# PANACEA

Colegio Oficial de Médicos de Navarra





# **QUERIDO COLEGIADO:**

# TUS CONGRESOS, TUS JORNADAS, TUS REUNIONES, en tu colegio



# Ventajas:

- · Tarifa especial para colegiados y sociedades científicas.
- · Secretaría técnica y científica.
- · Apoyo en difusión y acreditación de la actividad.
- Gabinete de prensa.

20 años de experiencia organizando eventos profesionales y





CONGRESOS COLEGIO DE MÉDICOS Avenida Baja Navarra, 47 - 31002 Pamplona

Teléfono 948 226 093 - Fax 948 226 528

www.elcolegiocongresosyrestaurante.com

Colegio de Medicos, un lugar emblemático

de Pamplona.

Salón "La Pérgola" con capacidad

pata 200 personas.

Salón de Congresos con capacidad para

300 personas.

# **SUMARIO**

# PANACEA

Revista trimestral del COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA

Junio 2018 - Nº 122

## Consejo de Redacción:

Rafael Teijeira, Enrique Martínez, Alberto Lafuente, Tomás Rubio, Julio Duart y Susana Miranda.

#### Comisión Científica:

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

#### Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

#### Redacción:

Idoia Olza y Trini Díaz.

# Publicidad:

Tel: 948 22 60 93

# 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 colaboradores en los trabajos publicados en estas páginas.

# PRECIO:

6 Euros (IVA incluido)

## Destacamos...

Programa de Formación Médica Continuada en el Colegio (sep./oct. 2018).



V Encuesta sobre la Situación de la Profesión Médica en España.



Propuestas de los pediatras de Atención Primaria ante el deterioro de la asistencia.



Santiago Ramón y Cajal, sus dibujos.



# ...y ademas:

- 5 Editorial
- 6 Premios del V Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes
- 10 ¿Quién cuida la salud de los médicos?
- Bienvenida a los nuevos médicos internos residentes
- VIII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España
- 17 Día Mundial sin Tabaco
- 18 V Congreso de Deontología Médica
- Actualización sobre Certificado de Defunción
- La CFCPSN celebra su 20° aniversario con cerca de 10.000 actividades acreditadas
- Diabetes, tumores y obesidad en la I Jornada de Formación de SENNA
- 38 El Colegio de Médicos en el 34 Congreso de la SERAM
- semFYC: 30 médicos de familia se forman en ecografía clínica
- XXV Reunión Anual de la Asoc. de Cirujanos del Norte
- Kaskamotz: Jóvenes contra los falsos mitos de cáncer
- 43 Actividades de la Junta Directiva
- 44 ¿Qué está pasando con el sarampión?
- 51 Previsión Sanitaria Nacional
- 52 Asesoría Jurídica
- 54 Universidad
- 58 CLEN COLLEGE
- 60 Restaurante
- 70 BIOGRAFÍAS: Miguel Cerulario. Patriarca de Constantinopla
- 74 VIAJES: Laredo
- 76 Anecdotario



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



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



Asesoría Fernández Jarne y Lerga Asociados, S.L. C/ Las Provincias, 5 bajo 31014 · Pamplona (NAVARRA) www.flasociados.com Tifno 948 20 71 11

Fax 948 20 67 59



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

# **EDITORIAL**

# La transparencia, una apuesta del Colegio



Rafael Teijeira, presidente

l terminar este "curso" y con la intención de que esté en marcha para cuando finalice el verano os queremos hacer partícipes de un proyecto, para nosotros, de máximo interés. Nos referimos al nuevo portal de transparencia que estará disponible entonces en nuestra web y que consideramos imprescindible para manteneros informados de todo cuanto sucede en el Colegio.

En el marco del Plan Estratégico 2018-2021 en el que estamos inmersos, la transparencia se configura como una forma de actuar intrínseca a la labor diaria del Colegio de Médicos de Navarra. Como sabéis, la reflexión estratégica que llevamos a cabo el año pasado, nos ayudó a definir con claridad la visión de la entidad. El Colegio debe visibilizarse como una institución útil para el desarrollo profesional, representativa y garante de la independencia del acto médico, constituyéndose como referente en la aplicación de normas deontológicas y de opinión sanitaria. Desde este enfoque hemos entendido que, junto con otros principios, la transparencia debe ser un valor fundamental en el ejercicio de nuestra acción.

La transparencia implica claridad, honestidad y fiel reflejo de la identidad y esa es la manera con la que queremos relacionarnos con vosotros, nuestros colegiados, y también con el resto de nuestros públicos y grupos de interés. La entendemos como clave para el futuro de nuestra organización porque nos permite promover confianza y credibilidad. Implica nuevos y mejores canales de relación en los que prima la participación de todas las personas de la entidad, posibilitando más visibilidad, mejor impacto social y mayor reconocimiento por parte de la opinión pública.

Bajo estas premisas, hemos desarrollado un plan de acción. Estamos poniendo en marcha diversas actuaciones que compartimos y ponemos a vuestro servicio. En nuestros procesos de mejora continua, debemos ser ambiciosos y ser capaces de explicar bien lo que hacemos, los valores que defendemos de forma coherente con nuestra misión y visión. El Colegio de Médicos de Navarra está comprometido con las prácticas del buen gobierno corporativo, la transparencia y la rendición de cuentas.

Y en este sentido, con el nuevo portal que pronto podréis consultar en nuestra web, avanzamos en esta senda. A través de este nuevo canal de comunicación pretendemos facilitaros toda la información relevante. Es un cauce para encontrarnos, en el que accederéis a gran variedad de documentos: informes económicos, resultados anuales, memorias de actividades, acuerdos y convenios de colaboración con entidades... Además, publicaremos la información sobre las unidades estratégicas de la organización, su organigrama y personal, así como la composición, funciones y órganos de gobierno que dirige el Colegio. En definitiva, de lo que se trata es de abrir más esta casa, que sea más accesible, y haceros partícipes de todo lo que acontece.

Pero queremos ir más allá. Guiados por la responsabilidad hacia la sociedad, hemos dotado este portal de un espacio libre de acceso para la ciudadanía. La transparencia debe ser un valor en las instituciones, un compromiso y una actitud permanente de relación con los que formáis parte de ella, con los equipos de trabajo y colaboradores, pero también con todos los públicos.

Deseamos que esta iniciativa responda a vuestras expectativas. Solo me queda ya invitaros a que, cuando esté disponible, accedáis a esta herramienta. Os reitero nuestra disposición para recibir las aportaciones y mejoras que consideréis oportunas.

Gracias por vuestra colaboración ¡Feliz verano!

# Premios del V Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes

Destaca la alta participación: 62 casos presentados.



20 casos seleccionados

Ganadoras y jurado en la entrega de los premios.

En esta quinta edición, se presentaron un total de 62 casos (52 el año pasado). De ellos, el Jurado seleccionó los diez mejores casos para su presentación oral y otros diez para su presentación en formato póster. En el acto de entrega de los premios, la Dra. Carmen Martínez Velasco, médico internista del Hospital San Juan de Dios de Pamplona y vocal de Médicos en Ejercicio Libre del Colegio de Médicos, destacó el aumento de los casos presentados y también se refirió al importante número de casos presentados por residentes de la Clínica Universidad de Navarra (de los diez casos seleccionados para su presentación oral, siete eran de la Clínica Universidad de Navarra).

Los finalistas defendieron su caso y contestaron a las preguntas del Jurado formado por los doctores Jean Louis Clint (médico de familia en el Centro de Salud de Aoiz); Coro Miranda (cirujana del CHN); Tomás Rubio (médico internista del CHN y tesorero del Colegio de Médicos); y Mª Carmen Martínez Velasco (médico internista del Hospital San Juan de Dios de Pamplona y vocal de Médicos en Ejercicio Libre del Colegio).

Cristina Gómez Martínez de Lecea, residente de primer año de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Clínica Universidad de Navarra, ha sido la ganadora del V Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes, que organiza el Colegio de Médicos de Navarra, con un caso titulado "Brazo catastrófico". El premio está dotado con 1.000 euros.

El segundo premio (750 euros) fue para Inés Esparragosa Vázquez, residente de segundo año de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra por su caso "Episodio de amnesia global transitoria como forma de debut de una encefalitis límbica autoinmune asociada a anticuerpos ANTI-CASPR2".

María Rullán Iriarte, residente de cuarto año de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Navarra, recibió el tercer premio, dotado con una cuantía de 500 euros, por su caso "Síndrome de Budd-Chari crónico, un reto diagnóstico".

El premio al mejor póster fue para Sheila Lacarra Fernández por el caso titulado "Tratamiento secuencial en el cáncer de próstata resistente a la castración ¿Estamos preparados a los nuevos anti-andrógenos?". Este este premio está dotado con 300 euros.

Recogió el premio Francisco Aguilar, segundo autor del póster premiado y residente de cuarto curso de Urología del CHN.

# CRISTINA GÓMEZ MARTÍNEZ DE LECEA.

GANADORA DEL PRIMER PREMIO.





## 1. ¿Por qué elegiste este caso?

Elegí este caso por todo lo que implica moral y profesionalmente. Además, considero que es una situación difícil de manejar y que ocurre con más frecuencia de lo pensado en el día a día de los médicos.

# 2. Breve resumen y principales conclusiones.

Nuestra paciente era una mujer joven, zurda y ciega desde los 26 años, que había vivido diferentes desgracias en su vida. La última un atropello por un camión con un sufrimiento importante de la extremidad superior izquierda, de la cual era dependiente para su vida cotidiana y para leer Braille. Ante la amputación, como el tratamiento estándar en estos casos, una relación cercana con la paciente y el trabajo en equipo permitió realizar diferentes pruebas diagnósticas y terapéuticas para preservar la extremidad. Como conclusiones remarcar que a veces las necesidades de nuestros pacientes permiten cuestionar los dogmas establecidos, y una extremidad catastrófica condenada a la amputación, se puede salvar si se desmitifica el protocolo establecido y se singulariza un tratamiento alternativo como en nuestra paciente. Y otra conclusión, es que el esfuerzo y el trabajo coordinado de muchos Servicios permite una luz de esperanza ante situaciones excepcionales.

# 3. ¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación médica?

Considero que un médico debe saber comunicarse con el paciente para afianzar la relación y con el resto de compañeros para compartir conocimientos importantes en la práctica médica. Por ello, creo que se deben aprovechar estas oportunidades que nos otorga el Colegio de Médicos para entrenarnos, para aprender a hablar en público y perder los miedos, para conocer lo que realizan otros departamentos y hospitales, para reilusionarnos y motivarnos en nuestra formación, y sin olvidar que también es para hacer curriculum.

# INÉS ESPARRAGOSA VÁZQUEZ,

GANADORA DEL SEGUNDO PREMIO.



Residente de segundo año de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra.

# 1. ¿Por qué elegiste este caso?

Las enfermedades autoinmunes son un problema cada vez más frecuente, de gran importancia presente y futura, pues cada vez hay más estudios relacionados con la búsqueda de anticuerpos y ensayos clínicos que abogan por el uso de inmunoterapia. En los últimos 10 años se han descubierto nuevos anticuerpos encargados de mediar muchas enfermedades neurológicas que hasta entonces tenían una etiología desconocida. El poder conocer la causa nos ha llevado a saber tratar mejor a los pacientes y, en muchos casos, incluso a conseguir una cura de la enfermedad, como ocurrió con nuestro paciente.

Me ha parecido interesante, mostrar a los médicos generales y residentes de otras especialidades la importancia de conocer este tipo de enfermedades, para así poder sospecharla y diagnosticarla, ya que el tratamiento temprano puede llevar a la cura del paciente.

# 2. Breve resumen y principales conclusiones.

Presentamos el caso de un paciente con clínica de amnesia global transitoria. Posteriormente, comenzó a presentar episodios de sudoración fría y piloerección. La exploración física, RM cerebral y electroencefalograma (EEG) fueron normales. Debido al aumento de la frecuencia de los episodios, se repitió el estudio con RM cerebral, monitorización vídeo-EEG y analítica sanguínea y de líquido cefalorraquídeo, objetivándose crisis epilépticas de origen temporal derecho y positividad para anticuerpos anti-superficie neuronal anti-CASPR2. Se descartó la presencia de un tumor asociado mediante PET-body. Se inició tratamiento antiepiléptico y tratamiento endovenoso con inmunoglobulinas, esteroides y posteriormente rituximab, quedando el paciente asintomático.

Los anticuerpos anti-CASPR2 se asocian a diversos síndromes neurológicos: neuromiotonía, síndrome de Morvan y encefalitis límbica con crisis del lóbulo temporal. En el 30% de los casos, dichos anticuerpos pueden estar relacionados con tumores. El tratamiento temprano con inmunoglobulinas e inmunosupresores puede mejorar el pronóstico.

Ante un cuadro clínico de amnesia global transitoria, especialmente en varones mayores de 60 años, debe considerarse el diagnóstico diferencial con una encefalitis límbica asociada a anticuerpos anti-Caspr2. La asociación de síntomas disautonómicos apoya esta última sospecha diagnóstica.

# 3. ¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación médica?

El hecho de participar en concursos de casos clínicos nos hace estudiar a fondo los pacientes que vemos, revisar la bibliografía sobre el tema, exigirnos más a nosotros mismos, tener la experiencia de realizar una exposición en público y verte examinado por la audiencia. Es una buena forma de practicar lo que un congreso conlleva.

# MARÍA RULLÁN IRIARTE,

# GANADORA DEL TERCER PREMIO.

Residente de cuarto año de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Navarra.

# Congresos Restaurante

# 1. ¿Por qué elegiste este caso?

Porque considero que es un caso complejo, interesante y muy didáctico. Además, nos permite reflexionar sobre patologías y etiologías poco frecuentes en nuestro entorno, que actualmente tenemos que tener en cuenta debido a la inmigración y al aumento de los desplazamientos.

# 2. Breve resumen y principales conclusiones

Presentamos el caso de un varón de 27 años, natural de Pakistán, diagnosticado de hepatocarcinoma multicéntrico sobre un hígado cirrótico de etiología enólica. Tras revisar la historia clínica, cuestionar el diagnóstico y realizar un estudio completo, se confirmó el diagnóstico de Síndrome de Budd-Chiari crónico en fase de cirrosis con múltiples nódulos hepáticos de regeneración, signos de hipertensión portal e importante circulación colateral. Se completó el estudio etiológico sin objetivar causa del Síndrome. El paciente fue tratado con heparina de bajo peso molecular y posteriormente, mediante radiología intervencionista, se realizó un shunt porto-sistémico transyugular intrahepático, que conectaba la vena cava inferior con la porta derecha y otras dos prótesis metálicas autoexpandibles que desembocaban a unos 3 cm de la aurícula derecha y en la vena porta principal, respectivamente, con buena evolución.

# 3. ¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación médica?

En mi opinión, esta experiencia ayuda al residente a tener que estructurar y redactar de forma ordenada un caso clínico (diagnóstico diferencial, opciones terapéuticas y conclusiones). Además, la presentación oral o en formato póster permite realizar una exposición frente a compañeros y jurado, además de tener que responder a preguntas sobre ello. Siempre está bien practicar estos aspectos, que a lo largo de la residencia y posteriormente como adjuntos nos va a tocar enfrentar en sesiones, cursos y congresos.

# SHEILA LACARRA FERNÁNDEZ,

PREMIO AL MEJOR PÓSTER.

Residente de segundo año de Urología del Complejo Hospitalario de Navarra.

# 1. ¿Por qué elegiste este caso?

Elegimos el caso porque el tratamiento del cáncer de próstata metastásico resistente a castración es un tema en auge en la urología y una parte muy importante, con cada vez más moléculas nuevas y actualizaciones en el tema.



todo el cáncer de próstata metastásico resistente a castración. La mejor comprensión de los mecanismos de

péu-

ticos

últi-

mos

años,

sobre

en los

resistencia ha contribuido al desarrollo de las nuevas terapias como las vacunas, los nuevos antiandrógenos (Abiraterona y Enzalutamida) y las terapias no hormonales como el Cabazitaxel.

Se están realizando múltiples combinaciones de estos agentes e intentando superar los mecanismos de resistencia a estos medicamentos. Definitivamente, debemos estar preparados para la nueva era de los antiandrógenos que ya estamos viviendo.

# 3. ¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación médica?

Es útil hacer pósteres y presentaciones durante la formación, sobre todo en reuniones en las que todos los ponentes/autores son residentes.

# Libro del Certamen

Al igual que en las ediciones anteriores, los veinte casos clínicos seleccionados para su presentación oral y en formato póster serán publicados en un libro, que editará el Colegio de Médicos de Navarra próximamente.



# ¿Quién cuida la salud de los médicos?

Entre un 10 y un 12% pueden sufrir en el transcurso de su vida profesional uno o más episodios de problemas psíquicos.

El PAIME es la esencia del Colegio.

# **■IDOIA OLZA**

El Colegio de
Médicos de
Navarra y la
Fundación Galatea
organizaron, el
pasado 6 de junio,
una mesa redonda
sobre ¿Quién cuida
de la salud de los
médicos? con el
apoyo del Servicio
Navarro de SaludOsasunbidea y la
colaboración de
Almirall.

El consejero de Salud, el Dr. Fernando Domínguez, en la inauguración de la mesa señaló que "a los médicos nos han formado para cuidar de la salud de las personas, pero ¿estamos preparados para ser pacientes, para afrontar nuestras limitaciones, nuestra propia enfermedad? ¿Somos capaces de reconocer que en el ejercicio de nuestra profesión, la presión, el estrés, y la responsabilidad a la que estamos sometidos pueden llegar a mermar nuestras facultades físicas, psíquicas o ambas? Tenemos que tener claro que nuestra propia salud repercute directamente en la salud de nuestros pacientes". Es, en esas situaciones, en las que el médico necesita ayuda, y el Programa de Ayuda Integral al Médico Enfermo (PAIME) va a ser un apovo fundamental.

La finalidad del PAIME es ayudar al médico afectado de cualquier enfermedad psiquiátrica y/o adicción que pueda interferir en su actividad profesional. Con la premisa de la más absoluta confidencialidad, se lleva a cabo un tratamiento integral por los profesionales más cualificados, todos

ellos gestionados desde el Colegio de Médicos de Navarra.

El Colegio de Médicos y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra firmaron en julio de 2001 un convenio para la puesta en marcha del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME). Hasta el año 2016 se atendieron a 223 médicos navarros.

Domínguez afirmó que "entre un 10-12% de los médicos en ejercicio pueden sufrir en el transcurso de su vida profesional uno o más episodios de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol u otras drogas". El 50% de los médicos atendidos eran médicos de Familia, seguidos de Pediatras y Anestesistas. Y el colectivo más afectado es el grupo de edad comprendido entre los 51 y 60 años. "Sin embargo, cada vez se están viendo más médicos residentes que presentan cuadros depresivos, de ansiedad, etc, en relación con el ejercicio de su profesión", señaló Do-

Concluyó con una pregunta: ¿alguien puede consolar cuando es él quien requiere consuelo?



