad reumática inflamatoria. Si no se detecta artritis o es dudoso, la determinación analítica puede apoyar la sospecha clínica si hay positividad de FR y/o anti-CCP o si se aprecia elevación de reactivantes de fase inflamatoria aguda (VSG, PCR).

En principio, todo paciente que presenta una artritis debe ser remitido a Reumatología y de forma preferente. En caso de artralgiyas, se remitirá a aquellos pacientes que presentan dolor poliarticular, sobre todo si afecta a manos y pies, es simétrico, de características inflamatorias con rigidez matutina y/o se detecta elevación de los RFA o positividad de FR y/o antiCCP (Tabla 4). En todos los casos, los pacientes se deben remitir al servicio de Reumatología de forma preferente y lo antes posible. Es preferible remitirlo sin haber iniciado tratamiento esteroideo a dosis medias-altas (prednisona >30 mg/d), ya que la mejoría que el paciente pueda experimentar temporalmente no compensa el retraso diagnóstico que puede provocar dicha mejoría si al verle el reumatólogo el cuadro clínico está enmascarado por los corticoides.

Tabla 4.
Pauta de derivación para el diagnóstico precoz de Artritis Reumatoide

Se recomienda derivar a Reumatología a todo paciente con dolor articular, sobre todo si afecta manos y pies (excluyendo IFD, TMC y MTF1) y presenta alguna de las siguientes características:

- Se acompaña de hinchazón articular (artritis)
- Es de predominio matutino con rigidez > 1 hora y simétrico
- Hay alteración de las pruebas complementarias (↑reactantes de fase aguda no atribuibles a otra causa, FR, CCP)

IFD: interfalángicas distales; TMC: trapezo-metacarpianas. MTF1: metatarso-falángicas primer dedo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monti S, Montecucco C, Bugatti S, Caporali R. Rheumatoid arthritis treatment: the earlier de better to prevent joint damage. Rheumatic and Musculoskeletal diseases 2014; doi 10.1136/mdopen-2015-000057.
2. Smolen JS Landewe R, Bijlsma J et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. 2016 update. Ann Rheum Dis 2017; Mar 5.
3. Mottonen T, Hannonen P, Korpela M et al. Delay to institution of therapy and induction of remission using single-drug or combination disease modifying antirheumatic drug therapy in early rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2002; 46:894-8.
4. Van Nies JA, Tsonaka R, Gaujoux-Viala C. Evaluating relationships between symptom duration and persistence of rheumatoid arthritis: does a window of opportunity exist? Results on the Leiden Early Arthritis Clinic and SPOIR cohorts. Ann Rheum dis 2015; 75:806-12.
5. Contreras-Yañez I, Pascual-Ramos V. Window of opportunity to achieve major outcomes in early rheumatoid arthritis patients: how persistence with therapy matters. Arthritis Research Therapy 2015; 17: 177.
6. Gremesse E, Salaffi F, Bossello SL, et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicenter real life prospective study. Ann Rheum Dis 2013; 72:858-62.
7. Van Nies JA, Krabben A, Schoones JW et al. What is the evidence for the presence of a therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis? A systematic literature review. Ann Rheum Dis 2014; 73:861-70.
8. Nagy G, van Vollenhoven R. Sustained biologic-free and drug free remission in rheumatoid arthritis, where are we now? Arthritis Resarch Theray 2015; 17:181.
9. Libro blanco de la Artritis Reumatoide precoz en España. Grupo de trabajo de Artritis de Reciente comienzo de la SER. Presentado en el congreso de la Sociedad de Reumatología de 2015.

Novela histórica: El sanatorio de la Provenza

Autora: Dra. Rosa Blasco Gil.
Editorial: Click Ediciones.

Un sanatorio. Extrañas muertes.
Un investigador con un misterioso pasado.

La obra

La Provenza, año 1889. Galo Aldave, un joven médico de origen español llega a Saint-Rémy para investigar unas extrañas muertes ocurridas en un sanatorio mental.

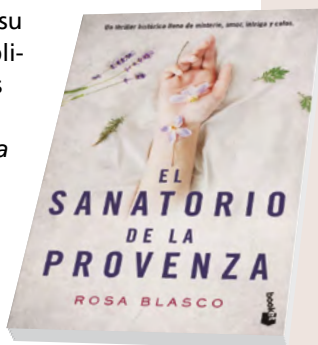
A su llegada serán muchos los sospechosos pero contará con la ayuda la hermana Anne Marie, una joven novicia, y del doctor Larroque, un psiquiatra entregado a su profesión, para llevar a cabo la investigación. No será tan bien recibido por todos ya que el apuesto médico y su investigación provocarán los celos y la ira de algunos de los trabajadores del centro.

Nuestro protagonista no solo logrará esclarecer el enigma en torno a la muerte de los pacientes fallecidos en el sanatorio de Saint Paul. Durante su estancia en Saint-Rémy, Galo vivirá experiencias que cambiarán su vida para siempre. Entablará una relación amorosa con Pauline Murat, una atractiva viuda, descubrirá un importante secreto de su misterioso pasado y aprenderá el valor de la amistad de la mano de la hermana Anne Marie, a la que Galo abrirá del todo su corazón.

Un thriller histórico lleno de misterio, amor, intriga y celos en el sugerente paisaje de La Provenza.

La autora

Rosa María Blasco Gil nació en Alcañiz (Teruel). Es médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Doctora en Historia de la Medicina. Aunque su vocación es la Medicina, su gran pasión, es la Literatura. Ha publicado numerosos artículos en revistas científicas. Ha sido colaboradora en los años 90 del periódico *La Comarca del Bajo Aragón*, mediante una columna de opinión. Y ha publicado el libro *El Hospital de San Nicolás de Bari de Alcañiz (1418-1936)*. Actualmente ejerce de médico de familia en Tudela (Navarra).



La pediatra navarra Maite Sota presentó su última novela "El informe Ulises", el pasado 25 de Octubre en el Colegio de Médicos, acompañada por Raimon Pelach. La novela trasporta a la cruel realidad de los abusos sexuales a menores, envueltos en muchas ocasiones en un manto de silencio hasta que saltan a la luz pública o que quedan para siempre en el olvido.

La trama del libro relata el suicidio en Tafalla de Ulises, un adolescente de trece años, que conmociona a su pediatra, Karmele Altuna. La macabra visión del cuerpo de la víctima y el extraño ambiente familiar incitan a la doctora Altuna a hurgar en las razones de lo ocurrido.

Pese a los trastornos que origina en su vida personal y profesional, pese a todos los obstáculos, Karmele emprende una tenaz investigación que le proporcionará evidencias de la implicación en el caso de religiosos de un colegio de Burgos en el que Ulises había estudiado. Con la ayuda de un periodista interesado en la investigación, la pediatra descubrirá diversos casos similares ocurridos en el mismo colegio. Pero sus pesquisas toparán con la sistemática cerrazón de la Iglesia católica ante tan sórdidos asuntos.

Se trata de la tercera novela publicada de Maite Sota, pediatra en el Centro de Salud Rochapea y autora de "Necoleto Pambí. Historia de una vida insípida" y "El ser encadenado". En 2016 escribió "El perfume de la higuera", todavía sin publicar.



Presentación de la novela *El informe Ulises* de la Dra. Maite Sota, en el Colegio de Médicos

CURSO 2017-18 EN EL CENTRO DE FORMACIÓN DE IDIOMAS CLEN COLLEGE

¡Tu formación en idiomas, y la de tus hij@s, en nuestras manos!

Descuentos especiales para médicos e hij@s.

	Nuevo alumno	Renovación	PVP	Precio médicos e hij@s	Precio matrícula	Cuota inscripción	Antiguos alumnos	Precio médicos
Para adultos								
Curso de 3 horas a la semana.	70 €	45 €	108 €/mes	81 €/mes				
Preparación de exámenes. Cursos extensivos. De octubre a junio (3 horas semanales).			118 €/mes	88 €/mes	70 €			
Conversación. Viernes tarde y sábado mañana.			69 €/mes			25 €	64 €/mes	36 €/mes
Para niños y adolescentes hij@s de médicos de 4 a 16 años								
Curso de dos horas a la semana.	45 €	36 €	72 €/mes	49 €/mes				
De 12 a 17 años								
Preparación de exámenes Cursos enfocados hacia la preparación de los alumn@s para los exámenes oficiales. Duración: de septiembre a junio (2 horas semanales).	45 €	36 €	72 €/mes	53 €/mes				

Centro Rochapea:

Marcelo Celayeta, 75 Nave B2, p 2ª, of 58
Tel: 948 172 391.
3014 PAMPLONA

www.clencollege.com

Centro Colegio de Médicos:

Avda. Baja Navarra, 47
TE: 948 172 391.
31002 PAMPLONA

recepcion@clencollege.com

Centro Mendebaldea:

Irunlarrea 8, entreplanta
Tel: 948 267 852.
31008 PAMPLONA

Tel: 948 17 23 91

Información exámenes Cambridge marzo 2018

Examen	Tasas examen	Fecha examen	Periodo de matriculación
PET	90 €	Sábado, 17 de marzo de 2018	Del 5 al 11 de febrero de 2018
FCE	165 €	Sábado, 10 de marzo de 2018	Del 29 de enero al 4 de febrero de 2018
CAE	185 €	Sábado, 17 de marzo de 2018	Del 5 al 11 de febrero de 2018
CPE	205 €	Sábado, 10 de marzo de 2018	del 29 de enero al 4 de febrero de 2018

Las fechas de los exámenes orales pueden sufrir modificaciones.
Informaremos de las fechas definitivas una vez pasado el periodo de matriculación.

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN EXÁMENES CAMBRIDGE:

La inscripción es online, debes pinchar en el siguiente enlace: <http://clencollege.com/formulario-de-inscripcion/#>
Marcar en tipo de servicio: "Inscripción a examen oficial Cambridge".
No se tendrán en cuenta las inscripciones realizadas antes del plazo de inscripción señalado.
Las inscripciones realizadas después de dicho plazo tendrán un recargo de 30 €.

Examen	Fechas	Horarios	Lugar	Precios
PET	09/01 al 15/03	M, Mx, J 10:00 - 12:00 h.	Rochapea	485 €
FCE	09/01 al 08/03	M, Mx, J 10:10 - 12:10 h.		
CAE	08/01 al 15/03	L, M, Mx 10:00 - 12:00 h.		
CPE	09/01 al 08/03	M, Mx y J 10:00 - 12:00 h.		
PET	12/01 al 09/03	V 17:00 - 20:30 h.	Rochapea	365 €
FCE	12/01 al 02/03			
CAE	12/01 al 09/03			
CPE	12/01 al 02/03			

**15% de
descuento
para Médicos
e hijos.**

Todos nuestros intensivos incluyen:

- Material.
- Mock exam (prueba de situación).

Los grupos se forman con un mínimo de 5 y un máximo de 15 alumnos.

* Los cursos en horario de mañana pueden sufrir alguna modificación en días y horarios.

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN INTENSIVOS CAMBRIDGE:

Importante: Realizar la inscripción una vez confirmada tu admisión en el curso, os enviaremos un email con las instrucciones justo antes de comenzar. (Dependerá del nivel obtenido en la prueba).

La inscripción es online, debes pinchar en el siguiente enlace: <http://clencollege.com/formulario-de-inscripcion/#>
Marcar en tipo de servicio: "Inscripción intensivo cambridge" (cuando os avisemos que se puede realizar).

No se admiten bajas una vez comenzado el curso.

 CLEN COLLEGE - ih
Pamplona

 @CLENCollegeih

Web: www.clencollege.com
Email: recepcion@clencollege.com
Tlfno: 948 17 23 91

Cardo relleno de gambón, txipirones y txangurro con crema de marisco.

Ingredientes:

1 cardo blanco, 250 g de gambón, 125 g de txipirones limpios, 50 g de carne de txangurro, 2 cebollas, 4 zanahorias, 3 puerros, 4 dientes de ajo, 1 calabacín, 250 g de tomate triturado, 1 litro de fumet, 50 ml de vino blanco, 1 copa de coñac, 0,5 l leche, 200 g harina, 2 huevos, sal y pimienta. Opcional, 50 g de arroz.

Pre-elaboración:

Limpiamos el cardo y cocemos las pencas, cortadas lo más grandes posibles, en una cazuela con agua y sal. Una vez cocidas, las sacaremos y dejamos que se enfrien. Cortamos en rectángulos iguales y reservamos para rellenarlas.

Para hacer el relleno:

Picamos 1 cebolla, 2 zanahorias, 1 puerro y 1 calabacín en brunoise, y colocamos todo en una sartén a pochar; una vez pochado, añadimos los gambones pelados, y los chipirones troceados. Dejamos que se hagan un poco. Añadimos 80 g de harina, una vez este realizado el roux, y vertimos poco a poco la leche, revolviendo hasta que se quede una masa homogénea. Echamos el vino blanco y la carne de txangurro. Le pondremos el punto de sal y pimienta y lo dejamos enfriar en una bandeja.

Para la salsa:

Picamos 1 cebolla, 2 zanahorias, 2 puerros y el ajo en concasse. Lo ponemos en una cazuela con aceite y dejamos que se poche bien. Después, añadimos las cabezas y pieles de los langostinos, 250 g de tomate triturado y, si es posible, las carcasas del txangurro. Mojamos la salsa con un poco de cognac y le añadimos 1 litro de fumet. Para que la salsa quede un poco más gorda se le puede añadir 50 g de arroz. Dejar cociendo durante 25 minutos. Después, trituramos y colamos la salsa. La pondremos a punto de sal.

Elaboración:

Rellenamos las pencas con el relleno. Batimos los huevos y pasamos las pencas rellenas por harina y huevo, y las freímos con aceite en una sartén. Una vez rebozadas, las sacamos a un plato con papel, para que empape el aceite, y de ahí al plato de presentación. Vertimos la salsa de marisco sobre las penca. Para decorar podemos poner unas gambones pelados y cocidos, un poco de puerro, perejil frito o unas flores comestibles.

¡Buen provecho!



Ya estamos inmersos en la estación de otoño y, como siempre, empezamos a disfrutar de los productos de la temporada: saboreamos los últimos pimientos del piquillo, y empiezan los productos de caza –aunque este año la pasa de la paloma va con retraso– y los de la huerta navarra que tanto nos representa, como son la alcachofa y el cardo.

Este año, os presentamos una receta muy sencilla y fácil de hacer en casa.

Esperamos que os guste.



Viernes: música en vivo



Desde el Restaurante El Colegio nos complace presentaros "NOCHES DE BOHEMIA". Un nuevo formato para nuestros viernes de música en vivo, en las que podréis disfrutar de un menú adaptado a la velada musical del día.

Déjate embriagar por nuestra atmósfera y adéntrate en los ambientes de Broadway, en una cantina mexicana, en la calle caminito de Buenos Aires o por qué no, disfrutar de una sobremesa con las canciones de Joaquín Sabina.

Noches de Bohemia



P
r
o
g
r
a
m
a

Noviembre

Viernes, 10 Tributo a Sabina "Enemigos íntimos".
Viernes, 17 Tangos.
Viernes, 24 Mariachi Zacatecas.

Febrero

Sábado 10 El fantasma de la ópera
Viernes 16 Ópera San Valentín.
Viernes 23 Mariachi Zacatecas.

Marzo

Viernes 2 Broadway.
Viernes 9 Tributo a Sabina "Enemigos íntimos".
Sábado 17 Baladas de rock.
Viernes 23 Mariachi Zacatecas.

Abril

Viernes 13 Boleros.
Viernes 20 Concierto de música moderna y jazz.
Viernes 27 Mariachi Zacatecas.

Mayo

Viernes 11 Zarzuela cómica.
Viernes 25 Mariachi Zacatecas.