Por su parte, el presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira, recordó que en Navarra el PAIME busca acompañar al médico "que elige el lugar donde quiere ser tratado, respetando así los criterios de confidencialidad, además de gratuidad, proporcionando una asistencia profesional personalizada fuera del circuito asistencial y con unas instalaciones de internamiento especializadas".

El responsable del PAIME en Navarra y vicepresidente primero del Colegio de Médicos, Alberto Lafuente, se refirió al PAIME "como la esencia del Colegio". Resaltó una serie de peculiaridades del Programa: el número cada vez más elevado de residentes que están en el Programa, la confidencialidad, que es la base del PAIME, y el número de altas que se ha conseguido y que se sitúa en el 70%. "Nos interesa cuidar al médico para cuidar a la sociedad y esta es una de las características del Programa y del propio Colegio de Médicos", afirmó Lafuente.

En la mesa redonda participaron la Dra. Cristina Abadía, de Prevención de Riesgos Laborales del CST de Terrassa y colaboradora de la Fundación Galatea; la Dra. Isabel Francés, del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SNS-O); y la Dra. Ana Belén Rodríguez, del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Clínica Universidad de Navarra.



Inauguración de la Jornada:
 Los doctores Fernando
Domínguez, consejero de Salud;
Rafael Teijeira, presidente del
Colegio de Médicos; y Alberto
Lafuente, vicepresidente
primero y responsable del
PAIME en Navarra.

La salud de residentes y estudiantes



Cristina Abadía, de Prevención de Riesgos laborales del CST de Terrassa y colaboradora de la Fundación Galatea.

Cristina Abadía definió el PAIME como un programa de ayuda, en el que la confidencialidad es el pilar fundamental. En su exposición, se refirió a los datos de un Estudio longitudinal sobre la salud MIR en 2013 y, según advirtió, "los alumnos de Medicina también son un colectivo que nos preocupa porque se perciben problemas de salud importantes, los datos son peores que los del MIR, sobre todo en lo relativo al nivel de salud mental y consumo de sustancias". Se analizaron cuestiones como el estado de salud percibido, trastornos de depresión y ansiedad, consumo de psicofármacos, salud mental, actividad física, consumo de tabaco y de alcohol, drogas y hábitos de sueño.

Los datos del citado estudio sitúan el inicio de la residencia como un "momento dulce". "Durante el primer año hay mayor consumo de sustancias, por lo que se hace necesario revisar estrategias de afrontamiento pero, a pesar de todo, se sienten satisfechos con la especialidad elegida y la formación que reciben".

Cristina Abadía expuso los datos del PAIME (hasta el 31 de diciembre

de 2017). Desde 1998 se atendieron un total de 2.586 casos, y en concreto, dentro del colectivo de residentes, desde 1998 hasta diciembre de 2005 se atendieron a 50, y hasta diciembre de 2017 suman un total de 360 casos. "El aumento de los casos de MIR atendidos es altamente significativo", advirtió.

Respecto al PAIME, destacó que los casos que llegan al programa por voluntad propia tienen mejor evolución que los

que han sido invitados a entrar. Ante esta situación, Cristina Abadía afirma que el MIR necesita un acompañamiento en cuanto a conocimiento, pero también a nivel emocional, y en este modelo el tutor es la pieza clave.

Desde la Fundación Galatea se organizan seminarios para tutores y residentes, talleres basados en la relación tutores-residentes, y para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Se desarrollan actividades formativas sobre promoción de la salud en el trabajo, liderazgo, trabajo en equipo y sobre comunicación. Destacó también los Programas de Soporte Emocional (SEPS), que constan de cinco sesiones (financiados al 80%). También hay talleres online.

Para un desarrollo profesional saludable, el MIR dispone de un soporte social que le ayudará y acompañará, y que está formado por los compañeros y compañeras, los tutores y las tutoras (que son fundamentales), las Unidades Docentes, Salud Laboral, Unidades de Prevención y la Fundación Galatea.

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SNS-O

Isabel Francés explicó las actuaciones de Vigilancia de la Salud del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SNS-O, en concreto con los residentes cuando inician su periodo de formación. Se refirió al examen de salud de ingreso, que es obligatorio, con el objetivo de prevención y promoción de la salud "y debemos informar que no existe incompatibilidad para iniciar el periodo de formación y detectar situaciones de especial sensibilidad que puedan necesitar un apoyo y una adaptación, y les damos mucha información".

Además del examen de salud, este Servicio realiza actuaciones a demanda, en caso de inadaptación o detección de una situación de salud que pueda afectar tanto al propio profesional, como al equipo o a la calidad asistencial. También se producen actuaciones específicas, en casos de agresión externa, agresión interna (acoso) y la gestión del efecto adverso (segundas víctimas). "En estos casos, señaló Francés, hablamos de PAIME, salud mental, adicciones. No entramos en otras circunstancias como la protección a la maternidad, embarazo y lactancia, accidentes de trabajo o necesidad de adaptación derivada de otras situaciones como alergias, accidentes, convalecencia, etc".

Estas actuaciones a demanda pueden surgir del propio interesado, de la Unidad docente-tutor, de los responsables del Centro o Servicio o de la Dirección de Profesionales. Se inicia siempre con una entrevista individual y, una vez valorada la situación, se plantea la necesidad de un seguimiento. Cuando la situación exige una atención especializada, se plantean diferentes escenarios, todos

ellos recogidos en un consentimiento informado específico.

Isabel Francés reclamó colaboración y coordinación con la Unidad Docente de Tutores y responsables de Servicios. Prevención de Riesgos (SPRL-Delegados), Dirección de Profesionales y Dirección Médica, Colegio de Médicos de Navarra (PAIME), Atención Primaria y Especializada, Mutuas y con la Inspección Médica y



# Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la **CUN**

La Dra. Ana Belén Rodríguez, del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Clínica Universidad de Navarra, que atiende a 5.000 trabajadores, destacó sobre todo la patología psiquiátrica en los residentes (depresión, ansiedad), especialmente en los de tercer y cuarto año de residencia.

En la CUN, según explicó, los casos se gestionan internamente.

"Como médico de trabajo, además del examen de ingreso, cuidamos de una manera especial la reincorporación del profesional después de una baja prolongada (es fundamental) y este proceso lo realizamos con la ayuda de un psiquiatra".

# **FUNDACIÓN GALATEA**

La Fundación Galatea fue creada en el año 2001 por el Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya, a raíz de la experiencia del Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME), para velar por la salud y el bienestar de todos los profesionales de la salud y, por consiguiente, garantizar una mejor calidad asistencial a los ciudadanos.

Los principales objetivos de esta Fundación son promover estilos de vida saludables entre los profesionales de la salud y conseguir la rehabilitación y reinserción laboral de los profesionales con problemas de salud mental y adicciones, con la finalidad última de garantizar la calidad asistencial a los ciudadanos.

El responsable del PAIME es el Vicepresidente 1° del Colegio de Médicos y atiende personalmente las llamadas en el teléfono del programa: 682 701 444 o los correos a paime@medena.es

Tras una entrevista personal con el médico, concierta la cita con el coordinador del programa, un médico especialista en Psiquiatría, que realizará la evaluación del caso y propondrá el plan a seguir.

El tratamiento podrá ser realizado por el profesional que elija el médico, bien un médico del propio programa o uno ajeno al mismo, pero siempre en estrecha colaboración con el médico coordinador.

En el caso de precisar ingreso. puede realizarse en una unidad localizada en Pamplona o si el médico coordinador lo cree necesario en Barcelona, por medio de la Fundación Galatea.



# Bienvenida a los nuevos médicos internos residentes

Ser referencia para los médicos más jóvenes es uno de los objetivos del Plan Estratégico del Colegio de Médicos de Navarra para el periodo 2018-2022, aseguró su presidente, el Dr. Rafael Teijeira, con motivo de la recepción a los 126 nuevos médicos internos residentes que en mayo se han incorporado a los centros sanitarios de Navarra para iniciar su formación especializada. El colectivo de médicos en formación en Navarra suma un total de 486 profesionales, de los que 312 son mujeres. Representan casi el 15% de la colegiación, explicó el Dr. Julio Duart, secretario del Colegio, que animó a los médicos residentes a "formar ya parte de la vida colegial" y pidió su ayuda para hacer del Colegio de Médicos "una entidad más próxima a sus necesidades".



Los doctores Juanjo Unzué, Julio Duart y Rafael Teijeira dieron la bienvenida a los MIRes.

Los médicos en formación representan un 15% de la colegiación en Navarra. De los 486 MiRes, el 64% –312– son mujeres.

19 residentes han sido becados para completar su formación en centros de prestigio internacional.

# ¿Qué os ofrece vuestro Colegio?

Rafael Teijeira explicó las actividades que el Colegio de Médicos organiza dirigidas a los residentes, tales como el Certamen de Casos Clínicos, iniciativa que goza de una gran acogida entre el colectivo y una destacable calidad, "reflejo, sin duda, de la excelente formación que os proporciona Navarra durante vuestros años de residencia". Recordó que ya se está trabajando en el libro que recogerá los 20 mejores casos del último y quinto Certamen, celebrado el pasado mes de mayo.

Después del verano, se convocará la XI Beca Dr. Ignacio Landecho de apoyo a la formación MIR, que promueve la rotación de los médicos en formación fuera de Navarra. Desde su primera edición, en el año 2009, 19 jóvenes médicos residentes han completado su formación en centros de prestigio internacional. Les informó, asimismo, del Servicio de atención eficaz y rápida en casos de agresiones.

"Aquí encontraréis –les dijo el Dr. Teijeira- el cariño y apoyo de médicos veteranos bien formados, servicios profesionalizados para orientar y acompañaros en vuestra trayectoria profesional y un amplio programa de formación médica".

Conscientes de los factores de estrés que caracterizan esta etapa de formación, el Dr. Julio Duart, hizo alusión al programa PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo), que ha desarrollado una iniciativa nacional centrada en la salud del MIR con el fin de adquirir habilidades y recursos para hacer frente al estrés.

# La fuerza de la Profesión

"La Medicina es una profesión de esfuerzo y de grandeza en la dedicación a los más débiles. Nos dedicamos a formarnos durante toda nuestra vida profesional, tenemos nuestro propio Código de Ética y Deontología, y somos capaces de ayudar a los compañeros a través de la Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC), entidad de solidaridad entre médicos que en Navarra cuenta con 37 beneficiarios entre colegiados y familiares y reparte ayudas



Terminó el acto con un recorrido por la sede colegial y un cóctel

mensuales para invalidez y becas de estudio a huérfanos, etc.", subrayó el Dr. Teijeira.

Finalmente, recordó que el Colegio cuenta, además, con una Oficina de Cooperación, "en la que podéis inscribiros para recibir noticias y ofertas de cooperación y voluntariado".

# Consejos desde la experiencia

El Dr. Juanjo Unzué, vocal de médicos jubilados, cerró el acto de bienvenida con anécdotas y consejos para los médicos más jóvenes. En un mundo cada día más tecnificado, les recomendó no olvidar nunca el factor humano, la relación con el enfermo, la anamnesis clínica y la confidencialidad del acto médico. Recordad que "vais a curar algunas veces, aliviar muchas y consolar siempre".

# Incorporación de 126 nuevos especialistas en formación

Un total de 126 nuevos especialistas han comenzado su formación este año en Navarra: 30 en centros de salud (22 en el Área de Salud de Pamplona-Estella y 8 en el Área de Tudela), 62 en el Complejo Hospitalario de Navarra y 34 en la Clínica Universidad de Navarra.

en la Pérgola.

La asignación de las plazas disponibles se realizó a partir del 17 de abril, siguiendo el orden de puntuación que habían obtenido los candidatos y candidatas en el proceso selectivo que se celebró el 10 de febrero, según lo estipulado en la convocatoria de plazas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el período 2018-2019. Los residentes de primer año se incorporaron a los centros sanitarios navarros entre los días 24 y 25 de mayo de 2018.

# VIII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España



Los días 1, 2 y 3 de junio se celebró en Valencia el VIII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España. En esta edición el organizador fue el Coro del Colegio de Médicos de Valencia. Participaron los coros de Navarra, Canarias, Madrid y Valencia. El balance no ha podido ser más positivo.

El coro del Colegio de Médicos de Navarra, cuya directora en Miriam Mendive, interpretó, junto al resto de coros, la Misa a 6 voces de Cabanilles (importantísimo autor del barroco valenciano). Además, tal y como explica Miriam Mendive," exportamos nuestra música: Maitia nun zira (Uruñuela), la Ofrenda a San Fermín (Madurga) y "Navarra" (Menendez)".

También cantaron una obra específica para la festividad del Corpus Christi en Valencia titulada, "ya que baylado habéis " de Comes.

El coro del Colegio de Médicos de Navarra en la Iglesia de San Nicolás de Valencia.

## Voces que sanan

El coro del Colegio de Médicos de Navarra está formado por 32 médicos colegiados (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 2014 y 2017). Participa, además, en actividades promovidas por el Colegio de Médicos, hospitales o entidades sociales.

El Coro del Colegio de Médicos es un proyecto ya consolidado, que sigue buscando nuevas voces. Ensayan los martes, a las 20 horas, en la sede colegial.

Su directora es Miriam Mendive Urtasun y su coordinadora la Dra. Julia Alonso Yerro.

Y a la vista de sus éxitos, goza de "buena salud" musical.





# EL TABACO ROMPE CORAZONES

Frenando el consumo

Elija salud, no tabaco



Día Mundial sin Tabaco



Miembros del ISPLN, colegios profesionales y organizaciones que firman el manifiesto. En representación del Colegio de Médicos, la Dra. Susana Miranda, vicesecretaria.

# Manifiesto a favor de los espacios sin humo

Con motivo de la celebración, el pasado 31 de mayo, del Día Mundial sin Tabaco, el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN) junto con los colegios profesionales de Médicos, Estomatólogos y Odontólogos, de Enfermería y de Farmacia, la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria y el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo de Navarra, firmaron un Manifiesto a favor de los espacios sin humo, con el objetivo de consolidar su creación y promover así la disminución de la exposición al humo del tabaco.

Según se constata en el documento, es evidente la asociación entre el tabaco y la producción de enfermedades y muertes. El tabaco es causa de más de 25 enfermedades: diferentes cánceres (puede producir cáncer en casi todo el cuerpo: boca, garganta, laringe, tráquea, pulmón...), enfermedades respiratorias (de las vías respiratorias, Enfermedad Pulmonar Respiratoria Crónica), del corazón (enfermedad coronaria, infarto...), digestivas, urinarias... Así mismo, fumar durante el embarazo se relaciona con problemas de salud del bebé y de la madre.

La existencia de espacios en los que no se pueda fumar es una medida de protección de quienes no fuman, que pueden disfrutar de distintos espacios sin someterse al humo del tabaco y sus consecuencias, y también para quienes fuman, ya que anima a dejar o reducir el consumo de tabaco. En este sentido se recomienda igualmente no consumir cigarrillos electrónicos ni vapeadores.

El tabaco rompe corazones

Por otra parte, diversos estudios científicos avalan que las legislaciones que prohíben total o parcialmente el consumo de tabaco en lugares públicos tienen beneficios para la salud, entre otros, para la salud cardiovascular y la reducción de los infartos agudos de miocardio. Este año la campaña de la Organización Mundial de la Salud ha tenido como lema "El tabaco rompe corazones".

Los espacios sin humo son además un instrumento de prevención del inicio del consumo. Ayudan a que no se empiece a fumar. En una sociedad en la que se vive el hecho de no fumar como un valor social mayoritario, la percepción del riesgo de fumar es más alta, hay menos personas que empiezan a fumar y se fuma menos. Permite, pues, avanzar hacia una generación sin tabaco.

El manifiesto es el inicio de una serie de acciones que Salud Pública está poniendo en marcha para fortalecer esta línea de trabajo, entre las que se incluyen el llamamiento a todas las entidades públicas y privadas a mantener su responsabilidad en esta cuestión desde el cumplimiento de la ley y el desarrollo de buenas prácticas en los diferentes sectores, una amplia distribución del manifiesto, convocatorias de reuniones con los sectores más implicados (sector sociosanitario, hostelero, lugares de ocio...) y refuerzo de las inspecciones si fuera necesario.

# V Congreso de Deontología Médica

Premio al mejor póster para la Dra. Pilar León. Por su trabajo sobre "Consentimiento informado y big data de salud"



La secretaria de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra, la Dra. Pilar León, ha logrado el primer premio por su póster titulado "Consentimiento informado y big data de salud" en el V Congreso de Deontología Médica, celebrado del 24 al 26 de mayo en el Colegio de Médicos de Segovia.

La investigación premiada analiza el consentimiento a la cesión de datos para el análisis de grandes bases de datos (en asistencia y en investigación), por parte de personas y pacientes, así como los nuevos modos de obtenerlos: la cesión automatizada o el planteamiento 'opting out'; la comunicación voluntaria de datos y el fenómeno del "crowdsourcing"; también se revisan los llamados 'consentimiento amplio' y 'consentimiento dinámico'; así como algunas cuestiones éticas relacionadas con el consentimiento electrónico.

La Dra. Pilar León explica que "el análisis de grandes bases de datos o big data relacionados con la salud ha adquirido un enorme interés debido al gran potencial que posee para avanzar en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades; también para fomentar hábitos y prácticas saludables. Al mismo tiempo, existe una gran sensibilidad respecto a la vulnerabilidad que pueden implicar para las personas". En este sentido, la Dra. León subraya que "los usos de las grandes bases de datos han de respetar los derechos de cada individuo. El consentimiento informado ha sido una de las principales garantías establecidas para proteger la autonomía y la responsabilidad de las personas en la asistencia médica y en la investiga-



# DEONTOLOGÍA

Actualización del Código Deontológico

El V Congreso de Deontología Médica abordó la actualización que se está realizando del Código Deontológico y que estará lista para finales de año o los primeros meses de 2019. Entre los temas que han sido llevados al primer plano del debate figuraban aquellos casos en los que la legislación y el Código Deontológico se contradicen, la exigencia propia en los conflictos de intereses y la crítica ante la permisividad de la publicidad engañosa o la importancia de inculcar el Código entre los médicos jóvenes.

En la mesa 'Construyendo el futuro de la Deontología Médica. Nuevo Código' intervinieron el Dr. Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC; y los doctores Ángel Hernández, Juan Antonio Pérez Artigues y Antonio Blanco Mercadé, miembros de la misma.

El Dr. Rodríguez Sendín señaló respecto a los conflictos de intereses que "la innovación biomédica hoy por hoy se ha convertido en el mecanismo más perverso de transferencia de dinero público a bolsillos privados que existe", con cierta frecuencia a cambio de nada o de sufrimiento. "Algunos médicos son unos títeres peligrosos en manos de intereses financieros fuertes que marcan lo que la profesión médica tiene que hacer, se han dejado deteriorar moralmente por intereses ajenos a nuestra profesión, mientras que otros lo hemos permitido con nuestro silencio y pasividad", incidió.