En colaboración con la Escuela de Canto,
Educación Vocal y Musical Eugenia Echarren,
Mariachi Zacatecas y Enemigos Íntimos.

Tel. reservas: 948 226 364

Web reservas: www.restauranteelcolegio.es



Javier Gil, médico,
Magister en Bioética y
experto en Artes Plásticas.

Ramón y Cajal

Cien años de *“Recuerdos de mi vida”*



Este año se cumple el centenario de la publicación del libro “Recuerdos de mi vida” con el que Santiago Ramón y Cajal, que contaba entonces con 65 años, completaba su autobiografía hasta ese momento de 1917, en plena gran guerra que tanto afectó a la confianza que tenía puesta en el progreso de la ciencia para el entendimiento de las naciones. En este libro continuaba narrando sus experiencias desde que comenzó la etapa de su doctorado, momento hasta el que había recogido sus anteriores andanzas en su libro “Mi infancia y Juventud” y en el que había contado las peripecias de su inquieta infancia y sus aspiraciones juveniles para ser artista, solo doblegadas por la férrea oposición de su padre, quien le inclinaría a realizar los estudios de medicina. En ese primer libro autobiográfico expresó también las calamidades sufridas en la guerra de Cuba, en la que participó activamente como oficial médico y que a punto estuvieron de costarle la vida.



Es difícil encontrar sentido a este tipo de efemérides, quizás nos resulten más fáciles estas cifras para hacer comprensible un periodo de tiempo ya pasado. De todas formas, cualquier excusa sería buena para recordar la importancia de las ideas y los hechos que algunas personas singulares y sobresalientes llevaron a cabo en el pasado, enfrentándose a situaciones vitales y sociales muy parecidas en cierto sentido a las que actualmente nos seguimos enfrentando.

Revisar su obra, en este caso a través de sus propios escritos en los que refleja las circunstancias personales en las que se desarrolló y las dificultades que se encontró como impulsor de la ciencia en un medio alejado de los principales focos científicos europeos, resulta muy sugerente. No obstante, lo subtítulo “Historia de mi labor científica”.

La figura de Ramón y Cajal es conocida generalmente por la resonancia que provocó el gran reconocimiento por sus aportaciones al estudio del sistema nervioso, su estructura, su función, así como su evolución filogenética y ontogenética, que le supuso la obtención de los principales galardones académicos y de otras instituciones tanto nacionales como internacionales. Todas estas distinciones y, sobre todo, el premio Nobel en 1906 le rodearon de una aureola mítica que en cierta forma nos deslumbra y nos aleja de la verdadera realidad de sus trabajos y de sus aportaciones.

De primera mano

Leer estas memorias supone acercarnos y recobrar la posibilidad de escuchar de primera mano las vivencias que el propio Cajal va relatando, como el padecimiento que sintió al presentir la muerte tan cercana cuando un acceso de hemoptisis, por una tuberculosis, le tuvo recluido en el balneario de Panticosa, viendo amenazados todos sus ilusionantes proyectos. Otras veces nos muestra las circunstancias influyentes que determinarán su interés por la micrografía e histología, como cuando conoció a Aureliano Maestre de San Juan y a Leopoldo López en Madrid mientras estaba realizando los exámenes de los cursos de doctorado, abriéndose ante él un mundo por explorar a través del microscopio, muy al contrario de lo que ocurría con la anatomía macroscópica que se consideraba prácticamente desarrollada. O más tarde, al final de su estancia en Valencia, donde estuvo como catedrático de anatomía descriptiva y donde realizó su “Manual de histología normal y técnica micrográfica”, cuando con motivo de un viaje a Madrid para participar como miembro de un tribunal de oposiciones, visitará al doctor Luis Simarro en su laboratorio, quien acababa de llegar de París

donde había conocido un método de tinción, descubierto por el histólogo de Pavía Camilo Golgi y que permitía ver por primera vez y con gran nitidez las prolongaciones de los corpúsculos neuronales, que con las técnicas habituales no se podían visualizar y por lo tanto entender su estructura y sus funciones. Explica cómo

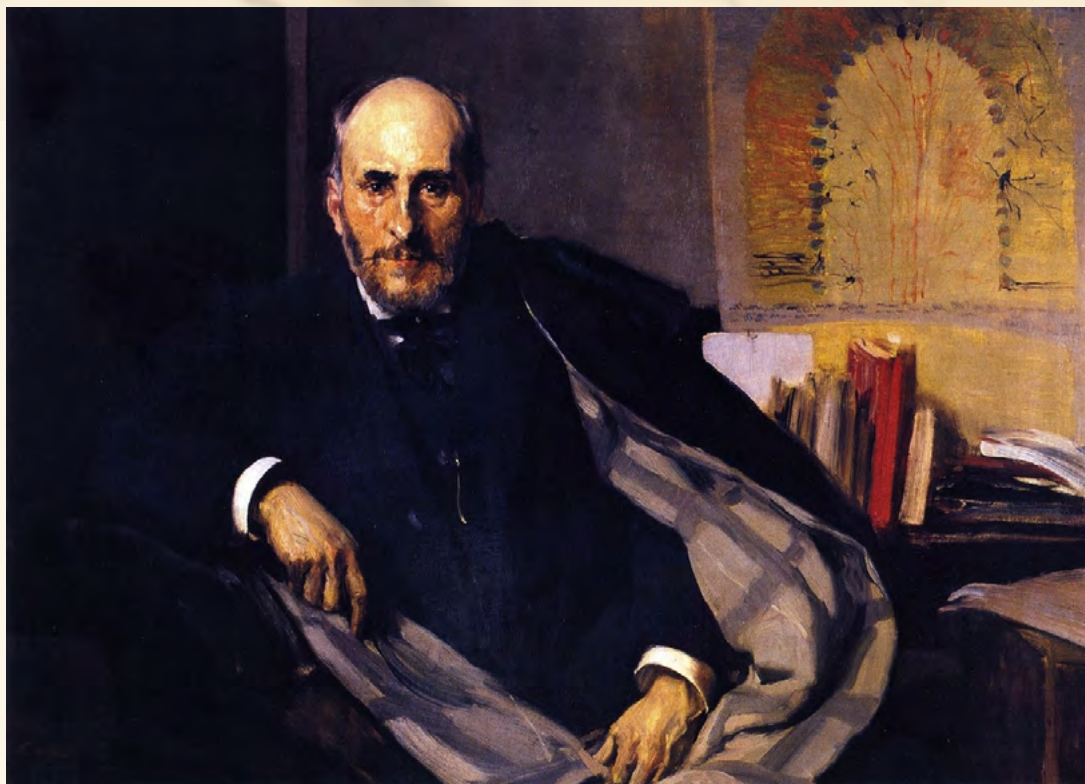
dicromato argéntico que impregna de color marrón no solo los cuerpos neuronales sino también sus prolongaciones radiculares) se le abría un nuevo horizonte inmenso por explorar. Vislumbrando así la posibilidad de comenzar a desvelar los secretos que guardaba la complejísima estructura del sistema nervioso en uno de los órganos



con este método conocido como “la tinción negra” (consistente en endurecer durante varios días los fragmentos de sustancia gris de cerebro en dicromato potásico y en una solución de ácido ósmico, sometiéndola luego al nitrato de plata, creándose un precipitado de

más evolucionados que existen en la naturaleza como es el cerebro e iniciar de esta manera las investigaciones que lleven a comprender algún día los mecanismos neurofisiológicos de nuestro pensamiento, conciencia, memoria, lenguaje y demás funciones cerebrales.