Otro asunto de relevancia en el Código será la inteligencia artificial y big data, tema sobre el que el Dr. Rodríguez Sendín expuso que "la investigación como imperativo moral supone que la misma ha de ponerse al servicio de la humanidad con el fin

de buscar respuestas a los problemas de salud y extender lo antes posible sus logros a todos los seres humanos que puedan beneficiarse de ella". Además, comentó que "esto es absolutamente novedoso y los hipotéticos beneficios pueden estar en respuestas más ágiles, control del gasto en función de resultados, pero es cierto que aparecen muchos riesgos".

Por su parte, el Dr. Juan Antonio Pérez Artigues recalcó que "el médico tendrá que asumir que, dentro del profesionalismo, no sólo tiene que estar al día de los conocimientos técnicos, sino que debe saber cuáles son sus deberes respecto al Código", antes de adelantar que la actualización del documento tratará, entre otros asuntos, la calidad de la atención y la definición del acto médico especializado, cuestiones sobre el secreto médico y el tutor MIR como figura ejemplarizante, la continuidad asistencial entre niveles y especialistas o la responsabilidad de las sociedades científicas ante actuaciones que vayan en contra de la Deontología.

Respecto a esta actualización del Código, el Dr. Ángel Hernández apuntó que abordará la violencia de género, "porque el médico tiene el deber de combatirla y prestar su colaboración activa para erradicarla", y también juega un papel importante en la detección de agresiones a niños o ancianos. Otro apartado relevante será el de la responsabilidad, porque "la relación médico-paciente debe sustentarse en la lealtad, veracidad y honestidad, y el profesional tiene la obligación de denunciar las conductas o disposiciones que generen riesgo o daños a los pacientes". Además, tratará la influencia de las redes sociales, área en la que conviene "separar lo profesional de lo personal, y se deberán cumplir las normas establecidas en el Código respecto a la publicidad".



# DEONTOLOGÍA

#### Eutanasia y suicidio asistido

La Asamblea del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) aprobó, el pasado mes de mayo, una Declaración a raíz de que el Congreso de los Diputados diera, recientemente, luz verde a abrir el debate para despenalizar la eutanasia.

En su Declaración, el CGCOM se reafirma como profesión médica en su compromiso de servicio al ser humano y a la sociedad así como en el respeto a la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de su salud.

Recuerda que el Código de Deontología Médica establece que "el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste".

Además, y según dicho Código, "el médico tiene la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del paciente, aun cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida".

La Declaración completa puede consultarse en la página web del Colegio <a href="https://cole-">https://cole-</a>

giodemedicos.es/posicionamiento-del-cgcom-ante-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido/

El CGCOM ha denunciado reiteradamente las desigualdades en la legislación autonómica sobre la atención al final de la vida demandando el aseguramiento de la protección de la dignidad de las personas mediante una Ley Orgánica. Hace más de un año dio su apoyo sin fisuras a la iniciativa legislativa en materia de derechos y garantías en el proceso de morir, en el Congreso de los Diputados. En ese sentido, considera que es realmente prioritario y urgente una legislación que garantice: -El acceso universal y equitativo a los cuidados paliativos de calidad en el Sistema Nacional de Salud. -El derecho a la sedación paliativa en la agonía, de forma científica y éticamente correcta sólo cuando existan síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se disponga del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado. En estas circunstancias no cabe la objeción de conciencia.



# Actualización sobre Certificado de Defunción

# Una cuestión médica y judicial

El seminario sobre "Actualización en la realización del procedimiento de Certificado de Defunción y la cumplimentación del Boletín Estadístico de Defunción" se celebró, en dos ediciones, el 10 y el 20 de abril, en la sede del Colegio de Médicos. Participaron como docentes la Dra. Pilar León, de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos, la Dra. Inés González Varela, médico Forense del Instituto Navarro de Medicina Legal, y la Dra. Mª Concepción Moreno y Yugo Floristán, del Servicio de Epidemiología del Instituto de Salud Pública de Navarra. El seminario, se enmarca dentro del Plan de Formación Continuada 2018 del Colegio de Médicos —en colaboración con el Departamento de Salud de Navarra—, además está coorganizada con la namFYC.

Yugo Floristán definió, según establece el Ministerio de Justicia, el certificado de defunción como "el documento oficial que acredita el fallecimiento de la persona". En el año 2016, en Navarra el total de defunciones fue de 5.727 (2.911 hombres y 2.816 mujeres).

La Dra. Floristán se refirió a la polémica de si el certificado de defunción es una cuestión médica y/o judicial.

En su opinión, "definir la muerte no es exclusivamente un asunto médico, ya que no se trata solo de algo biológico, sino también de una cuestión social. El médico tiene autoridad para conocer el significado de los signos vitales. No para aprobar una definición".

En relación a la cuestión judicial, el poder judicial es un órgano del Estado con autoridad reconocida en asuntos públicos, sin embargo, no es correcto generalizar ("Que los jueces decidan"). Al respecto, afirmó que existe discusión (médica y legal) sobre la definición de muerte. "Existen estándares definidos para determinar la muerte, es importante que no haya dudas, tanto para los profesionales como para la sociedad, pero en general están legislados y son colectivamente aceptados".

Concluyó que "los criterios para diagnosticar la muerte cardiorrespiratoria y la muerte cerebral han sido bien establecidos y aceptados por la profesión médica, no obstante, existen diferencias en cómo los médicos aplican estos criterios en casos individuales y, aunque los estándares pueden variar un poco en diferentes países, no hay grandes disputas sobre el diagnóstico médico en sí mismo".



# Cómo cumplimentar el Certificado

Yugo Floristán habló sobre cómo cumplimentar el Certificado Médico de Defunción, con el objetivo de mejorar las estadísticas oficiales de mortalidad.

Enumeró las principales recomendaciones a la hora de cumplimentar el certificado y el Boletín Estadístico de Defunción: "utilizar información real; mayúsculas (tinta negra, una letra por casilla), ya que facilita el reconocimiento de textos OCR. Lo procesan personas que en general no pertenecen al colectivo médico; no utilizar abreviaturas y/o siglas; describir la secuencia lógica de patologías; certificar una única causa fundamental; certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades; evitar certificar entidades mal definidas como causa fundamental; evitar certificar signos y síntomas (fiebre); no certificar mecanismos de muerte (paro cardíaco, midriasis arreactiva...)"

Además, se recomienda rellenar personalmente el CMD/BED firmándolo y haciendo constar el número de colegiado.

# FORMACIÓN



La Comisión
de Formación
Continuada de las
Profesiones Sanitarias
de Navarra celebra
su 20° aniversario
con cerca de
10.000 actividades
acreditadas

José Ramón Azanza y Pilar San Esteban, del Colegio de Médicos, son miembros fundadores de la Comisión.

En Navarra, se acreditan cada año entre 600 y 700 actividades de formación sanitaria.

La Comisión de

La Comisión de Formación Continuada posa junto al consejero de Salud, a las puertas del pabellón de docencia del CHN.

La Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Navarra celebra este año su 20° aniversario con un historial acumulado de más de 10.000 actividades acreditadas de formación, un tercio de ellas dirigidas a profesionales de Medicina, otro tercio a Enfermería y otro a otros estamentos profesionales del ámbito de la salud.

En el pleno de esta comisión, celebrado el pasado 19 de junio, el consejero Fernando Domínguez pronunció un discurso en el que reconoció "la mejora de la calidad de la atención" que ha propiciado este organismo en sus 20 años de andadura, al haber puesto "especial énfasis" en la acreditación de actividades de formación "orientadas a las necesidades del sistema sanitario y al desarrollo profesional continuo".

En Navarra, se acreditan cada año entre 600 y 700 actividades de formación sanitaria de todo tipo (cursos, talleres,

seminarios, sesiones clínicas, jornadas y congresos, tanto en formato presencial como a distancia), lo que representa entre el 1,5% y el 2% de las actividades acreditadas que se promueven a nivel estatal. Entre las entidades solicitantes de acreditación, se encuentran los colegios profesionales, las sociedades científicas, las universidades, los centros sanitarios y Administración sanitaria de Navarra.

Cabe destacar que Navarra fue la primera comunidad que creó la Comisión de Formación Continuada autonómica, pocos meses después de constituirse el Sistema Nacional de Acreditación de Formación Continuada, del que forma parte junto al resto de comunidades autónomas. La existencia de esta estructura de acreditación ha permitido unificar criterios y estándares para la planificación de las actividades de formación continuada, lo que a su vez hace posible su validez y reconocimiento en todo el Sistema Nacional de Salud.



Un centenar de evaluadores externos

creó como organismo adscrito a la Dirección General de Salud, si bien funciona como órgano independiente e interinstitucional, en el que están representantas todas las instituciones implicadas en la formación sanitaria en Navarra. Cuenta con 16 integrantes procedentes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (Atención Primaria y Salud Mental, y Complejo Hospitalario de Navarra), el Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento de la Dirección General de Salud, la Clínica Universidad de Navarra (CUN), la Universidad Pública de Navarra (UPNA), la Universidad de Navarra (facultades de Medicina y Farmacia), la Fundación Miguel Servet, las sociedades científicas y los colegios profesionales de Medicina, Enfermería, Farmacia, Odontología y Estomatología y Veterinaria.

Asimismo, cuenta con la Secretaría Técnica encargada de la gestión de las acreditaciones y de la coordinación entre todas las instituciones que componen el Sistema de Acreditación tanto en Navarra como a nivel nacional.

Esta composición, según destacó el consejero, ha sido "fundamental" para "facilitar la colaboración entre profesionales, instituciones y Administración sanitaria en el objetivo común de mejorar la calidad de la formación continuada". La estructura del sistema de acreditación ha hecho posible la colaboración, no solo a nivel interno en Navarra, sino también la coordinación con las otras comunidades autónomas y los Ministerios de Sanidad y Educación. "Han sido 20 años de colaboración en los que se han compartido reuniones, trabajo y criterios que han posibilitado la creación de un sistema de acreditación con validez a nivel nacional", destacó Domínguez.

El consejero subrayó el valor del equipo humano que ha "impulsado y sostenido" este proyecto, con reconocimiento especial al centenar de profesionales que han integrado el grupo de evaluadores y evaluadoras externos, haciendo posible que la acreditación de actividades de formación continuada sea independiente

Dedicó una mención especial a dos de sus impulsores hace 20 años, los doctores Ignacio Sánchez Nicolay y José Javier Viñes, así como a varios de sus miembros fundadores aún hoy en activo en la comisión, entre ellos José Ramón Azanza (su presidente desde el 2007), Pilar San Esteban (responsable del Área de Desarrollo Profesional del Colegio de Médicos de Navarra), Berta las Heras, Pilar León, Dolores Redín, Francisco Cardona o María Jesús Guembe (secretaria técnica desde el inicio del sistema).

La formación continuada es un derecho reconocido en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003, además de una obligación deontológica y un mérito curricular. Uno de sus retos es desarrollar los Diplomas de Acreditación (DA) y Diplomas de Acreditación Avanzada (DDA), que son una vía operativa para mejorar la capacitación de los profesionales con un modelo de desarrollo de competencias a través de la formación continuada acreditada.

# FORMACIÓN

# Formación Médica Continuada en el Colegio

# Actividades programadas en Septiembre-Octubre 2018

El programa de Formación Médica Continuada del Colegio de Médicos de Navarra sigue tres líneas de desarrollo, que marcan las prioridades en la elección y organización de sus actividades.

Área de Competencias
 Transversales Médicas

# -Programa de Ética y Deontología en la Medicina de hoy.

La formación en ética clínica se viene desarrollando desde el año 2010, con el objetivo general de mejorar la capacitación de los colegiados en la identificación y resolución de las dificultades y conflictos en los aspectos éticos y deontológicos de la práctica clínica, y ello a través de tres objetivos concretos:

- Fomentar entre los colegiados el interés por el estudio y la formación en ética y deontología, para adquirir habilidades en la identificación y análisis de conflictos éticos actuales y los que puedan ir surgiendo en el futuro.
- Adquirir las habilidades en metodología deliberativa para el análisis de conflictos éticos, mediante la discusión y resolución de supuestos prácticos, moderada y guiada por expertos.

 Facilitar el estudio del marco teórico necesario para la reflexión en ética y deontología, mediante la provisión de textos recomendados. 2. Área de Competencias Clínicas Comunes

Son actividades dirigidas a los médicos asistenciales, que tienen por objetivo la actualización en materias clínicas de interés y su aplicación en cualquier especialidad y ámbito asistencial.

#### Programas:

- Plan de Formación en Obesidad y Sobrepeso.
- Actualización clínica. Urgencias tiempo-dependientes.

3. Área de Competencias Clínicas Específicas

Son actividades dirigidas a médicos de especialidades concretas para la revisión de problemas clínicos específicos.

- Manejo clínico en Sobrepeso y Obesidad. Ejercicio físico en la prevención de sobrepeso. Taller para equipos multidisciplinares de salud laboral.
- Actualización en Enfermedad Renal Crónica (ERC) a través de casos clínicos.
- Microbiología Clínica. Manejo de infecciones en pacientes institucionalizados.
- Eficacia y eficiencia en el tratamiento farmacológico de la demencia.



# Calendario de actividades

#### Septiembre

# Área Competencias Clínicas Comunes

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA ON LINE EN URGENCIAS TIEMPO-DEPENDIENTES. SEPSIS.

7 horas lectivas.

Fecha: Del 20 de septiembre al 6 de Octubre. ACTIVIDAD EN AULA VIRTUAL.

# Área Competencias Clínicas Comunes

CICLO 6. SALUD DE LOS PIES A LA CABEZA.

TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON
SÍNDROME ANSIOSO DEPRESIVO
Y MANEJO EN ATENCIÓN
PRIMARIA.

1,5 horas lectivas.

Fecha: 20 de septiembre.

# Área de Competencias Transversales Médicas

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LA MEDICINA DE HOY. HUMANIZACIÓN Y MEDICINA: SIGNIFICADO Y PERSPECTIVAS. 12 horas lectivas, ACTIVIDAD MIXTA: Dos sesiones presenciales y trabajo en aula virtual. Fecha: Del 27 de septiembre al 10 de octubre.

Pendientes de Calendario: Área de Competencias Transversales Médicas

## Octubre

# Área de Competencias Clínicas Específicas

MANEJO CLÍNICO EN SOBREPESO Y OBESIDAD. EJERCICIO FÍSICO EN LA PREVENCIÓN DE SOBREPESO. TALLER PARA EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES DE SALUD LABORAL. 9 horas lectivas.

Fecha: Del 2 al 9 de octubre.

# Área de Competencias Clínicas Específicas

ACTUALIZACIÓN EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) A TRAVÉS DE CASOS CLÍNICOS.

4 horas lectivas. Fecha: 8 de octubre.

# Área Competencias Clínicas Comunes

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA ON LINE EN URGENCIAS TIEMPO-DEPENDIENTES. IAM. 7 Horas lectivas.

Fecha; Del 15 al 25 de octubre.

# Área de Competencias Clínicas Específicas

MICROBIOLOGÍA CLÍNICA. MANEJO DE INFECCIONES EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.

4 horas lectivas. Fecha: 16 de octubre.

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LA MEDICINA DE HOY. MESA REDONDA. IMPLICACIONES DEL NUEVO REGLAMENTO DE LA UE SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

# Área Competencias Clínicas Comunes

CICLO 6. SALUD DE LOS PIES A LA CABEZA. VÉRTIGOS. MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y DERIVACIÓN A ESPECIALISTA.

1,5 horas lectivas. Fecha: 25 de octubre.

# Área de Competencias Transversales Médicas

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LA MEDICINA DE HOY. MESA REDONDA. APLICACIÓN DE LOS BIG DATA EN SALUD.

2,5 horas lectivas. Fecha: 23 de octubre.

# Área de Competencias Clínicas Específicas

EFICACIA Y EFICIENCIA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEMENCIA.

4 horas lectivas. Fecha: 25 de octubre.

# Área Competencias Clínicas Comunes:

MANEJO CLÍNICO EN SOBREPESO Y OBESIDAD. OBESIDAD SARCOPÉNICA.

4,5 horas lectivas. Fecha: 29 de octubre.

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LA MEDICINA DE HOY. MESA REDONDA SOBRE HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

**INSCRIPCIONES ON LINE: www.medena.es** 



# TEncuesta sobre la Situación de la Profesión Médica en España

El 65% de los médicos españoles afirma haber sufrido agresiones en el ejercicio de su profesión.

El 60% no lo denunció.

La mayoría se producen en mujeres entre 40 y 60 años. a inestabilidad y temporalidad laboral sigue siendo la tónica habitual en el sistema contractual del Sistema Público de Salud, con un 27% de contratos precarios entre los médicos encuestados sin plaza en propiedad, según se desprende de la V Oleada de la "Encuesta sobre la situación de la profesión médica en España", promovida por la Organización Médica Colegial (OMC) en colaboración con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), y coordinada por el Dr. Óscar Gorría, urólogo del Complejo Hospitalario de Navarra.

En este 5° estudio, además de recoger la situación laboral de la profesión médica, se ha ahondado sobre aspectos relacionados con las condiciones profesionales y se ha contemplado la situación de los médicos internos residentes (MIR), las agresiones a profesionales y la conciliación familiar y profesional de los facultativos. El objetivo es ofrecer una visión más general de la profesión, sin quitarle el protagonismo que precisa la situación laboral, de ahí su cambio de denominación que pasa de ser "Encuesta sobre la situación laboral de los médicos en España" a "Encuesta sobre la Situación de la Profesión Médica en España".

La colaboración de los Colegios de Médicos provinciales ha sido fundamental en el éxito de participación conseguido a lo largo de las últimas encuestas que sobre esta temática se vienen realizando desde 2014. Para esta edición se ha pulsado la opinión de cerca de 13.500 profesionales, alcanzando a lo largo de la serie las 60.000 encuestas analizadas, lo que convierte a esta "Encuesta sobre la Situación de la Profesión Médica en España" en un estudio de referencia a nivel nacional. En Navarra, han participado un total de 354 profesionales.

La tasa de interinidad existente en el sistema sanitario público español afecta a la mitad de los facultativos de su plantilla. Respecto a esta irregularidad cabe destacar que el 39% de los médicos encuestados que se encuentran en esta situación, llevan más de 10 años sin conseguir afianzar su plaza mediante concurso oposición.

En línea con lo anterior, la media de contratos firmados en el último año por los médicos encuestados que se encuentran trabajando o han estado empleados en este año en el sistema público y no disponen de una plaza en propiedad es de 4,24. Cifra que se eleva hasta casi 9 en el caso de los profesionales que están en paro y han trabajado en el sistema público durante el último año, lo que demuestra que no se ha avanzado por mejorar la temporalidad dentro del SNS.

Las mujeres (4,31 contratos), los menores de 40 años (4,74 contratos) y aquéllos de nacionalidad extranjera

(7,89 contratos) presentan un promedio por encima de la media en el SNS.