Retrato de
Santiago Ramón
y Cajal
por Sorolla
(1906).
*Museo
Provincial de
Zaragoza.*



Firmeza en sus convicciones

En el laboratorio montado en su casa de la calle del Notariado en Barcelona, y mientras sufrirá la traumática muerte de su hija pequeña por una meningitis, descubrirá cómo las radiculaciones del axón terminan junto a las dendritas o los cuerpos de otras neuronas pero sin continuar con ellas, relacionándose por contigüidad, no por continuidad. Observándolo primero en las preparaciones del cerebelo de aves jóvenes y luego comprobándolo en el resto de los territorios del tejido nervioso. Define la estructura de la neurona, cuyo nombre será dado por Waldeyer, y demuestra así la teoría neuronal en contra de la teoría reticular, cuya primacía en esos momentos era defendida por Golgi. Tuvo, sin embargo, que

soportar muchas reacciones en su contra de importantes neurohistólogos que no aceptaban tan trascendente cambio, frente a los que se mantuvo firme en sus convicciones, porque sus descripciones estaban avaladas por hechos incontrovertibles.

De esta manera completará la teoría celular, demostrando que el tejido nervioso cumple también -como el resto de los tejidos-, el estar estructurado por unidades celulares independientes. Tuvo, sin embargo, que soportar muchas reacciones en su contra de importantes neurohistólogos que no aceptaban tan trascendente cambio.

Va describiendo los numerosísimos hallazgos, como el de las espinas dendríticas, a las que enseguida les dará una gran importancia

como zonas de contacto entre ellas y las raíces terminales de los axones, constituyendo uno de los tipos de sinapsis más frecuentes y siendo fundamentales en la plasticidad neuronal.

Al estudiar los distintos territorios del sistema nervioso contribuirá a establecer las vías de conexión, describiendo numerosos circuitos. Definirá el recorrido que lleva el impulso nervioso, siguiendo siempre la misma dirección, desde las dendritas al soma neuronal y desde éste al axón, configurando la teoría de la despolarización dinámica, más tarde corregida por la de la polarización axípeta, porque había algunas neuronas como las sensitivas de los ganglios espinales que transmitían el impulso directamente desde las dendritas a los axones.

Divulgador científico por todo el mundo

En el texto expresa cómo, tras la absoluta indiferencia por parte de sus colegas europeos ante la publicación de sus primeros hallazgos, vio una oportunidad en su viaje a Berlín, para exponerlos directamente en el congreso de la Sociedad Anatómica de Berlín. Narra sus experiencias en otros viajes, como el realizado a Londres, invitado por la Royal Society, para realizar el discurso conocido como la Croonian Lecture, sobre “La fina estructura de los centros nerviosos” o cuando viajó a Estados Unidos invitado por la Universidad de Clarck, para dar unas conferencias, tan solo un año después de que España perdiera la guerra con este país por el conflicto de Cuba. A la vuelta de un viaje de Italia, cuenta también cómo se le ocurrió la optimización para utilizar el nitrato de plata reducido, la nueva tinción que le permitirá corroborar todos sus anteriores hallazgos y ampliar los estudios a la estructura intracelular de las neuronas, estudiando el comportamiento de las neurofibrillas ante diversas influencias físicas y como elemento semiológico en el diagnóstico de la rabia. Para ello, aprovechó todos los conocimientos que había adquirido con su afición a la fotografía, habituado al manejo de las sales de plata y el ácido pirogálico.

Cuenta cómo en estos viajes tuvo la oportunidad de ver la organización universitaria, la equipación de los laboratorios y la forma en que se respetaba y admiraba al hombre de ciencia.

Expone el proceso de la neurogénesis estudiando embriones de pollo, demostrando cómo van creciendo los axones desde los cuerpos neuronales hasta su lugar de destino, atravesando los tejidos por el cono de crecimiento dirigidos por el neurotropismo.

Recuerda las interesantes tertulias del café Suizo, en Madrid, donde trató a numerosas personalidades, evocando los diversos temas que trataban y el espíritu regeneracionista que propiciaban, sugiriendo medidas políticas encaminadas a desterrar la incultura de nuestras tierras y nuestros cerebros.

Pasión por la investigación

De forma amena relata numerosas anécdotas en el contexto de sus investigaciones o de los actos académicos en que participaba, como cuando fue elegido académico por la Real Academia de Ciencias de Madrid, en cuyo discurso de ingreso disertó sobre algunas reglas y consejos para los jóvenes docentes con el fin de despertar en ellos la pasión por la investigación y que luego sería publicado en numerosas ediciones.

En distintos momentos muestra su especial motivación en promover el interés por la ciencia en España. Sus éxitos le facilitaron la creación del Instituto de Investigaciones Biológicas, donde concluirá el estudio de la morfología de los focos centrales del cerebro y de la médula, y comentará los de la organización íntima de la célula nerviosa. Muestra las

tentativas, las divagaciones de forma pormenorizada de su labor experimental hasta conseguir el método de tinción del nitrato de plata reducido, con lo que aclaró la arquitectura neurofibrilar en el protoplasma neuronal.

Describe con detalle la preparación del nitrato de urano para visualizar las distintas configuraciones que adopta el aparato de Golgi en las células de los distintos tejidos y el sublimado de oro para visualizar las células gliales en la sustancia gris.

Expone algunas de sus principales publicaciones de esos momentos: Su gran obra “La textura del sistema nervioso del hombre y de los animales”, así como el libro sobre “La degeneración y regeneración del sistema nervioso”. Comenta las motivaciones que le llevaron a publicar en 1912 un libro de otra naturaleza, como fue el dedicado a la fotografía en color, exponiendo los fundamentos fisicoquímicos de las distintas maneras de llevar a cabo esa técnica cuando estaba en sus comienzos.

Termina el libro mostrando su satisfacción por el importante número de seguidores que, habiendo logrado trabajos importantes, asegurarían el porvenir de la histología española, poniéndola a la altura de los mejores centros de investigación de cualquier país.

Es emocionante sentir el optimismo que don Santiago expresa en sus memorias en un momento en el que había alcanzado la cima de su larga y fecunda carrera investigadora.



JORGE III

REY DE GRAN BRETAÑA

(2ª PARTE)