Por otra parte, se mantiene el paro de larga evolución entre los encuestados. En este sentido, el 34% de los mé-

> dicos encuestados que no disponen de una plaza en propiedad y se encuentran en desempleo y buscando trabajo llevan más de seis meses sin trabajar, y el 21% está en esta situación desde hace más de un año.

Asimismo, se observa un nuevo incremento del paro sumergido en la profesión médica. En concreto, de la encuesta se desprende que el 35% los médicos encuestados que no disponen de una plaza en propiedad, y se encuentran en desempleo, no están apuntados al paro, observando un crecimiento a lo largo de la serie de 12 puntos.



CON LA COLABORACIÓN:

Presentado por el Foro de la Profesión Médica Estudio sobre **ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN** DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN ESPAÑA (ESPM)

5ª OLEADA-2018









La precariedad laboral sigue asentanda en el Sistema Nacional de Salud, El 27% de los médicos encuestados sin plaza en propiedad que trabajan en el Sistema Público lo hacen con un contrato precario.



# INFORME

Base: Médicos internos residentes (934 casos)

# SITUACIÓN EN LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES Supervisión docente TOMANDO COMO REFERENCIA LA ROTACIÓN ACTUAL Total 28,3 % 27,1 % 27,2 % 11,8 % 5,7 % 1er año 33,3 % 30,0 % 21,3 % 12,1 % 3, 2º año 27,4 % 27,9 % 26,0 % 13,9 % 4,8 3er año 27,2 % 28,1 % 26,3 % 11,6 % 6,7 % 4º año 28,9 % 19,6 % 33,8 % 10,7 % 7,1 % 5º año 2,7 % 43,2 % 37,8 % 5,4 % 10,8 % I Mi tutor/responsable docente está siempre pendiente de mi actividad y puedo consultar con él en cualquier momento No es difícil contactar con mi tutor si lo necesito, aunque no está pendiente directamente de mi actividad Tengo bastante margen de actuación, aunque regularmente me encuento con mi tutor/responsable docente No me siento suficientemente supervisado, y a veces tengo problemas para poder resolver dudas o problemas con mi tutor Realmente me siento abandonado (o casi abandonado) a mi suerte en cuanto a mi tarea asistencial en este momento

Dos de cada tres MIR
de primer año no están
supervisados de manera
constante durante su tarea
asistencial diaria. El 31% no
se sienten suficientemente
supervisados, o
abandonados durante las
guardias.

P2. En cuanto a la supervisión docente que recibes, y tomando como referencia la rotación en que te encuentres en este momento, ¿cuál de las siguientes afirmaciones la define de una manera más aproximada?

# Supervisión de los MIR C & PROCEDITOR DE LA PROCEDITOR D

Una de las novedades de esta Encuesta es el apartado dedicado a la supervisión y la libranza de guardias de los médicos residentes (MIR).

Es preocupante observar como dos de cada tres (66,7%) MIR de primer año de residencia afirman no estar supervisados de manera constante durante su tarea asistencial diaria. El 86,1% afirman no estar supervisados de manera constante durante sus guardias de presencia. El 31,1% no se sienten suficientemente supervisados, o abandonados durante las mismas.

Por otra parte, el 35% de los MIR encuestados afirman no poder librar habitualmente las guardias, teniendo que quedarse en el servicio para continuar con la realización de ta-

reas asistenciales. En el caso de los MIR de 5° año esta cifra asciende al 67,6%, 2 de cada 3 residentes de último año no puede librar la totalidad de las guardias.

Analizando la situación por especialidades observamos cómo el 80% de los MIR de Urología y Cirugía general están obligados a permanecer en su puesto de trabajo tras guardias de 24 horas, mientras la práctica totalidad de los residentes de Anestesia pueden disfrutar siempre del descanso estipulado en la ley vigente.

#### Agresiones

En el estudio de este año se ha dedicado, además, un espacio a las agresiones al personal médico.

De los datos obtenidos cabe destacar que el 65% de los profesionales médicos encuestados afirma haber sufrido agresiones en el ejercicio de su profesión (más de 8.700 médicos encuestados). De ellos, el perfil más comúnmente agredido es el de mujeres entre 41 y 60 años. El 60% no denunció esta agresión.

#### Estudio

Para este 5º muestreo se han recabado cerca de 13.500 encuestas validadas de las 52 provincias españolas y recogidas entre los meses de marzo y abril de este año. De esta forma, esta edición se convierte en la de mayor participación de las realizadas hasta ahora.

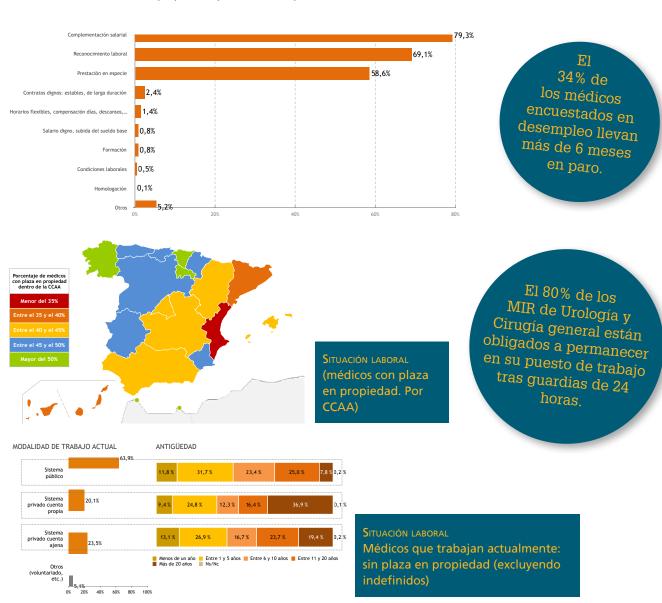
# INFORME



El 62% de
las médicas
encuestadas afirma
tener bastante o mucha
dificultad para conciliar
su vida familiar y
profesional.

Situación laboral (médicos que trabajan actualmente)

PLAZAS VACANTES: Incentivos que podrían ayudar a atraer a profesionales





ediatras de Atención Primaria de Navarra han consensuado un documento de propuestas "ante las crecientes dificultades que estamos teniendo para ejercer muestra profesión en óptimas condiciones y que repercuten negativamente, no solo en nuestras condiciones laborales sino también en la calidad asistencial que estamos dando a la población".

El documento surge tras varias sesiones de reflexión que se han desarrollado en el Colegio de Médicos de Navarra y en las que han participado más de 50 pediatras de Atención Primaria de Navarra, que se han unido en único foro para analizar la situación y buscar soluciones a los principales problemas que, en su opinión, sufre hoy la Pediatría de Atención Primaria en Navarra y que son: sobrecarga laboral y refuerzos, horarios laborales y conciliación familiar, competencias profesionales, oposiciones de Pediatría, contratación, Servicio de Urgencias Extrahospitalario de Pediatría, formación y docencia, herramientas y medios de trabajo, etc.

El Documento fue presentado el pasado 30 de mayo, en el Colegio de Médicos, por Margarita de

Miguel, pediatra de Atención Primaria y moderadora del foro de reflexión; Ignacio Iribarren, pediatra de Atención Primaria y presidente de la Asociación Navarra de Pediatría; Jesús Soria, pediatra de Atención Primaria y vocal de Pediatría del Sindicato Médico de Navarra; Clara Oteiza, pediatra de Atención Primaria y vocal de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría y Genoveva Miranda, pediatra de Atención Primaria.

Los pediatras de AP navarros consideran que, a pesar de los problemas existentes en la actualidad, "no se ha producido ninguna acción correctora relevante" e instan al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) a "iniciar cuanto antes el estudio y aplicación" de las propuestas del documento elaborado. En este sentido, argumentan que "son las personas que ostentan cargos de responsabilidad pública en estas competencias y de los Organismos implicados, las que deben realizar los cambios propuestos. Solo ellos serán los responsables de que persistan o evolucionen las deficiencias que nos han llevado a estas circunstancias y que denunciamos en este documento".

# SOCIEDADES CIENTÍFICAS



"No es cierto que no haya
Pediatras en Navarra. Lo que
no hay es voluntad e iniciativas
para captarlos, ni para cuidar,
motivar y fidelizar a los que ya
estamos"

# Modelo asistencial

En el Documento, los pediatras de AP navarros apuestan por el sistema actual de atención pediátrica, pero advierten que "debe contar con los medios necesarios para llevarse a cabo con garantías de calidad". En este sentido, la primera propuesta del Documento dice:

- No aceptamos la figura de Pediatra consultor. Sólo excepcionalmente y de forma temporal puede plantearse un Pediatra de Área.
- Solicitamos a la Administración que utilice todos los medios a su alcance para conseguir captar y fidelizar a Pediatras en el SNS-O, y le hacemos única responsable de la situación actual de carencia de facultativos especialistas en Pediatría para cubrir las plazas en la Atención Primaria. Queremos recordar en este sentido, que en la última OPE de Pediatría hubo 100 especialistas que realizaron su inscripción: No es cierto, por tanto, que no hay Pediatras. Lo que no hay es voluntad e iniciativas para captarlos, ni para cuidar, motivar y fidelizar a los que ya estamos en Navarra.

Advertimos a la población que, de prolongarse las condiciones actuales de carencia de Pediatras, desaparecerá la calidad asistencial que hemos dado hasta ahora, abocándonos a otros modelos asistenciales donde el principal perjudicado será el niño.

# **PROPUESTAS:**

# Sobrecarga laboral y refuerzos

Piden la aplicación de distintas medidas, muchas de ellas ya vigentes en otras CCAA, y que son:

- Que no existan en Navarra diferencias entre TIS de cupos pediátricos mayores al 10%.
- Modificación con participación técnica por parte de pediatras y acuerdo en los criterios de estandarización actuales (cálculo de TIS estandarizadas).
- Compensación económica y proporcional en los cupos que tengan asignados más de 1.000 TIS reales.
- Las actuales agendas de trabajo, que siguen los criterios de la propia Administración, donde se tienen en cuenta las diferentes actividades que debe realizar el Pediatra en su jornada laboral, no será modificada por ningún otro profesional y si lo hace será siempre con el consentimiento previo del propio Pediatra.
- Debe establecerse, según la agenda ya diseñada, un número máximo de pacientes a ser valorados en el día por el Pediatra. Esa cifra debe ser acordada con los propios profesionales.
- Es competencia de la Administración definir las medidas que deben aplicarse para las demandas asistenciales que sobrepasen dicho cupo, y hacérselas saber a todos los estamentos implicados (Administrativos, Enfermeras y Pediatras).



# SOCIEDADES CIENTÍFICAS

- Si hay alguna circunstancia que justifique al director del centro o a la dirección de Atención Primaria solicitar al Pediatra que se atienda a más pacientes de lo señalado anteriormente, deberá estar justificado y lo hará por escrito.
- Volver a actualizar los acuerdos previos a 2010, de refuerzo de plantilla cuando exista sobrecarga laboral (más de 1.000 TIS reales o en épocas de epidemia).
- Los criterios de sustitución de ausencias de Pediatras deben ser consensuados y definidos. En el caso de no encontrar personal para ello (sustituciones o en último término jornada extraordinaria) y si el compañero debe asumir la carga de trabajo, se deberá aplicar la compensación económica según los acuerdos de 2008.
- Es competencia exclusiva de cada Pediatra poder modificar su agenda, tanto para la demanda diaria como para la atención programada, según criterios de carga asistencial (aumentar número de programadas cuando disminuye la demanda, forzar programadas de lactantes y recién nacidos...) para optimizar los recursos a la demanda real asistencial.
- Las plazas de Pediatría con especial dificultad de cobertura (rurales, alejadas, único pediatra en la zona básica, población muy dispersa...), tienen que incentivarse para resultar más atractivas (económicamente, flexibilidad horaria, menos TIS reales etc.).

Rueda de prensa de presentación de las propuestas.

Clara Oteiza, Genoveva Miranda, Margarita De Miguel, Jesús Soria e Ignacio Iribarren, en la presentación del Documento de propuestas.





# Horarios laborales y conciliación familiar

No se plantea ninguna modificación de los horarios de las plazas que tienen actualmente un horario de mañana.

- Para las plazas con horario de tarde solicitamos a la Administración que, teniendo en cuenta por un lado la necesidad de cubrir la demanda asistencial por parte de la Administración y por otra, las situaciones familiares de la mayoría de afectadas (mujeres, con niños pequeños u otras cargas familiares que condicionan su disposición laboral), el interés común es acordar individualmente una flexibilidad horaria que permita ambos condicionantes. En este sentido, se apuntó que esta adaptación horaria individual ya se hace por ejemplo en La Rioja.
- Pedimos modificar el horario de atención en estas plazas, poniendo un tope máximo asistencial en las 18 horas.
- Cuestionamos la necesidad real de una atención continuada como exige la Administración para justificar estas plazas, cuando ella misma está dispuesta a cerrar durante varios meses todos los centros de salud a partir de las tres y media, entendiendo que los mismos motivos para justificar dicha medida existen el resto del año.

# Competencias profesionales. Enfermeras específicas de pediatría

Solicitamos que la Administración cree, de una vez, una bolsa de Enfermeras acreditadas y formadas específicamente en Pediatría de Atención Primaria, que incluya no solo a las actuales titulares sino a un número suficiente que pueda cubrir las ausencias de las mismas.

Dado que tenemos conocimiento de que existe ya un grupo de estas características en Navarra que han tomado la iniciativa de asociarse y promover esta formación, pedimos a la Administración y a los organismos competentes de enfermería que fomenten y respalden dicha iniciativa.

Aunque la formación específica corresponde a las propias Sociedades de Enfermería, entendemos que tanto la Administración como nosotros, los especialistas de Pediatría, debemos participar en los criterios de dicha acreditación.

Además, teniendo en cuenta la implicación que la Enfermera tiene desde el punto de vista asistencial en el día a día de nuestras consultas, exigimos que –teniendo en cuenta la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la legislación específica de Navarra en dichas competencias— se definan de una vez claramente las actividades y funciones específicas a la Enfermería de Pediatría. De esta tarea hacemos responsable a la Administración (por su implicación y responsabilidad) a la hora de organizar las tareas asistenciales, teniendo en cuenta además sus actuales Planes de Mejora, líneas estratégicas... y demás documentos de gestión que está elaborando y presentando.

"De prolongarse las condiciones actuales desaparecerá la calidad asistencial que hemos dado hasta ahora"

# Oposiciones de Pediatría

Las oposiciones deben ser convocadas con la periodicidad que marca la Ley, resolverse de una forma ágil y rápida y, como en el resto de Comunidades Autónomas, exigimos que –tal y como la Administración ya se había comprometido– se convoquen con un temario específico. En este sentido, también instamos a que de nuevo se diferencien una convocatoria para Pediatras que opten a plazas hospitalarias y otra diferente para los que optan a plazas de A. Primaria.

# Contratación

Exigimos el cumplimiento de la normativa actual a la hora de ofrecer sustituciones y jornadas extraordinarias. Siempre por parte de los Directores de los Centros de Salud o de los responsables de Personal de la Dirección de Atención Primaria debe ofrecerse este tipo de contrataciones en primer lugar a todos los especialistas en Pediatría que estén en las listas específicas, y sólo en el caso de no poderse cubrir de esta manera, ofrecerse a médicos no especialistas en Pediatría, pero con experiencia contrastada de atención a población infantil.

# S.U.E. de pediatría

El Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Pediatría (S.U.E de Pediatría) en el centro San Martín se ha consolidado como centro asistencial extrahospitalario con un volumen de asistencia pediátrica importante y de referencia para la población.

Resulta imprescindible modificar y mejorar las actuales condiciones de trabajo de sus profesionales, ya en que la situación actual se está trabajando bajo turnos, jornadas y condiciones tan penosas y sobrecargadas, que hacen que los pediatras que ocupan estas plazas las abandonen a la menor oportunidad, impidiendo la estabilización de las plantillas, llegando incluso al extremo de ni siquiera cubrirse.

Se deben modificar turnos de trabajo (ampliar las jornadas diarias) y jornadas anuales en las que se trabaja, adecuar el contenido de la jornada de trabajo (ahora 100% asistencial) impulsando tareas no-asistenciales específicas y necesarias en cualquier actividad asistencial facultativa (contemplando tiempos específicos para reuniones de equipo; estudio y valoración de pruebas solicitadas, informes, analíticas...; estudio, valoración e implantación de protocolos; aspectos de organización y gestión del Servicio; formación, etc.), similar al que se contempla en otros ámbitos asistenciales.

Para que pueda desarrollarse la petición anterior, y en aras de prestar una atención especializada y de calidad a las urgencias pediátricas, resulta imprescindible ampliar la plantilla orgánica de número de pediatras en este Servicio, ofertando las nuevas plazas en la próxima convocatoria de concurso-oposición.

# Formación y docencia

El objetivo de nuestra formación es asegurar la puesta al día de conocimientos y asegurar la capacitación necesaria para asumir las responsabilidades específicas que, como médicos especialistas, se nos exige. Esto redunda en una mejora en la calidad y seguridad asistencial y en una eficiencia del sistema sanitario.

Exigimos para nuestra necesaria formación y puesta al día, contar con el tiempo necesario para ello, dentro de nuestro horario laboral y en condiciones de no sobrecarga del resto de compañeros del Centro.

# SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Pero, además del tiempo necesario, resulta imprescindible que su contenido y el nivel sea adecuado y dirigido a nuestra específica profesión y especialidad. Este hecho, aunque resulta lógica y sumamente razonable, no se da en la actualidad en el SNS-O. Es la Administración quien tiene la obligación de ofrecer esta formación a sus trabajadores, adecuada y proporcional a las funciones laborales específicas, por lo que tenemos que decir que la actual oferta del SNS-O es claramente insuficiente e inadecuada por distintos motivos.

La Pediatría es una especialidad médica, y la Pediatría de Atención Primaria una Área específica de esta Especialidad, que cuenta con un currículum formativo propio y específico. Los cursos para otros profesionales sanitarios (medicina de familia, enfermería) no son la manera de "cubrir el expediente" de formar a los pediatras.

Para paliar estas deficiencias, solicitamos al SNS-O cuatro tipos o modalidades de formación necesarios y complementarios, que deben atender a una planificación específica propuesta por las Sociedades Científicas de Pediatría:

- 1. Formación dentro del SNS-O específica, propia y adecuada para pediatras sobre patología especialmente prevalente, que por su importancia exige su permanente actualización (RCP avanzada...), o que implique la actualización en la aplicación de protocolos.
- 2. Posibilitar asistencia a cursos y congresos específicos de la especialidad de Pediatría a nivel regional y nacional. Para estos dos tipos de docencia se deben contemplar hasta 49 horas anuales.
- 3. Favorecer e impulsar la realización de sesiones clínicas periódicas, específicas de pediatría, como se hace para los Médicos de Familia. Para ello debería contemplar-se –dado el escaso número de pediatras por Centro de Salud– agruparse varios centros por proximidad geográfica, y con un horario que permita la asistencia de los pediatras que trabajan "de mañana" y "de tarde".
- 4. Rotaciones anuales (al menos 1 semana anual) por las subespecialidades pediátricas, en los hospitales de referencia, con el fin de actualizar los conocimientos y optimizar su ejercicio cotidiano en Atención Primaria.

La asistencia a dichas actividades formativas debe realizarse, y según contempla la Ley, dentro de la jornada laboral y contar para ello con sustitución para no sobrecargar a compañeros. Si esto por algún motivo no puede hacerse y debiera realizarse fuera de la jornada laboral, exigimos que se nos compense como hora de actividad extraordinaria, es decir, por cada hora de formación fuera de nuestra jornada debe compensarse con una hora y cuarenta y cinco minutos de vacaciones.

# Herramientas y medios de trabajo

Se requiere al SNS-O a emprender el esfuerzo de adecuar las herramientas informáticas a nuestra profesión, dotándonos de códigos diagnósticos pediátricos, plantillas de trabajo actualizadas y específicas, protocolos revisados y cambios en los programas informáticos que faciliten nuestro ejercicio diario como especialistas en Pediatría.

Reivindicamos la especificidad y el ámbito propio de actividad de los pediatras de Atención Primaria, solicitando una mayor presencia de los pediatras en las líneas de trabajo específicas, objetivos y parámetros de evaluación propios, que motiven nuestra mejora continua.

# Peticiones de ámbito nacional

Se debe ampliar el número de plazas M.I.R. totales y de pediatría. No se puede estar hablando ante la deficiencia de profesionales médicos en España, de "abrir más facultades de medicina" mientras el M.I.R. sigue siendo el principal cuello de botella donde cada año se quedan miles de licenciados sin poder acceder a la especialización.

Las acciones que deben emprenderse para evitar la fuga de España de médicos especialistas deben ser serias, eficaces y rápidas. Son también muchos miles los médicos jóvenes con especialidad que han optado por salir a ejercer a otros países, principalmente por la precariedad salarial y laboral que hay en España.

Deben resolverse de una vez las diferencias salariales y laborales que hay entre las Comunidades Autónomas en España, que crean una competencia laboral en la que Navarra claramente sale perjudicada respecto a las Comunidades de su entorno.



# SOCIEDADES CIENTÍFICAS



# Diabetes, tumores y obesidad en la I Jornada de Formación de SENNA



Medio centenar de médicos procedentes de Navarra y Comunidades limítrofes asistieron, durante los días 15 y 16 de junio, a la primera actividad formativa realizada por esta sociedad científica de reciente creación en Navarra.

Las primeras Jornadas formativas de la Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición (SENNA) reunieron a profesionales que desarrollan su ejercicio profesional en ámbitos relacionados con la endocrinología, la diabetes, la nutrición o la obesidad para actualizar conocimientos en torno a los últimos avances en su campo. La Jornada constó de dos mesas redondas y una sesión en la que se presentaron seis casos clínicos de especial interés docente.

Los expertos abordaron la nueva clasificación de tumores tiroideos de la OMS que permite caracterizar estos tumores con sus diferentes variantes y ajustar mejor su tratamiento. El Servicio de Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario de Navarra está tratando en la actualidad a más de 800 cánceres de tiroides. "Es una patología frecuente, pero poco agresiva, ya que más del 90% tienen buen pronóstico", explica el Dr. Luis Forga Llenas, Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición en el Complejo Hospitalario de Navarra y presidente de SENNA. La incidencia se ha incrementado en los últimos años debido a la mayor utilización de los medios diagnósticos de imagen, por lo que cada vez se detectan tumores más pequeños y en fases iniciales.

También se presentaron los nuevos tratamientos en las fases precoces de la retinopatía diabética, una complicación que afecta, en Navarra, a un 40% de las personas con diabetes tipo 1, y que puede prevenirse o retrasarse con revisiones periódicas y manteniendo la enfermedad bajo control.

Asimismo, se debatieron los últimos avances en obesidad desde un enfoque básico, clínico y quirúrgico porque "aunque aparentemente todos las personas obesas son iguales, no lo son por las mismas causas. Conocer los genes implicados en el desarrollo de la obesidad y clasificarlos nos permitirá en el futuro avanzar hacia la personalización del tratamiento", subraya el Dr. Forga.

# Alta incidencia de Diabetes tipo 1 en la infancia

La Diabetes tipo 1 (DM1) afecta en Navarra a unos 2.000 pacientes, de los que 170 son niños menores de 15 años. El Dr. Luis Forga presentó los resultados de un estudio sobre la incidencia de esta patología en Navarra, que contempla dos fases, una durante el período 2009-2016 y que se trata del único registro del país sin límite de edad y otra, solo en menores de 15 años, entre 1976 y 2016.

El estudio concluye que Navarra mantiene una alta incidencia de DM1 en la infancia, que va disminuyendo progresivamente con la edad. Detecta, además, diferencias por sexo, edad, zona geográfica y estación al diagnóstico. Los datos recogidos demuestran que la Diabetes tipo 1 "no es una patología solo de niños, sino que aparece a cualquier edad, aunque el pico de incidencia se da entre los 10 y 14 años".

Finalmente, los expertos dedicaron otras presentaciones al soporte nutricional en pacientes con ictus, que tienen un alto riesgo de neumonías por aspiración, y a la neuroradiología en la patología hipotálamo-hipofisaria.

# Elegida su primera Junta Directiva

En el marco de la Jornada, tuvo lugar la primera Asamblea de SENNA, que eligió a su primera Junta Directiva para los próximos cuatro años.

Está formada por Luis Forga (presidente), Amelia Marí (vicepresidenta), Lola Ollero (secretaria), Marta Toni (tesorera), Javier Escalada (vocal de Endocrinología), Estrella Petrina (vocal de Nutrición) y Javier Díaz Espino (vocal tercero).

## Las vacunas son seguras, efectivas y solidarias

Mesa informativa para concienciar a la población en la Semana Internacional de la Vacunación

La Sociedad de Médicos Generales y de Familia (SEMG Navarra), la Sociedad de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Navarra) y la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE) salieron a la calle, el pasado 23 de abril, para informar a la ciudadanía de la importancia de la vacunación en la población infanto-juvenil y en el adulto.



Miguel Laja Gavilán (enfermero del CS Noáin) y los doctores Luis Mendo (presidente de SEMERGEN Navarra), Manuel Mozota (presidente de SEMG Navarra) y Raimon Pelach (vocal de ANPE), en la mesa informativa de Noain.

Las tres sociedades participantes en esta iniciativa de promoción de la salud entre la población consideran que:

- Desde hace tiempo estamos viviendo un inexplicable cuestionamiento de las vacunas. Con esta actividad queremos remarcar la importancia de una correcta vacunación y la necesidad de establecer un calendario vacunal en el adulto. Sin lugar a dudas, la vacunación y la potabilización del agua han sido las intervenciones de salud pública que más vidas han salvado a lo largo de la historia. Y lo siguen haciendo.
- Debemos informar del riesgo que implica no vacunarse. Ciertamente se minimiza por el efecto rebaño que provoca la protección que se produce al estar en un ambiente donde los demás sí se vacunan; aun así, estamos asistiendo a la aparición de enfermedades que creíamos prácticamente erradicadas como el sarampión.
- Al estar vacunados, nos protegemos los unos a los otros. Cuando las coberturas de la vacunación bajan del 95% de la población, ya se pone en peligro la inmunidad de grupo.
- La mejor forma de evitar epidemias es vacunar al mayor número de personas posibles.
- Las vacunas son seguras y efectivas, están sometidas a rigurosísimos controles y estudios. Cualquier vacuna puede causar algún efecto adverso, sin embargo la mayoría de ellos son benignos, transitorios y fácilmente controlables.

- La vacunación no es solo "cosa de niños". Se debe vacunar a cualquier edad: niños, adolescentes y adultos. Tanto a población sana a lo largo de la vida como a personas que, por su situación de salud, pueden tener más riesgos. Y en algunas situaciones especiales (mujeres embarazadas, viajes internacionales, determinadas profesiones...)
- Navarra, por su tamaño poblacional y por su renta, debe tener un calendario vacunal no restrictivo. Otras provincias como Madrid, La Rioja o Castilla León introducen en el calendario vacunal del adulto la vacuna Conjugada del Neumococo para la cohorte de 60 o 65 años. Sería una manera de mejorar la protección frente a la neumonía.
- La accesibilidad y la equidad deben ser principios irrenunciables. En Navarra, niños y adultos deben costear de su bolsillo una serie de vacunas que no son financiadas por el Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea, lo que conlleva que las rentas más altas tengan una cobertura vacunal mucho más amplia que los más desfavorecidos. Desde nuestras Sociedades científicas abogamos para que todos los navarros y navarras tengan en salud la misma cobertura vacunal y pedimos al Gobierno de Navarra un esfuerzo en la financiación de las vacunas.
- Invertir en prevención es la forma mejor y más eficiente para ahorrar no sólo en coste económico, sino también para evitar el sufrimiento que produce la enfermedad en niños y adultos. Desgraciadamente, los recortes en sanidad impiden una cobertura vacunal eficiente y mantienen una desigualdad que, a nuestro juicio, nunca se debiera producir.

#### SOCIEDADES CIENTÍFICAS

#### El Colegio de Médicos en el 34 Congreso de la SERAM

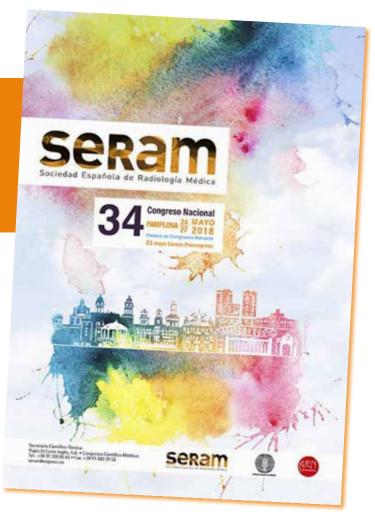
2.000 radiólogos, en el mayor evento médico celebrado en Pamplona.

#### **■ TRINI DÍAZ**

La Sociedad Española de Radiología Médica (SE-RAM) reunió en Pamplona a más de 2.000 radiólogos españoles y latinoamericanos del 24 al 27 de mayo. En su inauguración, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Dr. Rafael Teijeira subrayó que "la validación periódica de la colegiación y la recertificación profesional, afianzan la credibilidad de la profesión médica ante la ciudadanía".

Defendió la importancia de la formación acreditada, la validación periódica de la colegiación y la humanización de la Medicina, y destacó el trabajo que conjuntamente desarrolla la Organización Médica Colegial (OMC) y las sociedades científicas en la creación de modelos de desarrollo profesional continuo basados la recertificación profesional. La SERAM firmó en enero de 2017 un convenio con la OMC con el fin de ir desarrollando esta herramienta que tiene como fin último "renovar las competencias del profesional y garantizar su cualificación para el ejercicio de su actividad".

Recalcó que los Colegios de Médicos vienen desarrollando la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) desde hace unos años. Según datos de la OMC, hay cerca de 20.000 colegiados que ya la han cumplimentado. "La VPC—explicó el Dr. Teijeira- nace de la mano de la transposición de la Directiva europea de Cualificaciones Profesionales y se centra en la idoneidad de cuestiones del ámbito colegial. Incluye la acreditación de que el profesional ejerce realmente dentro del ámbito asistencial, de si su estado de salud es el adecuado para ejercer de médico especialista y la certificación sobre la inexistencia de mala praxis del solicitante".



Formación y acreditación en el Colegio de Médicos de Navarra

Añadió que, desde el Colegio de Médicos de Navarra, "también procuramos dar apoyo y colaborar en el desarrollo de la especialidad".

La Asociación de Radiólogos de Navarra, que agrupa a 61 médicos, tiene su sede en el edificio colegial desde 2001, en donde realiza una parte importante de su actividad asociativa y formativa, "organizando sesiones acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de Navarra y colaborando, cuando se le ha solicitado, en los planes de formación del Colegio y en otras iniciativas desarrolladas por el Colegio y su Fundación". En este sentido, ha anunciado que recientemente el Consejo General de Colegios de Médicos ha firmado un convenio con la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) que va a permitir acreditar con créditos europeos no solo las actividades de formación continuada internacionales sino también las nacionales, "pudiéndose realizar dicha acreditación desde los Colegios de Médicos a través de la Fundación para la Formación de la OMC".



#### El paciente en el centro de la atención

El Dr. Teijeira se refirió a la importancia de apostar por la humanización, centrando el esfuerzo en la relación médico-paciente, en una especialidad altamente tecnificada como la radiología. "La tecnología, la telemedicina... nos seguirán ofreciendo nuevas oportunidades de acceso rápido y remoto, de interconsulta diagnóstica, pero el principio básico de la radiología seguirá siendo el paciente" y felicitó al Comité organizador del Congreso por incluir una sección en la que los pacientes expusieron su experiencia sobre el papel que ha jugado la radiología en el tratamiento de su enfermedad. "La información veraz y comprensible al paciente y el respeto a las decisiones de éste, tras un proceso de deliberación conjunta, debe ser práctica habitual en una Medicina de calidad", recalcó el Dr. Teijeira.

Como ejemplo de esa medicina cercana al paciente, recordó la concesión, en el año 2012, del tercer premio Dr. Sánchez Nicolay a las buenas prácticas médicas al radiólogo navarro Francisco Javier Barberena ya fallecido. Este galardón, que otorgan anualmente el Colegio de Médicos y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, premió "su humanidad y cercanía a los pacientes, su preocupación por la innovación y la mejora en su ejercicio profesional, y el compañerismo hacía todos los que trabajaban con él. Son las razones de la excelencia profesional. El día de la concesión del premio nos recordaba que "le resultaba fácil ponerse en el lugar del enfermo y ser cariñoso con él para darle explicaciones y ánimo".

En la inauguración del Congreso: Joan Carles Vilanova (presidente del comité científico), Rafael Teijeira (presidente del Colegio de Médicos), Fernando Domínguez (consejero de Salud), Ángel Gayete (presidente SERAM) y Jesús Pueyo (presidente del comité local).

#### Ética versus medicina defensiva

El presidente del Colegio de Médicos apeló a la ética y la deontología médica frente a la llamada "medicina defensiva", que ha sido decisiva en el importante incremento del número de solicitudes de estudios de imagen. En este sentido, ha felicitado a la SERAM por su determinación al elaborar el documento Recomendaciones de no hacer. El informe, elaborado en 2014 por 25 radiólogos de la citada Sociedad con al menos 15 años de experiencia, "sigue siendo un referente y, acertadamente, considera que antes de solicitar una prueba diagnóstica se deben contestar una serie de preguntas básicas, tales como si la prueba va a modificar el manejo del paciente en el contexto clínico, si es necesaria en el momento actual o se puede o debe demorar, y si la prueba que se solicita es la menos lesiva para el paciente y la que aporta más información. Esta y otras iniciativas, en el ámbito de la deliberación ética, ponen en evidencia el compromiso de los radiólogos con la buena praxis y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario", concluyó el presidente del Colegio de Médicos de Navarra.

#### SOCIEDADES CIENTÍFICAS



# médicos de familia se forman en ecografía clínica

Los días 25 y 26 de mayo se celebró, en el Colegio de Médicos de Navarra, un curso de Iniciación a la ecografía para médicos de Familia, organizado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), en la que participaron 30 médicos.

La finalidad del curso era capacitar a los asistentes para su iniciación en la práctica de la ecografía con orientación clínica en los escenarios habituales en que resulta aplicable en Atención Primaria.

La actividad incluyó una hora teórica impartida por el Dr. Ignacio Manuel Sánchez Barrancos, coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía de semFYC, que trabaja en el Consultorio de Membrilla, perteneciente al centro de Salud de Manzanares 2, en Ciudad Real. El resto de las horas prácticas fueron impartidas por los docentes: Antonio Ruiz Serrano, Mónica García Asensio y Roberto González Santisteban.

Durante el curso, que tenía un enfoque eminentemente práctico, los alumnos repasaron los conocimientos teóricos y anatómicos básicos en ecografía, y realizaron prácticas sobre modelo real tutorizadas por médicos experimentados en la ecografía clínica.

En concreto, se abordó la ecografía del abdomen, del sistema nefrourológico, de la pared abdominal, del cuello, músculo esquelética, en el ámbito de las urgencias (traumatizado toracoabdominal, pulmonar, sospecha de TVP de la extremidad inferior, etc) y pinceladas de exocardiografía.



Los alumnos realizaron prácticas sobre modelo real, tutorizadas por médicos experimentados en ecografía clínica. Asistentes al curso



#### SOCIEDADES CIENTÍFICAS



#### XXV Reunión Anual

El cirujano Alberto Martínez Isla impartió una conferencia sobre las oportunidades de formación en el Reino Unido.

El 18 de mayo se celebró la XXV Reunión Anual de la Asociación de Cirujanos del Norte, organizada por los departamentos de Cirugía General y Aparato Digestivo de la Clínica Universidad de Navarra y del Complejo Hospitalario de Navarra.

La Reunión contó con la participación del Dr. Alberto Martínez Isla, cirujano de St. Mark's-Northwick Park Hospitals de Londres que impartió una conferencia sobre "Formación profesional del cirujano en el extranjero. Experiencia profesional en el sistema de salud anglosajón. Dudas, opciones, oportunidades, ventajas e inconvenientes de ejercer en el extranjero".

El Dr. Martínez Isla explicó las diferencias entre el sistema español y el británico. En el Reino Unido el training es largo, dura diez años, es la residencia para obtener el CCT (Certificate of Completion Training), y luego el post CCT, que son los Fellowschip y que son necesarios para trabajar (tienen una duración entre 6 meses y un año, algunos están subvencionados por la industria y por los hospitales).

"Cuando un estudiante termina la residencia en España piensa que llega al Reino Unido y la residencia le sirve como en España, pero en la práctica el "training" español a nivel práctico sí estaría al final del "training" del Reino Unido, pero hay que tener en cuenta que ellos empiezan mucho antes, es una manera distinta, el bagaje que tienen cuando llegan a especialistas, después de 13 años, es diferente y no es comparable".

Desde que el Dr. Martínez Isla se trasladó a Londres, ha visto pasar por allí a muchos médicos –más de 50–, sin embargo, la situación actual derivada del brexit, matiza, ha repercutido de forma importante en el número de profesionales que han ido, seguramente por el miedo a lo desconocido. "Al Reino Unido se puede ir a hacer una rotación como *observer* (solo para ver) o para trabajar donde, entre otros requisitos, es necesario superar el examen de inglés IELTS con una media de 7,5, que es un nivel alto de conocimiento de inglés".



Cirujanos del Norte en su XXV Reunión Anual.