♦ JESÚS REPÁRAZ PADRÓS

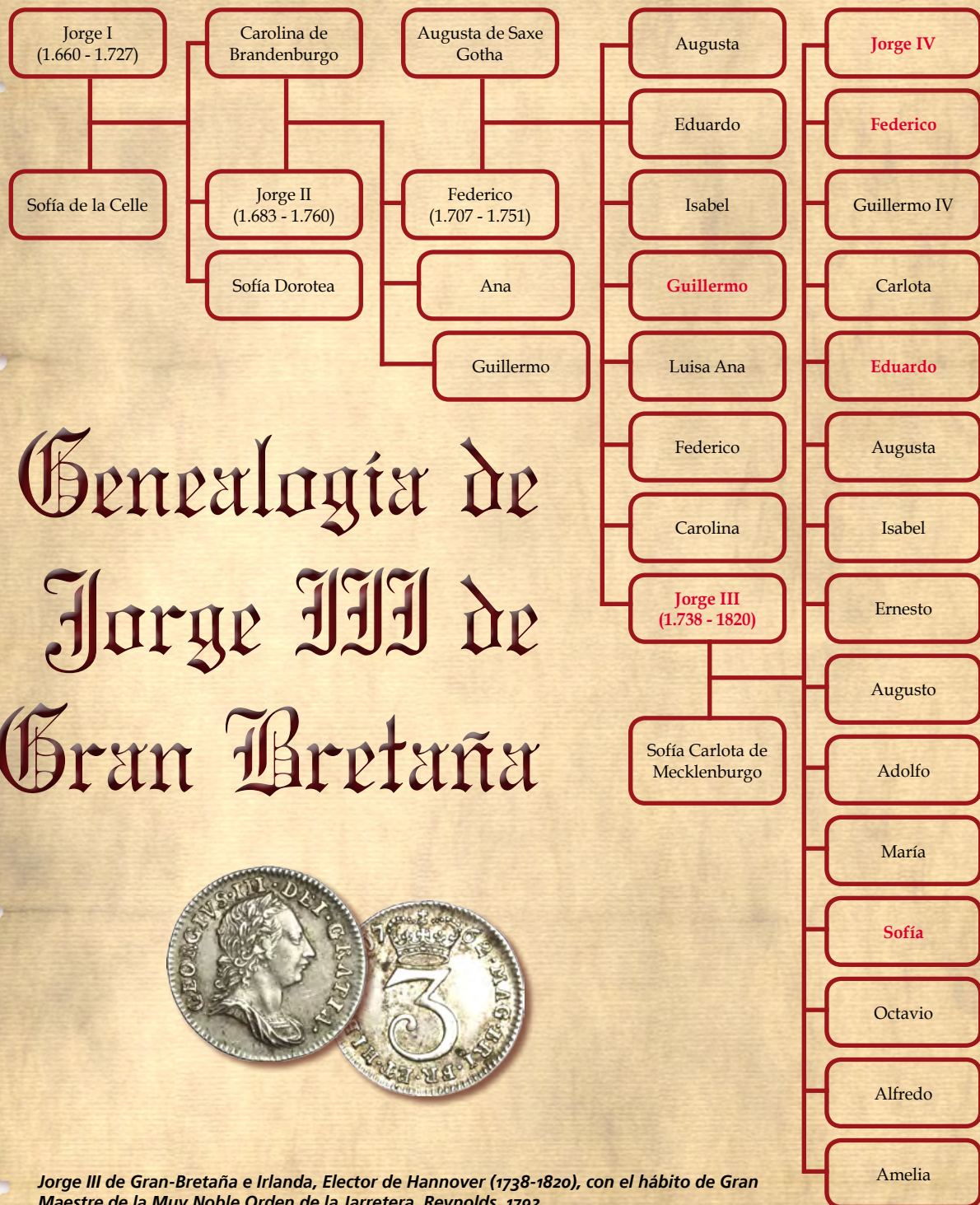


La naturaleza de la enfermedad que aquejó a Jorge III constituyó un enigma para los médicos de la época. Ya con posterioridad a la muerte del monarca se consideraron varias posibilidades etiológicas –todas ellas de índole estrictamente psiquiátrica–, y no fue hasta mediados del siglo XX cuando se sugirió por vez primera la presunta organicidad del proceso. Hoy día, aunque persiste la incertidumbre sobre el diagnóstico definitivo, se dispone de varias hipótesis dignas de comentario. La más aceptada es la que identifica el trastorno del rey con la llamada Porfiria Aguda Intermitente (PAI), una anomalía metabólica de transmisión genética dominante que provoca, entre otros síntomas, crisis de dolor abdominal, arritmias cardíacas, fiebre, oscurecimiento de la orina y manifestaciones psiquiátricas diversas (cambios de carácter, irritabilidad, insomnio, depresión y alucinaciones).

Como su propio nombre indica, la PAI cursa en forma de agudizaciones y remisiones espontáneas, y los episodios sintomáticos son de intensidad y duración variables. Aunque muchas de las manifestaciones clínicas de la PAI estuvieron presentes en los numerosos ataques que Jorge III sufrió a lo largo de su vida, lo cierto es que el diagnóstico no ha podido confirmarse de forma fehaciente. Por otra parte, un estudio reciente practicado sobre muestras de cabello del monarca inglés ha revelado la presencia en ellos de elevadas cantidades de arsénico, una sustancia cuyos efectos tóxicos pueden dar lugar a cuadros clínicos en cierto modo similares a la PAI. Este hallazgo plantea la posibilidad (no considerada hasta ahora) de que Jorge III hubiera podido ser víctima de un envenenamiento –deliberado o accidental– a través de fármacos o de ciertos productos cosméticos. Aunque no existen evidencias a este respecto, sí se sabe que los médicos del siglo XVIII consideraban los metaloides (y el arsénico es uno de ellos) como un “*remedio infalible para las fiebres intermitentes*”. También parece fuera de duda que uno de los medicamentos que con más frecuencia se le prescribió al soberano inglés fue el polvo de Santiago, cuya composición incluía pequeñas cantidades de arsénico. A partir, pues, de estos datos cabría incluso conjeturar que el arsénico, actuando sobre una predisposición genética del rey, hubiera desencadenado en él una PAI. Ello explicaría el hecho de que tan sólo una pequeña proporción de los ancestros y descendientes de Jorge III (portadores también de su anomalía genética) llegara a desarrollar las manifestaciones propias de la porfiria.

El primer episodio de la enfermedad de Jorge III tuvo lugar en 1762. Entre los meses de Enero y Julio de aquel año el rey fue presa de fiebres intermitentes, insomnio y taquicardias, y experimentó una notoria pérdida de peso. No hubo entonces síntomas psiquiátricos,

Dinastía de Hannover



Genealogía de Jorge III de Gran Bretaña



Jorge III de Gran-Bretaña e Irlanda, Elector de Hannover (1738-1820), con el hábito de Gran Maestre de la Muy Noble Orden de la Jarretera. Reynolds, 1792.





y cuando el soberano comenzó a dar muestras de recuperación nadie pensó que aquel padecimiento pudiera ser el anuncio de un trastorno que terminara por incapacitarlo. Fue durante el brote de 1765 cuando Jorge III mostró ya signos evidentes de afectación mental. Sin causa aparente que lo justificara, experimentaba bruscos cambios de humor, oscilando entre la agitación y la apatía. Sus médicos, desconcertados ante una patología cuyo origen desconocían, le practicaron sangrías e irrigaciones sin obtener beneficio alguno. La reina, por su parte, no dudó en relacionar la enfermedad de su esposo con la tensión nerviosa que en él producían las responsabilidades de gobierno, en una época en que la resistencia fiscal americana comenzaba ya a crear serios problemas. Finalmente, sin que la cuestión llegara a aclararse de manera definitiva, el estado de ánimo del rey inició una lenta recuperación, y al cabo de unas semanas pareció restablecido por completo.

En el episodio de 1788 –el más grave de los padecidos hasta entonces por el monarca– el deterioro psíquico de Jorge III se hizo aún más notorio. Desorientado en el espacio y el tiempo, su lenguaje se transformó en una verbosidad vacía e incontenible, a menudo acompañada de conductas extrañas y agresivas. Las crisis de agitación psicomotriz se hicieron más intensas y prolongadas, obligando al empleo de la camisa de fuerza e incluso, en ocasiones, a la inmovilización absoluta mediante correas y mordaza. Una noche, el rey se quejó de un insoportable dolor abdominal, precedido de una alarmante debilidad muscular y de un inexplicable oscurecimiento de la orina. Su médico personal, temeroso de llamar la atención general sobre la situación del soberano, trató de mantenerla en secreto. Tan sólo la reina y el príncipe de Gales fueron informados de la verdadera gravedad del paciente. A finales de

Noviembre de 1788, la familia real trasladó su residencia de Windsor a Kew con el fin de preservar al rey del constante ajetreo y de los comentarios indiscretos de la Corte. Sin embargo, el príncipe de Gales, deseoso de ceñirse la corona lo antes posible, sembró Londres de habladurías sobre la locura de su padre. El espíritu ruin de este heredero indigno sufrió, no obstante, una profunda decepción en Febrero de 1789, cuando –poco antes de que la Cámara de los Lores se dispusiera a aprobar su nombramiento como príncipe regente– Jorge III recuperó inesperadamente la salud y, de inmediato, reasumió el control personal del gobierno.

En 1793, Francia, bajo el Régimen del Terror que siguió al derrocamiento de la monarquía borbónica, declaró la guerra a Gran Bretaña. Hacía apenas unas semanas que la ejecución de Luis XVI había hecho cundir la alarma entre las Casas Reales europeas, de modo que no tardó en crearse un frente internacional antifrancés. Fue entonces cuando surgió la figura colosal de Napoleón Bonaparte, un militar de origen corso que, nacido al amparo de la Revolución, iba a levantar en apenas unos años un imperio mayor que el del propio Carlomagno. Entre 1793 y 1802, dos coaliciones sucesivas –en las que participaron potencias como Austria, Prusia, España, Rusia y el Imperio Otomano– fueron humilladas por Bonaparte. Uno tras otro, los rivales de la Francia Revolucionaria abandonaron el campo de batalla hasta dejar a Gran Bretaña sola frente al gigante francés. Durante una breve tregua acordada en el año 1800, los Parlamentos británico e irlandés aprobaron la unión de Gran Bretaña e Irlanda para formar el Reino Unido. El motivo que precipitó el acuerdo fue un intento de invasión de Irlanda por parte francesa ocurrido en 1798. En principio, el Acta de Unión parecía beneficiosa para ambas partes;



◀ *Los Royal Scots Greys –la Caballería Escocesa– en la Batalla de Waterloo en 1815. Lady Butler. 1881.*

pero, al poco tiempo de su firma, Jorge III y el todavía Primer Ministro Pitt se enzarzaron en una agria polémica a causa de ciertas disposiciones legales relativas a la población católica irlandesa. Pitt, actuando como valedor de los católicos y en un intento por aliviar el viejo resentimiento irlandés hacia Inglaterra, propuso levantar algunas de las restricciones jurídicas que desde tiempo atrás pesaban sobre ellos. Sin embargo, Jorge III se opuso a esta política de apaciguamiento alegando que supondría una

violación de su juramento de coronación. Pitt dimitió entonces de su cargo, al tiempo que el rey caía en una nueva crisis de su enfermedad. Ya antes de la dimisión de Pitt, el pueblo británico había dado muestras de descontento hacia su gobierno, e incluso el propio rey Jorge había sido objeto de un atentado fallido a manos de un loco llamado James Hadfield. A raíz de la renuncia del Primer Ministro, el malestar popular creció, y el miedo al poderío militar francés comenzó a adueñarse de Inglaterra.

La guerra se reanudó a finales del verano de 1803, bajo la amenaza de una inminente invasión francesa de Gran Bretaña. Hasta entonces, todas las potencias que habían hecho frente a Napoleón habían caído derrotadas, y nada ni nadie parecía capaz de detener el avance galo. Pero he aquí que, a finales de 1805, la espectacular sucesión de éxitos militares de Bonaparte se vio bruscamente interrumpida por la derrota naval que el almirante Nelson infligió a la flota francesa (reforzada esta vez por naves españolas) en la batalla de Trafalgar. Por un instante, el poder de Napoleón pareció tambalearse, e Inglaterra creyó al fin poder respirar tranquila; pero tan sólo se trataba de una ilusión. En los meses siguientes, la cuestión católica volvió a enfrentar a Jorge III con sus ministros. Para entonces Pitt había muerto ya, y era lord Grenville quien presidía el gabinete. Enredados en estas disputas internas, los británicos vieron cómo la baza psicológica que para ellos había significado Trafalgar se desvanecía con las victorias napoleónicas sobre prusianos y rusos en Jena (1806) y Friedland (1807). Convertido en el dueño absoluto de Centroeuropa, Napoleón decretó entonces el bloqueo comercial de los puertos británicos con objeto de hundir a Inglaterra en la bancarrota económica. En 1808, Francia forzó a Suecia

BIOGRAFÍAS MÉDICAS

–por intermediación de Rusia– a unirse al bloqueo naval. Ello desencadenó la llamada Guerra Finlandesa (1808-1809), a resultas de la cual el tercio oriental de Suecia se convirtió en el Gran Ducado de Finlandia, un Estado títere francés que quedó nominalmente bajo dependencia rusa. La gestación del Gran Imperio napoleónico se completó durante los años siguientes con la ocupación militar de los Estados Pontificios y la incorporación de Holanda (1808-1810).

A pesar del dominio francés sobre la mayor parte del Continente, el sistema de bloqueo ideado por Napoleón para aislar a Inglaterra nunca llegó a funcionar de manera adecuada. Portugal, por ejemplo, continuó comerciando con los puertos británicos pese a la prohibición francesa. Fue por ello por lo que, a finales de 1807, Napoleón envió un ejército a la península Ibérica con la misión de invadir el reino luso. Inicialmente, España unió sus tropas a las francesas, y Lisboa fue tomada sin ofrecer apenas resistencia el 1 de Diciembre de 1807. A continuación, bajo el pretexto de reforzar su ejército, Bonaparte envió un nuevo contingente de hombres con destino a Andalucía. Los adversarios políticos del Primer Ministro español Manuel Godoy (un afrancesado convencido) se unieron entonces en torno al príncipe heredero Don Fernando, y en Marzo de 1808 forzaron la destitución de Godoy y la abdicación del rey Carlos IV. Pese a todo, la masiva presencia de tropas francesas en España permitió a Napoleón apartar a Don Fernando del trono y colocar en él a su propio hermano, José Bonaparte. Ello provocó una sublevación popular en Madrid (2 de Mayo de 1808) y el comienzo de una guerra que, a la larga, resultaría fatal para el emperador francés.

Consciente de la enorme importancia estratégica del conflicto surgido en suelo ibérico, Gran Bretaña se apresuró a enviar apoyo militar a españoles y portugueses. Napoleón, por su parte, viéndose acosado desde la frontera austriaca, descuidó el frente español, y con ello comenzó a fraguarse el principio del fin de su carrera. Mientras tanto, ajeno a todos estos complicados juegos de guerra, Jorge III languidecía en su residencia londinense, víctima del avance inexorable de su enfermedad. La muerte de la princesa Amelia (su hija menor y más querida), ocurrida el 2 de Noviembre de 1810, fue el golpe que colmó definitivamente los padecimientos del monarca. Tras recibir la noticia, Jorge III sufrió un colapso mental y perdió por completo la razón. El príncipe de Gales fue designado regente en 1811, viendo así cumplidas sus viejas aspiraciones; entretanto, su padre, ciego, sordo, abandonado y demente, aún habría de consumir la última etapa de su vida recluido en el castillo de Windsor, donde falleció el 29 de Enero de 1820 a los ochenta y un años de edad.





Segovia: muestrario del románico español

♦ SALVADOR MARTÍN CRUZ

Aunque entre mis intenciones no figuraba escribir sobre ciudades de la entidad de Segovia, el hecho de haber vuelto a la capital castellana días pasados y reencontrarme con ella –a unos pocos kilómetros, en el Campamento de las Milicias Universitarias de la Granja, pasé mis dos veranos “campamentales”–, me hace reconsiderar el no traerla hasta estas líneas de Panacea. Segovia sigue siendo demasiado Segovia para no hacerlo. Sobre todo si se tiene en cuenta que aún siendo uno de los lugares de España más visitados por los turistas extranjeros, curiosamente no lo es para el general de los españoles, quizás porque se alza camino de ninguna parte y para conocerla hay que ir exclusivamente a ella, atravesando incluso el Guadarrama por Navacerrada o el Puerto del León si se va desde Madrid, o saliendo de la autovía A1, poco antes de Somosierra, si se intenta alcanzar desde Burgos.

Sí. Segovia es el Acueducto, el Alcázar y la Catedral. Pero esos sólo son sus estereotipos. Segovia es bastante más que ese monumental acueducto, la obra hidráulica más importante que dejaron los romanos en España, que llevaba las aguas del río Frío a lo largo de sus 14.965 metros desde “El Pinar” hasta las alturas que dominan el Azoguejo, y del que, por cierto, sigue sin saberse a ciencia cierta para que lo levantaron sus artífices, ya que

nunca se encontraron bajo la ciudad vieja restos que den pie para pensar en una ciudad romana. También que ese Alcázar, debajo del que sí se han encontrado restos de un castro arévaco anterior a la romanización, que conoció su mejor época en tiempos de los Trastámara, pero que es en tiempos de Felipe II –donde casa el rey “Prudente” con Ana de Austria– cuando adquiere su perfil definitivo, siendo posteriormente prisión de Estado y hasta Real Academia de Artillería, quedando definitivamente varado como un pecio fósil en el espolón que se precipita sobre la confluencia del Eresma y el Clamores. Lo mismo que esa Catedral, obra de los Gil de Hontañón, padre e hijo, con el magnífico claustro de Juan de Guas y su importante tesoro artístico. Por cierto, en la puerta lateral renacentista, acceso habitual a la misma, está la estatua del patrono de la ciudad, San Frutos *Pajareiro* –¿Tendrá algo que ver con el *Papageno* de La Flauta Mágica?–.