#### Fortalezas y debilidades

Expuso cuáles son las principales ventajas del sistema del Reino Unido. "Es un sistema muy bien organizado y estandarizado, unidades especializadas de alto volumen, guardias físicas de 12 horas para los juniors (y de no presencia física para los seniors), permite desarrollar la carrera en el Reino Unido (la privada se puede hacer en el mismo hospital), hay una organización prospectiva del trabajo, y es una buena escuela para aprender a hacer presentaciones y para hablar en público".

En cuanto a las debilidades, el Dr. Martínez Isla destaca que "existe mucho control y monitorización, ser extranjero, y máxime en el Reino Unido, no es lo mismo, los lobbies son muy fuertes, existe mucha burocracia, el colegio médico parece que está en contra de los médicos (estamos pagando a una institución que nos está persiguiendo) y es necesario trabajar en más de un hospital (porque así está organizado el sistema)".

Las oportunidades que ofrece trabajar en el Reino Unido también son muchas. "Tiene un reconocimiento en todo el mundo, buenas oportunidades de investigación, publicar desde allí es más fácil, se mejora el nivel de inglés, se aprende a pensar de forma diferente, etc".

"Y la mayor amenaza, afirma el experto, es la vuelta, nos vamos y la vuelta es muy compleja. Tenemos que seguir luchando para que si la gente joven decide marcharse, todo lo que adquiera en el extranjero lo traiga de vuelta a España y seamos capaces de hacer un país grande", concluyó.

#### PACIENTES



#### Kaskamotz:

jóvenes contra los falsos mitos de cáncer

#### El pasaporte del superviviente de cáncer



Organizadores y participantes en la Jornada.

Con motivo de la semana del superviviente del cáncer infantil, el Colegio de Médicos de Navarra acogió, el pasado 23 de junio, una Jornada informativa organizada por jóvenes que fueron diagnosticados de cáncer cuando eran niños.

Desde hace tres años, forman el grupo Kaskamotz, que pertenece a Adano (Asociación de Ayuda a Niños con Cáncer de Navarra).

Estos jóvenes fueron los protagonistas de una Jornada en la que relataron su experiencia y expusieron algunos de los problemas de salud derivados del tratamiento de los tumores que tuvieron en la infancia, una información de gran valor para los pacientes y profesionales que asistieron porque como explicaron jóvenes de Kazkamotz, "uno de nuestros principales objetivos es eliminar los falsos mitos y lograr que se haga un seguimiento a largo plazo para conocer todas las secuelas que puedan aparecer".

En el ámbito médico es lo que se conoce como "el pasaporte del superviviente del cáncer", un proyecto europeo que, en España, lidera la Sociedad Española de

Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP) para un mejor seguimiento de estos supervivientes.

El Dr. Javier Molina, el médico que les trató cuando eran niños, explica que el "Pasaporte del Superviviente" constituye uno de los retos de la Oncología Pediátrica española. "Se trata de un registro telemático sobre el diagnóstico, tratamiento y las posibles secuelas de los niños y adolescentes que han sobrevivido a una neoplasia maligna. Es una herramienta imprescindible para que puedan tener una mayor calidad de vida cuando sean adultos".

El cáncer infantil tiene cada vez mejor tasa de curación y hoy en día alcanza prácticamente el 80% de los casos. El Dr. Javier Molina recuerda que hasta un 70% de los supervivientes pueden presentar algún tipo de secuela de mayor o menor severidad derivada del tratamiento.

La Jornada estuvo moderada por el Dr. Javier Molina y contó con la participación de la Dra. María Sagaseta de Ilurdoz, responsable de la Unidad de Oncología Infantil, y el Dr. Jesús Zabaleta, jefe de Sección de la Unidad de Fertilidad y Reproducción, ambos del Complejo Hospitalario de Navarra.

#### ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA

Con el fin de informar a los colegiados de todas las actividades realizadas por la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra, se detalla la agenda de los meses de abril, mayo y junio de este año.

#### EL COLEGIO DE MÉDICOS EN LAS REDES SOCIALES: ¡SÍGUENOS¡



Os animamos a seguir la actualidad colegial, profesional, científica y sanitaria a través de los canales del Colegio de Médicos de Navarra en Twitter @ MedenaColegio y Linkedin, a los que podéis acceder a través de la página web (www. medena. es)

Asimismo, recomendamos a los colegiados actualizar sus cuentas de correo electrónico para garantizar el envío de toda la información colegial, boletines de noticias y dossier semanal de prensa. Para ello, pueden acceder vía online a la ventanilla única de la web colegial www. medena.es (previamente hay que solicitar las claves para su acceso) o enviar un correo a la siguiente dirección: admon@medena.es

ABRIL		
LUNES, 9	COMITÉ DE DIRECCIÓN.	COMISIÓN PERMANENTE.
MARTES, 3	REUNIÓN CON CERMIN.	COMITÉ DE DIRECCIÓN.
JUEVES, 12	REUNIÓN CON LOS ESTUDIANTES.	VOCALÍA DE MÉDICOS TUTORES.
VIERNES, 13	COMPROMISO ABLITAS.	PRESIDENTE.
LUNES, 16	COMITÉ DE DIRECCIÓN.	COMISIÓN PERMANENTE.
LUNES, 23	COMITÉ DE DIRECCIÓN.	COMISIÓN PERMANENTE.
MARTES, 24	ASAMBLEA GENERAL DE COLEGIADOS.	JUNTA DIRECTIVA.
LUNES, 30	REUNIÓN JUNTA DIRECTIVA.	JUNTA DIRECTIVA.
MAYO		
MAYO LUNES, 7	COMITÉ DE DIRECCIÓN.	COMISIÓN PERMANENTE.
LUNES, 7	COMITÉ DE DIRECCIÓN. REUNIÓN PREPARACIÓN MARATHON SF.	COMISIÓN PERMANENTE. VICEPRESIDENTE Y TESORERO.
LUNES, 7 Lunes, 7		
LUNES, 7 Lunes, 7	REUNIÓN PREPARACIÓN MARATHON SF.	VICEPRESIDENTE Y TESORERO.
LUNES, 7 LUNES, 7 Miércoles, 9 Lunes, 14	REUNIÓN PREPARACIÓN MARATHON SF. V CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS.	VICEPRESIDENTE Y TESORERO. TESORERO Y VOCAL DE MEDICINA LIBRE.
LUNES, 7 LUNES, 7 MIÉRCOLES, 9 LUNES, 14 VIERNES, 18	REUNIÓN PREPARACIÓN MARATHON SF.  V CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS.  COMITÉ DE DIRECCIÓN.	VICEPRESIDENTE Y TESORERO.  TESORERO Y VOCAL DE MEDICINA LIBRE.  COMISIÓN PERMANENTE.
LUNES, 7 LUNES, 7 MIÉRCOLES, 9 LUNES, 14 VIERNES, 18 SÁBADO, 19	REUNIÓN PREPARACIÓN MARATHON SF.  V CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS.  COMITÉ DE DIRECCIÓN.  INAUGURACIÓN REUNIÓN CIRUJANOS NORTE.	VICEPRESIDENTE Y TESORERO.  TESORERO Y VOCAL DE MEDICINA LIBRE.  COMISIÓN PERMANENTE.  PRESIDENTE.

JUNTA DIRECTIVA.

VICESECRETARIA.

COMISIÓN PERMANENTE.

#### JUNIO

LUNES, 28 REUNIÓN JUNTA DIRECTIVA.

JUEVES, 31 DÍA MUNDIAL SIN TABACO.

LUNES, 4 COMITÉ DE DIRECCIÓN.

MIÉRCOLES, 6	JORNADAS PAIME.	PRESIDENTE Y VICEPRESIDENTE.
JUEVES, 7	REUNIÓN MEMORIA FACULTAD DE MEDICINA UPNA.	COMISIÓN PERMANENTE.
JUEVES, 7	XIII CONGRESO RESCOM.	GABINETE DE PRENSA.
LUNES, 11	COMITÉ DE DIRECCIÓN.	COMISIÓN PERMANENTE.
MARTES, 12	REUNIÓN CON LA CONSEJERÍA DE SALUD.	COMISIÓN PERMANENTE.
JUEVES, 14	REUNIÓN MEMORIA FACULTAD DE MEDICINA UPNA.	COMISIÓN PERMANENTE.
JUEVES, 14	REUNIÓN VOCALÍA DE MÉDICOS JUBILADOS (MADRID).	VOCAL.
SÁBADO, 16	MARATHON SF.	VICEPRESIDENTE, VICESECRETARIA Y VOCALES
		DE JUBILADOS, TUTORES MIR, MEDICINA RURAL Y
		MEDICINA LIBRE Y COLECTIVA.
LUNES, 18	COMITÉ DE DIRECCIÓN.	COMISIÓN PERMANENTE.
MARTES, 19	20 ANIVERSARIO CFC.	SECCIÓN ACADÉMICA.
JUEVES, 21	RECIBIMIENTO MIRES.	JUNTA DIRECTIVA.
LUNES, 25	REUNIÓN JUNTA DIRECTIVA.	JUNTA DIRECTIVA.
MARTES, 26	REUNIÓN COMITÉ PANACEA.	TESORERO Y GABINETE DE PRENSA.
JUEVES, 28	REUNIÓN MEMORIA FACULTAD DE MEDICINA UPNA.	COMISIÓN PERMANENTE.
VIERNES, 29	PLENO OMC (MADRID).	PRESIDENTE.
SÁBADO, 30	ASAMBLEA OMC (MADRID).	PRESIDENTE.

## ¿QUÉ ESTÁ **PASANDO** CON EL **SARAMPIÓN?**



**Autor:** 

Manuel García Cenoz.

Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Sección de Enfermedades Transmisibles y Vacunaciones. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

l sarampión es una enfermedad muy contagiosa, causada por un virus del género Morbillivirus, de la familia paramyxoviridae, que se caracteriza por la aparición inicialmente de fiebre, tos, coriza, conjuntivitis así como unas manchas en la mucosa oral, denominadas "manchas de Koplic". Entre el tercer y el séptimo día desde el inicio de los síntomas aparece un exantema maculopapular, que se inicia en la cara y posteriormente se extiende por todo el cuerpo[1].

El periodo de incubación, es decir el tiempo que transcurre desde la exposición y la aparición del exantema, oscila entre 7 y 21 días, con una media de 14 días.

Se transmite a través de las gotas expulsadas de las vías respiratorias que permanecen suspendidas en el aire o por contacto directo con las secreciones nasales o faríngeas de las personas infectadas. El periodo de transmisibilidad se extiende desde cuatro días antes de la aparición de exantema (o un día antes de la aparición de la fiebre) hasta cuatro días después.

La enfermedad era muy frecuente antes del inicio de la vacunación a principios de los años 80, de tal manera que más del 90% de la población se infectaba antes de los 20 años de edad, y daba lugar a brotes epidémicos de enfermedad cada 2-3 años.

Desde el año 2000 el sarampión está sometido a un plan para su eliminación por parte de la Organización Mundial de la Salud [2]. Este plan requiere la declaración urgente de todo caso sospechoso, considerando como tal a todo cuadro de exantema máculo-papular generalizado con fiebre mayor de 38°C y que curse, además, con uno de estos tres síntomas: tos, coriza o conjuntivitis. Todos los casos sospechosos han de ser debidamente estudiados para que se puedan implantar las medidas que controlen su propagación, así como para poder constatar con garantías la eliminación de la enfermedad.

#### Situación en Europa

La "Sexta Reunión de la Comisión Europea de Verificación Regional para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola"[3] [4], celebrada en Bucarest (Rumanía), entre el 15 y 17 de junio de 2017, verificó y certificó que 42 países europeos habían logrado la interrupción de la transmisión endémica del sarampión. De ellos, 33 habían mantenido esta situación durante al menos 36 meses sucesivos, condición necesaria para certificar dicha eliminación. España es uno de los 33 países que han alcanzado por primera vez ese estatus. En 2016, los países que adquirieron el estatus de "eliminación del sarampión" fueron, además de España, Croacia, Grecia, Islandia, Lituania, Moldavia, Montenegro, Reino Unido y Suecia.

A pesar de los avances logrados en Europa, 9 países mantienen la transmisión endémica de esta enfermedad (Bélgica, Bosnia-Herzegovina, Francia, Georgia, Italia, Kazajistán, Rumanía, Serbia y Ucrania).

Desde 2017 se viene produciendo un importante número de casos y brotes de sarampión en diferentes países de Europa, entre los que se encuentra España. Según los datos del ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) el pasado año se notificaron 14.600 casos de sarampión en 28 países europeos, lo que supone una tasa de 28,3 casos por millón de habitantes[5], siendo Rumanía, Italia, Grecia e Italia los países que notificaron un mayor número de casos.

#### Situación en España

Antes de la vacunación sistemática frente al sarampión se producían en España en torno a 150.000 casos anuales de sarampión, alcanzándose en 2004 la menor tasa de incidencia de la historia (0,05 casos por 100.000 habitantes), para luego sufrir un repunte durante el periodo 2005-2008. Desde entonces se han producido brotes esporádicos.

Desde 2017, al igual que en Europa, se han sucedido brotes de sarampión en España en diferentes Comunidades autónomas, a partir de casos índice importados de otros países, principalmente Rumania. Según datos provisionales del Instituto de Salud Carlos III, en 2017 se notificaron 300 casos, de los que 161 se confirmaron de acuerdo a los protocolos de vigilancia. Hasta la semana 22 de 2018 se han notificado 148 nuevos casos de sarampión, todos ellos con origen fuera de España, que han dado lugar a cinco agrupaciones de casos en Cataluña, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Madrid y Navarra.

"La vacunación frente al sarampión es la única medida eficaz para conseguir el objetivo de la OMS de erradicar la enfermedad"



#### Situación en Navarra

Desde que se incorporó la vacunación frente al sarampión en el año 1981, la cifra de casos de sarampión ha ido disminuyendo hasta llegar a no constatar ningún caso en el periodo 2000-2010. Desde entonces, se han producido casos o brotes esporádicos con pocos afectados y rápidamente controlados. Ha sido en 2017, el año en el que mayor número de casos se han diagnosticado tras la puesta en marcha del plan de eliminación del sarampión. La figura 1 muestra la evolución de los casos de Sarampión declarados en Navarra al Sistema de Declaración de Enfermedades.

habitantes.

Se pudieron genotipar 27 de los 34 casos de catados y rápidamente controlada sido en 2017, el año en el que número de casos se han diagado tras la puesta en marcha del ninación del sarampión. La figura revolución de los casos de Saramados en Navarra al Sistema de

distintos. En 24 de los 26 casos con genotipo

En 2017, se investigaron 81 sospechas de

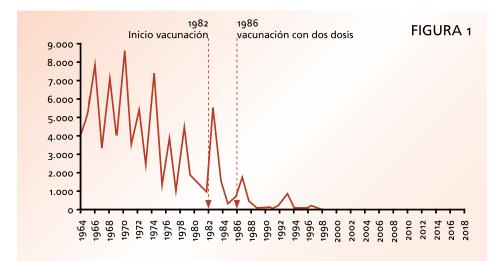
sarampión en Navarra y 64 fueron notificados al Centro Nacional de Epidemiología.

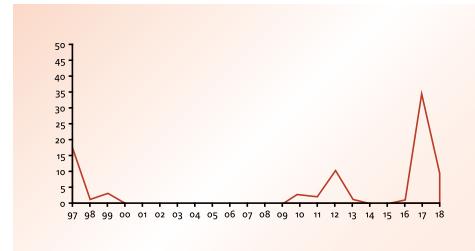
Finalmente se confirmaron 34 casos, lo que

supone una tasa de 5,29 casos por 100.000

B<sub>3</sub>, la variante identificada fue MVs/Dublin.IRL/8.16-variant. Esta variante se describió por primera vez en un brote en Irlanda en 2016, posteriormente inició un brote en Rumanía y se extendió a Italia. En 2017 esta variante había sido detectada de manera esporádica o dando brotes de menor tamaño en otros países de Europa como Austria, Francia, Bélgica, Reino Unido, Alemania, Suiza, Serbia y Portugal. En Navarra se detectó en la semana 21 de 2017, dando lugar a un brote. En los dos casos restantes se identificó la cepa MVs/Navarra.ESP/10.17, que estaba muy próxima a otras aisladas en Francia, Austria, Italia y Rumanía. El caso primario fue importado de Rumanía y generó un solo caso secundario.

La variante con genotipo D8 fue MVs/London.GBR/21.16/, cepa que había sido detectada por primera vez en 2016, en Londres, en un paciente con antecedente de viaje a Indonesia. Esta cepa, que ha circulado en Italia durante 2017, dio lugar a un brote en Finlandia y un caso





declarado en Suiza con antecedentes de viaje a España. En nuestro caso hay un antecedente de viaje por Italia y sur de España.

De los casos confirmados, 19 (56%) estaban vacunados y 13 de ellos con dos dosis. Una elevada proporción de vacunados entre los casos se describió por primera vez en un brote de sarampión ocurrido en la ciudad de Nueva York en 2011[6] [7]. A pesar de ello, la vacunación sigue siendo la única medida eficaz para la prevención del sarampión y continua vigente el objetivo de alcanzar coberturas de vacunación suficientes (>95%) para su eliminación a nivel mundial.

En 2018, se ha producido un brote en Navarra derivado de un caso que había viajado a la India y que ha dado lugar a 14 casos secundarios, en diferentes localidades de Navarra. Se da la circunstancia que la mayoría de los casos no habían sido vacunados en la infancia por decisión paterna.

#### Vacunas frente al sarampión

En España, se encuentran disponibles dos vacunas frente al sarampión de aplicación en el calendario infantil de vacunaciones (MMR-vax-Pro®, MSD y Priorix®, GSK), ambas de virus vivos atenuados, que contienen además antígenos inmunizantes frente a la Rubéola y la Parotiditis. La vacunación completa consta de dos dosis, que se administran a los 12 meses y a los 3 años de edad.

La eficacia protectora de la vacuna es mayor del 95%. La vacuna es muy segura. La mayor parte de los efectos adversos son reacciones locales en el lugar de la inyección. Puede aparecer fiebre y/o erupción entre los 5 a 12 días siguientes a su administración en el 5-15% de los vacunados, que remite espontáneamente. Un efecto más raro es la trombopenia a las 2-3 semanas de la vacunación, aunque su incidencia (1/30.000-40.000 vacunados) es menor que el riesgo de adquirirla tras padecer la enfermedad, estimada en 1/6000 casos [8].



#### Cobertura vacunal

La vacunación frente al sarampión es la única medida eficaz para conseguir el objetivo de la OMS de erradicar la enfermedad. Dado el elevado potencial de transmisión del virus de sarampión (en una población totalmente susceptible cada caso de sarampión podría generar entre 16 y 18 casos secundarios) hace que se requieran unas muy elevadas coberturas de vacunación frente a esta enfermedad para lograr bloquear la transmisión.