Sí, Segovia es bastante más, como bien se encarga de contarle el Santuario de la Virgen de la Fuencisla, patrona, también, de la ciudad; situado a los pies del Alcázar, y al que se accede por el paseo de ronda que baja camino de Zamarramala, con la leyenda de la judía Esther, María del Salto, arrojada desde las Peñas Grajeras por un supuesto adulterio, salvada por la Virgen en su caída, que se dice fue la causa de la construcción del santuario. Lo mismo que el renacentista y sobrio Palacio Episcopal; la Alhóndiga, edificio gótico civil, con su fachada decorada con un esgrafiado típico segoviano,

levantada en tiempos de los Reyes Católicos; la, también renacentista, Casa de los picos, la amurallada Casa del Sol y las de Juan Bravo, los Marqueses de Quintanar y los Marqueses del Arco, con su recoleto patio renacentista. Y también lo hacen las Torres medievales de Hércules, de Arias Dávila y de los Lozoya. Al igual que las murallas que rodean casi toda la ciudad vieja y todavía conservan tres de sus siete puertas históricas: las de San Andrés, San Cebrián y Santiago.

Pero, sobre todo, Segovia es su extraordinaria colección de iglesias románicas, verdadero muestrario del románico español, y aún europeo, que cuenta bien a las claras la importancia que la ciudad llegó a tener allá por los siglos XII y XIII –aunque es cierto que su mayor esplendor coincide con el siglo XV, cuando los Trastámara establecen en ella la Corte, apoyados por su industria textil y el dinero judío que llegaron a hacer de sus paños los más apreciados de Europa–, y de las que sólo a título de inventario, sobrepasan la quincena. Citaré la de San Juan de los Caballeros, donde tuvo su taller el ceramista Daniel Zuloaga, tío de Ignacio Zuloaga, hoy Museo de Cerámica en el que, además de diversos enseres, se conservan varios cuadros del pintor; la de San Martín, rodeada por uno de los atrios más hermosos de la ciudad y dotada de una airosa torre mozárabe; la de San Millán, los libros dicen que réplica en escala menor de la Catedral de Jaca; la de San Lorenzo, dotada de una esbelta torre de cinco cuerpos de clara influencia mudéjar; la de San Esteban, con una bellísima torre bizantina –de



Ficha práctica



ella se ha llegado a decir que es “La reina de las torres bizantinas españolas”– y un hermoso atrio con importantes capiteles; la de la Vera Cruz, de planta dodecagonal, que levantaron los templarios y se ha relacionado con la Iglesia del Santo Sepulcro de Jerusalén, como también con las de Eunate y los Arcos; la de San Justo, con las pinturas románicas más importantes y bellas de la ciudad, descubiertas la pasada centuria al quitar las yeserías y el retablo barroco que cubrían la nave y el ábside... Pero vamos a dejar el tema ahí, aunque no lo haga con algunos de su amplia nómina de conventos y monasterios, y me refiero a los de San Antonio el Real, La Santa Cruz y El Parral, entiendo que de obligada mención. Por cierto, quiero recordar que allá por los años 70 hubo un intento de recuperar la Orden Jerónima, la más importante en España en otro tiempo, precisamente en El Parral. No sé en que dio aquella empresa, aunque, dados los tiempos que corren, supongo que el intento no superaría la deriva de una historia, la de la ciudad, que también recuerda a su caudillo en la guerra de las Comunidades Juan Bravo y hasta al paso por ella de Antonio Machado como Catedrático de Francés de su instituto.

Dados los fríos de la estación invernal, que llegan a alcanzar varios grados bajo cero, y la frecuencia de nevadas, se recomienda visitarla en primavera, verano (¡jojo con los días de calor extremo!) y otoño. Está comunicada con Madrid vía AVE y por varias compañías de autobuses.

La oferta de alojamientos es tan amplia como para poder elegir, aunque yo recomendaría a ojos cerrados el Parador Nacional, con una ofertas estupendas que lo hacen asequible a cualquier bolsillo y un personal para quitarse el sombrero, ubicado al otro lado del Eresma, camino de La Lastrilla, con una vista soberbia del conjunto urbano de la ciudad recostada sobre una colina llena de verdura.

A la hora de comer, desaparecida *La Oficina*, que era donde yo lo hacía desde mis tiempos de “milicio”, señalar que como ciudad turística que es hay multitud de ofertas de restaurantes, mesones, bodegas, cafeterías, bares, etc... siendo los más habituales, El Bernardino, Cándido, Duque, Narizotas, El Abuelo, Casa Vicente y el José María, hoy en alza, recomendando la sopa castellana, los judiones de La Granja, el cochinillo, el lechazo, la trucha escabechada, el bacalao al estilo Carrascal y, como postre, el ponche (¡Ojo! Es una especie de bizcocho no apto para diabéticos), la torta de chicharrones y los mantecados caseros. De vino, no habría que decirlo, sin duda un *Duero*.

En cuanto a los alrededores de la ciudad, y después de volver a relacionar Segovia y el Guadarrama, sobre todo con el Puerto de Navacerrada y sus pistas de esquí, destacar la cercanía del Palacio de Riofrío, 11 kilómetros. También la del Palacio Real de la Granja de San Ildefonso, con sus jardines y fuentes (tiene su propio Parador Nacional) y su “barroca” historia, tan unida a la de los Borbones españoles, situado a 12 kilómetros, camino del bosque de Valsaín, La Boca del Asno –¿Por quién doblan las campanas?– y, subiendo las Siete Revueltas, el Balcón de las Dos Castillas, ya en la divisoria de aguas del Puerto de Navacerrada, Camino del Puerto de Cotos, a los pies de Peñalara, y, ya en valle del Lozoya, del Monasterio de El Páular. Más lejanos, en dirección a Burgos, el pueblo murado de Pedraza, que descubriera al mundo Ignacio Zuloaga, como también Sepúlveda, que tiene en sus cercanías las siempre mentadas (pero no visitadas) Hoces del Duratón. Y más allá, camino de Valladolid, lo que han dado en llamar “Ruta de los Castillos”. Con Cuéllar, Turégano, Castilnovo y Coca como plato fuerte. Como guías, recomendaría las de Juan Carlos Brasas, editada por Nebrija, y la de Paloma Ladrado y María Dolores Gijón, más actual y de mayor contenido, editada por Gaesa dentro de su colección de Guías Azules.

Como lectura de “entretenimiento” recomendaría *El Regidor. Novela de tierras de Segovia*, de Juan de Contreras, Marqués de Lozoya, al que tuve la suerte de acompañar una lejana noche en un largo paseo por la ciudad.

El único idioma universal es el beso

(Alfred de Musset. Poeta francés. 1810-1857)

♦ IÑAKI SANTIAGO

Qué bonito y extraordinario es el idioma. Dúctil y maleable, como el frío acero. Con sus prefijos y sufijos; aumentativos, diminutivos y superlativos. Su perifrástica. Sustantivos y complementos; verbos y adverbios; adjetivos de todo tipo. Reglas gramaticales se llaman y auténtico caballo de batalla estudiantil para más de uno. Pero qué maravilloso. Nos permite cambios y recambios. Expresiones y sutilezas.

Por poner un ejemplo, todo aquello que acaba en "ón", con tilde en la "o" parece que tiene más importancia que aquellas palabras con cualquier otro silábico final. Son las cosas del idioma.

Un cántico puede ser más o menos agradable (algunos son muy, pero que muy cansinos), pero una canción... una canción atesora su importancia en esa terminación tildada. Puede ser buena o muy mala, pero ya solo el remate de la última sílaba le otorga un ente que no posee un simple cántico.

Una camioneta puede transportar pequeños paquetes, pero si hablamos de un camión, ¡ay, amigo!, la cosa cambia.

Una capa te abriga, sí. Pero un buen capón puede alimentar a varias personas, aunque también es cierto que puede dejarte un brutal dolor de cabeza, te lo merezcas o no.

Cuchara; cucharón. Copa; copón. Pescuezo; pescozón. Mosca; moscón. Sala; salón. Araña; patxarán.

Ese sufijo "ón" magnifica la acepción de la palabra primigenia, le da empaque, cuando no volumen y tamaño. Señores, son las cosas del idioma.

Pero los idiomas son caprichosos, torrebabélicos y curiosos. Permiten que nos comuniquemos unos con otros... ¿o no?

Por qué, ¿de verdad que siempre que nos hablan entendemos lo que nos dicen? ¿Nos entienden a nosotros cuando hablamos? En toda comunicación es obligado que intervengan un mínimo de dos actores. Uno es el emisor de la información y, lógicamente, el otro es el receptor. Y si en tal relación no concurre un mínimo entente, pues apaga y vámonos. Así, si el que emite es torpe comunicador, mal vamos, por muy excelente que sea el receptor. Por el contrario, si la emisión es correcta pero el que la recibe es un majadero y un borrico, pues igualmente mal, o peor.

Por eso, cuando nos hablan necesitamos prestar atención para poder comprender la información que nos cursan. Empero, hay veces que por mucho que te concentres en el mensaje, el intercambio de la comunicación queda en una tierra de nadie de difícil solución. Algo así le ocurrió a aquella gitana, acompañante de su angustiado marido, afecto de una fuerte dolor de barriga estudiado y requeteestudiado mediante la aplicación de todos los medios médicos y humanos con los que contamos actualmente y con resultado de total normalidad. El buen hombre se seguía quejando, por lo que, de puro pelma, se le repitieron algunas pruebas que volvieron a dar resultado negativo. Y ante la falta de luz al final de aquel interminable túnel, la buena mujer se dirigió al médico y, apuntando al

dolorido gitano con el pulgar, cual autoestopista, preguntó:

—¡Aaaayyy, dotool! Y lo de mi marío ¿no sirá el píndori eeeese?

El galeno enmudeció, intentando determinar en lo más profundo de su cerebro qué puñetas podía ser eso del "píndori" hasta que se le iluminó la sesera y con la calma y placer que otorga haber resuelto semejante enigma, respondió:

—¡Ah, no, mujer! No. No es el "píndori", no. —Y exteriorizó una ligera sonrisa ante la posibilidad diagnóstica del "píndori"; el famoso helicobacter "píndori".

Por el contrario, esa otra gitana sí tenía claro lo que le habían diagnosticado. Le habían dicho que tenía un Héctor pili positivo.

En fin, problemas del lenguaje, del entendimiento o de la concentración del receptor. Porque si nos despistamos y no estamos atentos ante una información es bastante fácil que podamos liarla parda.

Y en relación a todo esto, hay una duda que me reconcome desde hace mucho, pero que mucho tiempo: cuando nos comunicamos, ¿hablamos todos el mismo idioma? Ya sé que no, que hay muchas lenguas en el mundo, algunas muy raras, pero en este caso me refiero a la reciprocidad idiomática entre, por ejemplo, hispanoparlantes. Es obvio que en los países latinoamericanos se habla castellano, pero ¿hablamos los hispanohablantes el mismo idioma? Yo creo que no.

Por ejemplo, si en Argentina preguntas dónde puedes "coger" un taxi, te van a lanzar una desaprobadora



mirada llena de asombro y estupor, como si fueras un peligroso violador, un maligno depravado sexual, ya que su significado tiene más que ver con la coyunda y la jodienda que con agarrar o asir cualquier cosa.

Los ecuatorianos no conducen, "manejan". Y no beben, "toman", y vaya que si "toman". Ya lo contaba aquella pobre mujer, que acompañaba a su ebrio e inconsciente marido, con ese acento ecuatoriano tan meloso y cantarín:

—Es que verá doctor, mi esposo ¡tomó, tomó y tomó hasta caer!

Al igual como se expresaba no sin angustia aquella mujer colombiana, tumbada en la camilla, con un cuadro de diarreas en escopetazo:

—¡Ay, doctorsito, doctorsito!

¡¡Que me vengo, que me vengo!!

—¿¡Eh?! —fue el lacónico comentario del médico, que en ese momento le palpaba el abdomen, mirando a la paciente mientras ésta retorció el gesto en una extraña mueca.

—¡¡Ya me fui!! —añadió, relajando la cara, mientras una colosal pestilencia invadía sin medida la consulta.

Lo dicho: mismo lenguaje, diferente idioma, ya que esta buena mujer utilizó un formato inadecuado para nosotros. Se empeñó en emplear el verbo "venir", tanto en presente como en pasado, cuando en

semejante situación lo procedente hubiera sido conjugar correctamente el verbo "cagar", en toda su extensión, alcance y acepción.

Si hasta entre nosotros a veces no nos entendemos. Si a mí me suele pasar con mi querida partener, que cuando me habla, me suele acusar de ponerme en modo "piloto automático". Debo reconocer que, aunque no siempre, no le falta razón.

EL BONZO

Aquella joven, bastante trastornada de la cabeza (o mucho), se echó un novio que, casualmente, trabajaba en una pollería y, por motivos que no vienen al caso, pero que debían estar claramente vinculados con la relación en curso, pasado un tiempo la locatis procedió a romper aquel lazo amoroso.

Un buen día, el zagal, que no había conseguido superar la ruptura y que continuaba henchido de amor y desesperado por la disolución de su relación, se encontraba trabajando en la pollería cuando vio cómo su ex, su gran amor, apareció por el negocio con la sana intención de comprar cuarto y mitad de lo que fuere. Que no sintiera ya el amor no era óbice para que no conociera fehacientemente la lógica necesidad de alimentarse diariamente.

El enamorado varón, roto de dolor ante la visión de su idolatrada

hembra, desapareció por la trastienda, apareciendo a los pocos segundos blandiendo un colosal bidón preñado de gasolina para, ni corto ni perezoso, rociarse de la cabeza a los pies con aquel hidrocarburo líquido y amenazando seriamente con quemarse a lo bonzo si ella, su amada, no volvía con él.

Ante tamaña escena, ella entró en situación de pánico, teatralizando un cuadro de histérica agitación que obligó al atónito dueño de la pollería, que asistía estupefacto al sainete, a llamar urgentemente al 112, dando una sesgada información basada en lo que a él más le asustaba: los espeluznantes gritos de la enajenada joven.

Y llegó la policía, que no es tonta, que rauda y veloz se personó en el escenario del suceso, objetivando a una joven damisela fuera de sus casillas, gritando como una loca y agitada como un pollo (símil que viene que ni pintiparado, teniendo en cuenta el contexto laboral en el que acaecía el evento).

Así que la policía toma cartas en el asunto, llama a una ambulancia que a su vez toma a la locuela y la traslada a urgencias para su sosiego y contención. Y todos se van. Perfecto.

¿¡Perfecto?!

A escasos minutos del acontecimiento, se recibe en la centralita del 112 una angustiada llamada protagonizada por la aterrada voz del pollero jefe que, entre aturrido y estupefacto, pregunta:

—¡Oigan ustedes! ¡Que tengo una duda! ¿Que qué hago yo con el individuo este que tengo aquí en mi pollería, apestando a gasolina por los cuatro costados y con un mechero en la mano?

¡Y es que, donde estén unos buenos gritos, que se quiten los olores a queroseno!

¡Angelicos!



EL SEGURO DE AUTO
DE A.M.A.
SEGUNDO MEJOR
VALORADO DEL SECTOR

Fuente: Índice Stiga JUNIO 2016
de Experiencia de Cliente ISCX

Hasta un

60%^{*} bonificación en su seguro de Automóvil

- ✓ NUEVOS SERVICIOS DE ITV Y GESTORÍA
- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24-48 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



www.amaseguros.com
902 30 30 10 / 948 27 50 50

Síguenos en



y en nuestra APP

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 31 de diciembre de 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.