Se llama  $R_{\circ}$  al número de casos secundarios que un caso índice genera en una población totalmente susceptible, que como hemos comentado en el caso del sarampión  $R_{\circ}$  = 18. El número de personas que es necesario vacunar para bloquear la transmisión de la enfermedad se denomina Porcentaje Crítico de Vacunación ( $P_{c}$ ), el cual se puede calcular fácilmente a partir del  $R_{\circ}$ , mediante la siguiente fórmula:

$$PC \le 1 - \left(\frac{1}{R_{\circ}}\right)$$

"Para poder
interrumpir la
transmisión de
la enfermedad es
necesario mantener
una cobertura de
vacunación muy
elevada, superior al
95%"

De aquí se deduce que es necesario mantener una cobertura de vacunación muy elevada, superior al 95%, para poder interrumpir transmisión de la enfermedad. Por ello, este es el objetivo de cobertura propuesto por el Plan de Eliminación del Sarampión.

De acuerdo al informe anual del ECDC, la cobertura de la segunda dosis en 2016 fue como mínimo del 95% en solo 7 de los 29 países que aportaron datos, mientras que para la primera dosis solo se alcanzó en 8 de los 30 países que aportaron datos[9].

Según los datos oficiales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la cobertura de vacunación frente al Sarampión en España, entre los años 2007 y 2016, son elevadas, superándose año tras año el objetivo del 95% para la primera dosis, pero no así para la segunda, que se encuentra en un rango que osciló entre el 90,4% del año 2007 y el 95% en 2007. En los dos últimos años, 2015 y 2016, el porcentaje alcanzó un 94,2% y un 94,7% respectivamente[10].

Los datos de Navarra no son muy diferentes; así para la primera dosis se alcanzó una cobertura del 99,1% en 2016, mientras que cayó a un 92,7% en la segunda dosis.

Con todos estos datos, se observa cómo a lo largo del tiempo se van acumulando bolsas de individuos susceptibles que hace que se puedan originar casos y brotes de sarampión, entre las que hay que distinguir las "cohortes históricamente susceptibles al sarampión" -personas que nacieron entre 1970 y 1990 esto es, en los años inmediatamente anteriores y posteriores a la inclusión vacunación frente al sarampión en calendario, y que se caracterizan por la menor oportunidad de recibir la vacuna debido a que en los primeros años del programa de vacunación todavía no se alcanzaban coberturas de vacunación elevadas, así como una menor oportunidad de padecer el sarampión de manera natural-. Estos individuos tienen la oportunidad de vacunarse en los centros de salud, de acuerdo a lo establecido en el calendario de vacunaciones del adulto de Navarra.

Pudiera, además, existir grupos que tengan dificultad de acceso al Sistema Nacional de Salud por motivos de exclusión social, así como ciudadanos procedentes de otros países con calendarios de vacunación diferentes al nuestro y/o con insuficientes coberturas de vacunación.

#### Antivacunas y falsos bulos

Un importante problema en la actualidad se centra en el auge de los colectivos antivacunas, que prefieren no vacunar a sus hijos, y en la difusión de mensajes confusos y faltos de evidencia científica en medios de comunicación y redes sociales. Estos comportamientos no solo ponen en riesgo a sus familias sino a la población general ya que como consecuencia de ello se produce la reemergencia de enfermedades infecciosas, entre ellas el sarampión.

Uno de los motivos que esgrimen los seguidores de este movimiento es que las vacunas, entre ellas la del sarampión, producen autismo. Esta creencia se originó a partir de la publicación de un artículo del Dr. Andrew Wakefield en *The Lancet* (1998) en el que relacionaba el trastorno autista de 12 niños con la vacuna triple vírica. Ese artículo inició una revolución sanitaria y social. Los padres comenzaron a dudar de la vacuna y algunos profesionales empezaron a desaconsejar su administración.

Estudios posteriores demostraron que todo había sido un montaje de este personaje, que vio como revocaban su licencia de Medicina en 2010 acusado de mentir y de someter a 12 niños con autismo a pruebas invasivas innecesarias como colonoscopias, punciones lumbares, etc., de las que luego modificó los resultados para que el estudio acabara con las conclusiones que él deseaba. Los editores de la revista The Lancet retiraron oficialmente la publicación en el año 2010 e incluyeron un comentario en el que decían textualmente: "Tras el juicio por parte del Consejo Médico General para las Buenas Prácticas del Reino Unido el 28 de enero de 2010, ha quedado claro que varios elementos del documento de 1998 de "Wakefield et al." son incorrectos, contrariamente a los hallazgos de una investigación anterior. En particular, las afirmaciones en el documento original de que los niños fueron "remitidos consecutivamente" y que las investigaciones fueron "aprobadas" por el comité de ética local han demostrado ser falsas. Por lo tanto. retiramos por completo este documento del registro publicado."

No obstante, y a pesar de todo, a los colectivos que rechazan la vacunación no es fácil convencerles; consideran que las vacunas son un "invento" de las multinacionales farmacéuticas que solo buscan un beneficio económico a costa de engañar a la población, con miedo y mentiras. Pero, además, son sabedores de que como la mayor parte de la población está vacunada, la inmunidad de grupo les protege también a ellos.

Si se quiere realmente eliminar el sarampión, hay que tener claro que la única medida que ha demostrado ser eficaz es la vacunación general de la población. Algunos países de nuestro entorno han legislado ya la obligatoriedad de la vacunación, como por ejemplo Francia e Italia. En España, donde hasta ahora las coberturas de vacunación han sido altas, no se considera necesario la obligatoriedad de la vacunación, aunque esta ya fue en una ocasión dictaminada por un juez como consecuencia de un brote que afectó a una comunidad no vacunada. Mientras tanto, algunos centros o actividades

"Un importante problema en la actualidad se centra en el auge de los colectivos antivacunas, y en la difusión de mensajes confusos y faltos de evidencia científica en medios de comunicación y redes sociales"

privadas ya exigen la presentación de la cartilla de vacunaciones para la admisión de los niños. Es necesario equilibrar el derecho del padre a decidir no vacunar a sus hijos con el derecho a proteger la salud del resto de la comunidad. Si creemos que la vacunación no debe ser obligatoria, al menos, se podrían

establecer mecanismos de incentivación tendentes a ello, que no colisione ni con el derecho a decidir de los padres ni con la obligatoriedad de escolarización de los niños.

Dada la situación actual del sarampión, tendrán que pasar varios años –más allá del 2020– para conseguir la erradicación de la enfermedad, como ya se hizo con la viruela (con una vacuna menos segura y de obligado cumplimiento).

Mientras tanto, no nos olvidemos de vacunar a nuestros hijos con las vacunas recomendadas en el calendario oficial de vacunaciones, así como a cualquier adulto que pueda estar en riesgo de enfermar, principalmente los que no fueron vacunados en la infancia y que tampoco pasaron sarampión, y las personas que viajen a lugares donde se están produciendo casos o brotes de enfermedad. Finalmente, cualquier profesional sanitario debería conocer su estado de vacunación frente al sarampión y, si fuera necesario, recibir la vacuna.

"Algunos países de nuestro entorno han legislado ya la obligatoriedad de la vacunación, como por ejemplo Francia e Italia"

#### Bibliografía

- 1. Heyman DL. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. 20ed. Washington D.C.: OPS 2017.
- Eliminación de sarampión y rubéola, y prevención de la infección congénita por el virus de la rubéola. Plan estratégico 2005–2010 para la Región Europea de la OMS. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-
- Sixth meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination. Disponible en: http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/oo1g/348013/6th-RVC-final-for-web-posting.pdf?ua=1
- European Centre for Disease Prevention and Control. Measles and rubella surveillance - 2017. Stockholm: ECDC; 2018.
   Servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/ OMSMeaslesStrategy2005.pdf
- 5. Rosen JB et al. Outbreak of Measles Among Persons With Prior Evidence of Immunity, New York City, 2011. Clin Infect Dis 2014: 58: 1205-1210.
- 6. Picazo JJ, González F. Guía práctica de vacunaciones 2011. Fundación para el estudio de la infección. Madrid: 2011.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Measles and rubella surveillance - 2017. Stockholm: ECDC; 2018.
- 8. https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm
- 9. Orden Foral 349/2015, de 21 de diciembre, del Consejero de Salud, por la que se establece el Calendario Oficial de Vacunaciones de Adultos de Navarra. BON nº 38 del 25 de febrero de 2016.
- 10. The Editors of The Lancet. Retraction—Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specifi ccolitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet 2010; 375: 445.

#### La Asamblea de Mutualistas respalda la gestión de 2017



#### La candidatura liderada por Miguel Carrero renueva la confianza de la Asamblea para continuar al frente del Consejo de Administración de PSN

La candidatura al Consejo de Administración de PSN, encabezada por Miguel Carrero, continuará al frente de la Mutua durante los próximos seis años, tal y como ha proclamado la Junta Electoral, tras no haberse presentado ninguna candidatura adicional. Se incorpora al Consejo José María Hernando, expresidente de la Mutualidad de Doctores y Licenciados, y continúan, además de Miguel Carrero, Carmen Rodríguez, Miguel Triola, Esteban Ímaz, Eudald Bonet, Tomás del Monte, Miguel Morgado, Manuel Pérez, Juan José Porcar, Filemón Rodríguez y José María Suárez Quintanilla. Todos ellos se reunirán en la primera sesión plenaria para determinar los cargos de Presidencia, Vicepresidencias y Secretaría del órgano de gobierno.

La proclamación ha tenido lugar en el seno de la Asamblea General Ordinaria, celebrada el pasado 12 de junio,

en la que los mutualistas han refrendado las cuentas y la gestión de 2017. En el Informe del presidente se han dibujado las grandes líneas del citado ejercicio, en el que se han registrado importantes crecimientos en las diferentes magnitudes.

Miguel Carrero ha puesto el acento en las cifras de mayor carácter social, es decir, las que más directamente influyen en el beneficio de los mutualistas. Así, ha hecho referencia a aspectos como los más de 175 millones de euros repartidos en concepto de prestaciones, es decir, en

cumplimiento del compromiso de protección de PSN, tal y como ha destacado Carrero, "que aportan seguridad para nuestros mutualistas y sus familias".

Del mismo modo, ha afirmado que "podemos estar especialmente orgullosos" de los más de 11 millones de euros

devueltos a los mutualistas vía participación en beneficios a través de la mayoría de seguros de ahorro y mixtos de PSN, lo que supone cerca de un 40% más que en el año 2016, sumando en los últimos seis ejercicios cerca de 50 millones de euros. La rentabilidad de este tipo de seguros fue en 2017 del 4,20% y la media anual en los últimos seis años está cerca del 5% de interés.

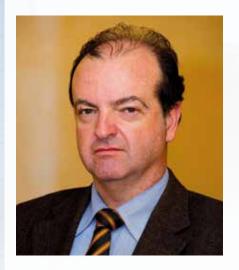
Por otro lado, el presidente de PSN hizo alusión a las cifras de negocio de la Entidad, como los 1.361 millones de euros de ahorro gestionado (13,5% más que en 2016), los 289 millones en facturación (un 7% más), los 2,14 millones de beneficio después de impuestos, o los cerca de 70 millones en fondos propios (2% más). Todo ello, gracias a un colectivo cada vez mayor, formado por cerca de 114.000 mutualistas y más de 227.000 asegurados.



El Consejo de Administración de PSN.

Sentados: Miguel Morgado, Carmen Rodríguez,
Miguel Carrero, Esteban Ímaz, Miguel Triola y Filemón
Rodríguez. De pie: Juan José Porcar, Eudald Bonet,
Tomás del Monte, Manuel Pérez, José Manuel Suárez
Quintanilla y José María Hernando.

#### Cambio en la doctrina del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) sobre la indemnización por cese en los contratos temporales



• Mariano Benac Urroz. Asesor jurídico del Colegio de Médicos de Navarra.

#### Normativa europea aplicable

La cuestión se suscita en relación con la clausula 4, apartado 1, del Acuerdo Marco sobre el trabajo de duración determinada, que figura en el anexo de la Directiva del Consejo 1999/70/CE, de 28 de junio de 1999, que establece "por lo que respecta a las condiciones de trabajo, no podrá tratarse a los trabajadores con un contrato de duración determinada de una manera menos favorable que a los trabajadores fijos comparables por el mero hecho de tener un contrato de duración determinada, a menos que se justifique un trato diferente por razones subjetivas".

## Sentencia del TJUE de 14/9/16 (concede la indemnización de 20 días por año por la extinción de un contrato temporal)

La sentencia del TJUE de 14 de septiembre de 2016 estudia un supuesto de sucesión ininterrumpida de contratos de interinidad por el Ministerio de Defensa (entre 2003 y

El Tribunal español que planteó la cuestión prejudicial al TJUE –Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Madrid– tras declarar que los contratos no se realizaron en fraude de ley, y que concurría razón objetiva para su finalización, planteó al TJUE si en aplicación de la Directiva citada, la trabajadora temporal al finalizar su último contrato tenía derecho a la misma indemnización de 20 días por año que corresponde al trabajador fijo en caso de despido objetivo.

El TJUE declaró que la clausula 4, apartado 1 del Acuerdo Marco sobre el trabajo de duración determinada, que figura en el anexo de la Directiva del Consejo 1999/7o/CE, de 28 de junio de 1999, debe interpretarse en el sentido de que el concepto "condiciones de trabajo" incluye la indemnización que un empresario está obligado a abonar a un trabajador por razón de la finalización de su contrato de trabajo de duración determinada.

Y que el derecho nacional interno, se opone a la referida clausula de la Directiva al denegar cualquier indemnización por finalización de contrato al trabajador con contrato de interinidad, mientras que permite la concesión de tal indemnización a los trabajadores fijos comparables. Afirma la sentencia que el mero hecho de que este trabajador haya prestado sus servicios en virtud de un contrato de interinidad no puede constituir una razón objetiva que permita justificar la negativa a que

(Sentencia de 5 de junio de 2018)

dicho trabajador tenga derecho a la mencionada indemnización.

Obsérvese que el derecho español, tanto el laboral (aplicable a las empresas privadas, y también en algunos casos a la Administración), como el administrativo (aplicable a la Administración Pública), no contempla indemnización para el caso de finalización de un contrato de interinidad. Sí que la contempla -12 días por año- el derecho laboral interno en los supuestos de extinción de un contrato de obra o servicio determinado y en el de contrato eventual por circunstancias de la producción; mientras para el despido objetivo de un trabajador fijo se prevé una indemnización de 20 días por año.

#### Sentencia del TJUE de 5/6/18 (deniega la indemnización de 20 días por año por la extinción de un contrato temporal)

El supuesto que conoce la sentencia del TJUE de 5 de junio de 2018 (dictada en este caso por la Gran Sala, es decir por la totalidad de los magistrados del TJUE) es el de una trabajadora contratada por la Comunidad de Madrid para sustituir a un trabajador fijo en 2007, cuyo contrato se transforma en 2008 en un contrato de interinidad para la cobertura de vacante. En 2009 la Comunidad de Madrid convocó proceso selectivo para proveer, entre otras, la plaza referida, y en 2016 se adjudicó a un aspirante, finalizando el contrato de interinidad.

El Juzgado de lo Social nº 33 de Madrid planteó al TJUE si la clausula 4, apartado 1, de Acuerdo Marco debe interpretarse en el sentido de que la extinción del contrato temporal de

#### ASESORÍA JURÍDICA

interinidad para cobertura de vacante constituye una razón objetiva que justifica que el legislador nacional no prevea en tal caso indemnización por fin de contrato, mientras que para un trabajador fijo comparable que ha sido despedido por una causa objetiva se prevé una indemnización de 20 días por año.

Esta sentencia del TJUE de 2018 efectúa un análisis de la normativa comunitaria europea estableciendo que su objetivo es mejorar la calidad del trabajo de duración determinada, para garantizar la igualdad de trato a estos trabajadores protegiéndolos contra la discriminación; que su finalidad es impedir que una relación laboral de esta naturaleza sea utilizada por el empleador para privar a dichos trabajadores de derechos reconocidos a los que tienen contrato de duración indefinida. Incluso afirma que esta prohibición de discriminación, por ser un principio de Derecho social de la Unión, no puede ser interpretado de manera restrictiva.

Sin embargo, acaba concluyendo que en los supuestos de contratación

temporal hay justificación objetiva y razonable para el diferente trato -en lo relativo a la indemnización por finalización de contrato- frente a los supuestos de despido objetivo, y lo fundamenta en que las partes de un contrato temporal conocen, desde el momento de su celebración, la fecha o el acontecimiento que determinan su término; cuyo término limita la duración de la relación laboral, sin que las partes deban manifestar su voluntad a este respecto en el momento de la conclusión del contrato.

En cambio, la extinción de un contrato fijo tiene lugar al producirse circunstancias que no estaban previstas en el momento de su celebración y que suponen un cambio radical en el desarrollo normal de la relación laboral. La indemnización de 20 días de salario por año tiene por objeto precisamente compensar el carácter imprevisto de la ruptura de la relación de trabajo por causa de esta índole y, por tanto, la frustración de las expectativas legítimas que el trabajador podría albergar, en la fecha en que se

produce la ruptura, en lo que respecta a la estabilidad de dicha relación.

En el caso de esta sentencia de 2018 la trabajadora con contrato de interinidad, si bien no conocía la fecha exacta en que la Comunidad de Madrid proveería con carácter definitivo el puesto de trabajo que ocupaba, sí que, en cambio, tenía la seguridad de que su contrato temporal finalizaría cuando se adjudicara la plaza como consecuencia del proceso selectivo.

Finaliza la sentencia estableciendo que la normativa nacional que no prevé el abono de indemnización alguna a los trabajadores con contrato de duración determinada celebrados para cubrir temporalmente un puesto de trabajo durante el proceso de selección convocado por la correspondiente Administración Pública, como fue el contrato de interinidad de la trabajadora de que se trata, no se opone a la Directiva, pues hay justificación objetiva para el trato diferente -la indemnización de 20 días por año para el caso del despido objetivo de un trabajador fijo- por lo que no hay discriminación.

#### Conclusión

En 2016 el TJUE consideró discriminatorio que a la finalización de su contrato los interinos (no tienen derecho a indemnización) y los demás temporales laborales (indemnización de 12 días por año), frente al despido objetivo de los trabajadores fijos (indemnización de 20 días por año), reconociendo el derecho de los contratados temporales a la misma indemnización de 20 días por año que los fijos.

Ahora, tras la sentencia de 2018, el TJUE cambia el criterio por considerar que no existe discriminación al haber una justificación objetiva y razonable para el trato diferente, cual es que el contratado temporal conoce en el momento de convenir el contrato que su duración no es indefinida, que cuando cese la causa que motivó la contratación, finalizará en todo caso el contrato, aunque no conozca la fecha cierta en que ello vaya a ocurrir; mientras que la indemnización que se prevé para el fijo al que se despide por razones objetivas tiene por finalidad compensar el carácter imprevisto de la finalización del contrato. Y por tanto, deniega el derecho a la indemnización de 20 días por año.

Adviértase, en cualquier caso, que la normativa que regula la contratación laboral administrativa en el ámbito de la Comunidad Foral, y del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, no contempla indemnización alguna por la extinción del contrato temporal, ya sea éste de sustitución, de provisión temporal por vacante o de necesidades de personal o estructural.

Por lo que a partir de lo establecido por la sentencia del TJUE de 2018 se complica enormemente pretender un derecho a ella.



# LA FACULTAD DE MEDICINA CELEBRA LA GRADUACIÓN DE SU LIX PROMOCIÓN

EL DR. TOMÁS RUBIO, TESORERO DEL COLEGIO, TOMÓ EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO A LOS NUEVOS LICENCIADOS



LIX promoción de Medicina. 🛊

La Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra celebró la ceremonia de graduación de su LIX promoción con los 201 alumnos que este curso 2017-2018 se despiden del centro académico. Uno de los momentos más especiales fue la toma del Juramento Hipocrático a los nuevos licenciados por parte del Dr. Tomás Rubio, tesorero del Colegio de Médicos de Navarra. Hubo también

palabras emotivas del padrino de la promoción y de las delegadas.

En su discurso, Javier Salvador, profesor de Endocrinología y padrino de la clase, enumeró algunas virtudes que harán de ellos buenos profesionales como ser íntegros, cercanos, honestos y dispuestos. "Disfrutad con vuestra misión, no caigáis en el desánimo, que tentaciones para ello habrá, pero solo el que resiste alcanza

su objetivo. Nada hay que sea valioso y no cueste esfuerzo".

Subrayó el valor del equipo. "Desterrad el egocentrismo y la arrogancia en favor del trabajo colectivo, como si de un equipo deportivo se tratara donde todos reparten la responsabilidad del éxito o el fracaso. Sentíos importantes en ese conjunto y volad hacia la excelencia entre todos".



#### SEIS AÑOS LLENOS DE "MEDICINA"

Sandra Rubio y Marta Fortuny, delegada y subdelegada, también participaron con un discurso en el que hicieron un repaso de los últimos seis años. Entre risas y agradecimientos emotivos, no faltó uno a la Universidad de Navarra destacando su labor "por enseñarnos valores que van mucho más allá de los libros. Gracias por ayudarnos a entender que el estudio de la Medicina no se basa en enfermedades, sino en enfermos. (...) Los principios que nos habéis transmitido no cambiarán".

Las estudiantes pidieron a sus compañeros recordar todo lo vivido y darse cuenta de que forma parte de su experiencia universitaria. "Acordaos de ese paciente que os agarró la mano mientras le realizaban una cura; o de esa primera vez que el médico os dijo "Ahora te lavas tú"; o de

ese grito del fin del mundo por tocar la zona verde en el quirófano. Acordaos también de esa primera historia clínica y de ese paciente que os contó hasta el último cotilleo de su barrio. Ellos no salen en ningún capítulo del Harrison, pero nos estaban enseñando Medicina".

"A todos os digo, y en especial a vosotros compañeros, estad orgullosos; y pensad a quién estáis haciendo sentir orgullosos. Después de estos seis años, de haber aprendido mucho más que solo Medicina. Tras haber crecido de la mano de gente muy diversa y haber estado siempre acompañados. Ahora nos toca seguir el camino, rodeados de la gente que saque lo mejor de nosotros. Toca apostar por nuevas metas y confiar. "Soñad y os quedaréis cortos".

Marta Fortuny y Sandra Rubio, en su discurso de despedida.





Alumnos de sexto en la presentación de los trabajos fin de grado.

Alberto Lanuza Carnicer,

Alumno de 6º de medicina. Universidad de Navarra.

DIRECTOR:

**Dr. José Ignacio Bilbao Jaureguizar.** Clínica Universidad de Navarra.

LABIM (LABORATORIO de Ingeniería Médica, Universidad de Navarra).

Tras el gran impacto que supuso la tecnología de impresión 3D en los años 8o, su rápido crecimiento ha hecho que sea empleada en numerosos ámbitos profesionales, siendo uno de los principales el ámbito médico.

Diferentes modelos resultantes de la impresión 3D han sido utilizados en medicina para la planificación preoperatoria, fabricación de materiales quirúrgicos como prótesis e implantes individualizados, prueba de dispositivos, mejora de técnicas quirúrgicas y entrenamiento tanto de médicos y residentes como de alumnos. Especialidades médicas como la cirugía oral y maxilofacial, la cirugía cardiaca y vascular, la cirugía ortopédica y traumatológica, la neurología y la urología se han beneficiado de esta novedosa tecnología. Entre las ventajas que ofrecen frente al estudio convencional de la anatomía se encuentran el reducido coste de los



materiales, la posibilidad de crear cualquier tipo de modelo, que sean además capaces de ser usados repetidas veces y que pueden ser impresos desde cualquier centro que disponga de tecnología 3D.

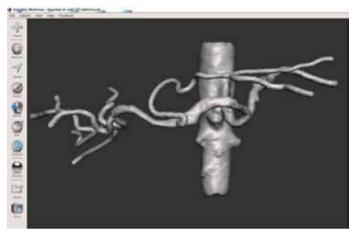
El principal objetivo que motiva el uso y desarrollo de la tecnología 3D en el ámbito médico es la reducción de riesgos para el paciente. En primer lugar, propiciando la disminución de las complicaciones intraoperatorias al tener un conocimiento preciso de la anatomía y/o haber practicado previamente el procedimiento clínico. En segundo lugar, acortando el tiempo quirúrgico, y con ello disminuyendo las comorbilidades derivadas de la anestesia, el propio procedimiento, etc. En tercer lugar, permitiendo reducir la dosis de radiación empleada en la intervención.

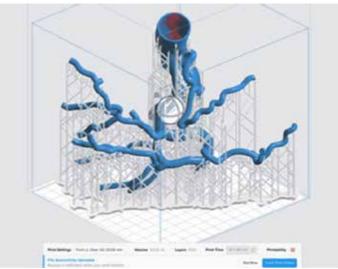
El objetivo principal de este trabajo es conseguir un modelo arterial tridimensional que nos permita una valoración fiable de la anatomía vascular y sus variantes, y sea útil para la docencia y la práctica preoperatoria. Se pretende así reducir las complicaciones, las comorbilidades asociadas al uso de contraste y el tiempo quirúrgico de la intervención, entre otros.

Las imágenes anonimizadas se obtuvieron como archivos DICOM a partir de TC (Somaton Force, Siemens) con contraste intravascular. El software empleado para la segmentación fue VMTKlab, y para el procesado se utilizaron Meshmixer y MeshLab. La impresión se realizó mediante la impresora láser de resina Form2.

Se obtuvieron tres modelos distintos, alcanzando en los dos últimos vasos de hasta 1 mm de grosor. Mediante una revisión bibliográfica, se conocieron las diversas aplicaciones que se le da a esta tecnología en la medicina.

#### UNIVERSIDAD







#### **CONCLUSIONES**

El trabajo concluye que la impresión 3D de modelos arteriales hepáticos huecos mediante impresora SLA es posible. La mayor limitación que presenta este proceso es la calidad de la imagen de la que se parte. Es necesario que las imágenes obtenidas tanto de TC como de RM tengan cortes de al menos 1mm, para poder realizar una segmentación fiable y acorde con la anatomía del paciente, y alcanzar los vasos de menor calibre. Se necesita que las imágenes sean tomadas con contraste intravenoso en fase portal o arterial, para que la detección de la vasculatura hepática sea lo más precisa posible.

Resulta fundamental para este tipo de trabajos la colaboración con un conjunto de ingenieros y el poder contar con un laboratorio que disponga de la tecnología de impresión 3D. Es posible realizar proyectos de este tipo contactando con laboratorios independientes, pero esto supone un mayor tiempo hasta que se dispone del modelo 3D, un impacto económico sustancial y todas las repercusiones derivadas de no poder establecer una comunicación directa.

En resumen, sin estar plenamente establecido el uso de la tecnología de impresión 3D en el ámbito clínico, asistimos a un progresivo desarrollo y ofrece novedosas ventajas con respecto a las técnicas convencionales, impulsada por la utilidad de los modelos físicos en el campo quirúrgico. Nuevas metas como la bioimpresión 3D ya se están intentando llevar a la práctica clínica. Para ello, es fundamental la comunicación entre profesionales compartiendo la nueva información adquirida, de forma que los radiólogos implementen su conocimiento y experiencia en el ámbito de la tecnología de impresión 3D.



## ¡VIVE EL VERANO 2018 CON CLEN COLLEGE! NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los médicos colegiados en Navarra y sus hijos/as disfrutarán de un descuento de hasta un 50% en los cursos intensivos, campamentos y actividades programadas por Clen College Centros Lingüísticos durante el verano de 2018.

#### Campamentos Urbanos (4-13 años)

Inglés, alemán, francés y chino

Fechas:

Jul.: del 16 al 27

Jul. / Ago.: del 30/07 al 10/08

Ago.: del 13 al 24

Ago. / Sep.: del 27/08 al 7/09

Horario: De 9:00-13:00 h.

(Disponible servicio de guardería y comedor).

Precio: 320,00 €

(50% dto. para hijos/as

Opción de días sueltos.

Campamento Residencial en Alloz (7-14 años)

Escape Room + deportes acuáticos

Fechas:

Julio.: del 15 al 20

Agosto: del 19 al 24

Precio: 320,00 €

Opción campamento de día.

Horario: De 9:00-19:00 h.

Precio: 210,00 €

Cursos Adolescentes (14-17 años)

Conversación, recuperaciones, Escuela Oficial de Idiomas (EOI).

De lunes a viernes.

Horario: De 9:00-11:00 h. De 9:00-11:00 h.

Consulta horarios y precios en 948 172 391 o mándanos un correo recepcion@clencollege.com

Con descuentos de hasta un 50% para hijos/as de médicos.

## CLEN College

#### **ADULTOS**

#### **Cursos Intensivos**

20 horas: Lunes a viernes

(2 horas diarias). Mañanas o tardes.

40 horas: Lunes a viernes

(4 horas diarias). Mañanas o tardes.

Fechas:

Jul.: del 16 al 27

Jul. / Ago.: del 30/07 al 10/08

Ago.: del 13 al 24 Ago. / Sep.: del 27/08 al 7/09

Precio:

Intensivo 215,00 €

20 horas: Nuevo alumno

Intensivo 420,00 €

40 horas: Nuevo alumno

(50% dto. para médicos)

#### Cursos Preparación Cambridge

FCE: 16 julio al 17 agosto

Precio: 420,00 €

CAE (1): 16 julio al 17 agosto

Precio: 420,00 €

CAE (2): 30 julio al 6 sep.

Precio: 485,00 €

De lunes a viernes, 2 horas diarias. Mañanas o tardes.

(50% dto. para médicos e hijos/as.)

#### Cursos Preparación Escuela Oficial de Idiomas (EOI)

20 horas: Lunes a viernes (2 horas diarias).

Mañanas o tardes.

Fechas:

Jul. / Ago.: del 30/07 al 10/08

Ago.: del 13 al 31

Precio: A partir de 275,00 €

#### Para más información y contacto:

www.clencollege.com
948 172 391
recepcion@clencollege.com

Centro Clen Rochapea Avda. Marcelo Celayeta, 75 Nave B2, puerta 2A, Of. 58

Centro Clen Colegio de Médicos Avda. Baja Navarra, 47

Centro Clen Mendebaldea Irunlarrea, 8 entreplanta

#### UNIVERSITY of CAMBRIDGE ESOL Examinations

Authorised Centre



#### EXTRANJERO verano

#### Swnanage (Reino Unido):

- Programas de 2, 3 y 4 semanas en residencia, con clases, actividades extraescolares y excursiones.
   Desde 2.780 euros.
- Salida en grupo desde Pamplona con monitor durante toda la estancia.
- Todo incluido: clases, excursiones, pensión completa, traslados y billetes.

#### Dublín

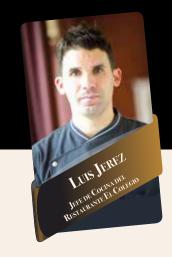
- Programa de 2 y 3 semanas en familia, con clases y extraescolares hasta las 17 horas.
   Desde 2.590 euros.
- Salida en grupo desde Pamplona con monitor durante toda la estancia
- Todo incluido: clases, excursiones, pensión completa, traslados y billetes

#### **Toronto**

 Programa de 3 semanas en familia. Desde 2.790 euros.

Infórmate de otros destinos de verano, trimestres/cinco meses o curso escolar en Canadá, EEUU, Irlanda y Reino Unido.





## La receta del Chef



#### INGREDIENTES (PARA 4 PERSONAS):

500 GR. DE POCHAS DE SANGÜESA, 1 CEBOLLA, 1 PIMIENTO VERDE, 1 TOMATE, ACEITE DE OLIVA VIRGEN EXTRA (AOVE), 150 GR. DE ALMEJAS, 2 DIENTES DE AJO, SAL, UNA PIZCA DE HARINA Y FUMET

## POCHAS DE SANGÜESA CON **ALMEJAS**

#### ELABORACIÓN:

PONEMOS A COCER EN AGUA LAS POCHAS, EL PIMIENTO VERDE, LA CEBOLLA Y EL TOMATE ENTERO DURANTE APROXIMADAMENTE 35 MINUTOS.

RETIRAMOS LAS VERDURAS Y LAS TRITURAMOS. ECHAMOS EL CALDO DE VERDURAS TRITURADO A LAS POCHAS,

#### PRESENTACIÓN:

EN UN PLATO HONDO, COLOCAMOS LAS POCHAS Y POR ENCIMA, PARA DECORAR, LAS ALMEJAS CON SU SALSA VERDE. PODEMOS ACOMPAÑAR CON GUINDILLAS DE TEMPORADA FRITAS O EN VINAGRE.



#### La Terraza Gourmet, un rincón especial para sumergirte en el verano sin salir de Pamplona

Atención de primera y un variado menú de picoteo para acompañar bebidas y cócteles

on la llegada del verano el Restaurante El Colegio ha abierto su nueva Terraza Gourmet que está a disposición de todos sus clientes. Cuenta con un elegante mobiliario, una atención de primera, un variado menú de picoteo para acompañar las bebidas y cócteles, y donde se puede disfrutar de platos para compartir.

Se trata de una terraza de ensueño, situada en un lugar tranquilo pero a la vez en pleno centro de Pamplona y donde poder sumergirte por completo en el verano, sin salir de la ciudad.

Se puede disfrutar de unas tablas con quesos de la tierra como Idiazábal, ossau Irati, o queso del Roncal; o bien con ibéricos de La Alberca (Salamanca) cómo jamón ibérico, lomo ibérico, salchichón ibérico o chorizo

También entre su amplia carta destacan los 'caprichos de la Media Luna' como la ensalada templada de queso de cabra con coulis de remolacha y jamón de pato; block de foie caramelizado, pulpo a la gallega, chopitos fritos con pimientos del padrón, lechezuelas fritas con pimientos del piquillo.

La oferta gourmet se completa con unas magníficas gambas rojas a la plancha y navajas a la plancha con ajolio.

La Terraza Gourmet abre sus puertas de martes a sábado, desde las doce del mediodía y hasta las nueve y media de la noche entre semana, un horario que se amplía hasta las once de la noche viernes y sábado.

Recuerda, además, que el <u>Restaurante</u> <u>el Colegio</u> ofrece servicios de menú del día. Puedes también realizar todo tipo de eventos, bodas y celebraciones.

Información y/o reservas en el teléfono

948 22 63 64.



## Santiago Ramón y Cajal, sus dibujos

odos recordamos a don Santiago por su obra científica. Su teoría sobre la individualidad de la neurona y la propagación del impulso nervioso por contacto, despertaron a final del siglo XIX el asombro de una parte de neurohistólogos europeos y, en otros, la duda y la defensa del reticularismo (las neuronas formaban una red sin interrupción). Hoy los descubrimientos de Cajal siguen vigentes, por eso su admiración entre los estudiosos de nuestro cerebro.

Como facetas secundarias

en la vida de Cajal podemos considerar su afición a la fotografía, con un libro publicado sobre "La fotografía de los colores, bases científicas y reglas prácticas" (1912).

Más interesantes fueron sus escritos, desde los "Tónicos de la Voluntad" a "Historia de mi labor científica". Pero hay en Cajal otra faceta que

sus descubrimientos en revistas científicas y libros de texto. Me refiero a sus dibujos, que llegaron a los tres mil y con los que ilustró sus comunicaciones. Quiero plasmar algunos de ellos en estas páginas de Panacea, poniendo a su lado cómo se ven esas células o partes de ellas con los medios que hoy disponen los neurocientíficos para desarrollar sus trabajos (microscopios láser confocal y células previamente tratadas para que capten distintas coloraciones).

■ **DR. PEDRO UHALTE SEVILLA.**MÉDICO DE FAMILIA.

## Referente mundial

"El neurólogo español Santiago Ramón y Cajal es considerado como uno de los grandes fundadores de la neurociencia por su exploración y descripción del sistema

nervioso a finales de 1800 y principios de 1900. Aunque sus observaciones se realizaron hace más de 100 años, todavía sirven como referencia fundamental en los laboratorios y clases de neurociencias actuales. Entre sus numerosos logros, la utilización del método de Golgi para marcar células individuales permitió a Cajal descubrir y clasificar varios tipos celulares presentes en todo el sistema nervioso. En particular, realizó numerosos dibujos del hipocampo y la corteza cerebral, ayudando a descubrir de forma original y comprender estas complejas estructuras neuronales

Resulta intrigante preguntarse cómo Cajal hubiese avanzado en sus descubrimientos con las numerosas técnicas disponibles en la actualidad para marcar y visualizar células de forma individual.

Una gran parte de nuestro conocimiento actual sobre esta estructura neural fundamental se lo debemos a las descripciones originales y trabajos neuroanatómicos pioneros de Cajal"

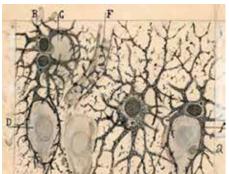
Imagen de Aurelio Grasa (1919).

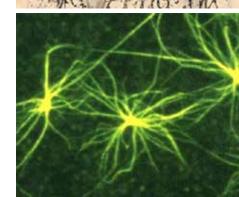
(Tamily A.Weissman y Jeff W. Lichtman-Harvart University).

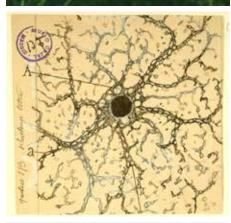
#### **A**STROCITOS

Los astrocitos aportan estructura y son intermediarios entre las neuronas y el sistema circulatorio para proporcionar oxígeno y nutrientes. También fagocitan y eliminan residuos y agentes patógenos. Son reserva de glucógeno y favorecen el equilibrio iónico. Aportan protección a las neuronas así como el aislamiento unas de otras. Se localizan en el encéfalo y médula. Es un tema de investigación continua y no son pocos los científicos que los relacionan con funciones superiores de nuestro cerebro.

- Dibujo de Cajal para ilustrar un astrocito de la sustancia gris de la corteza cerebral de un hombre adulto. Con microscopio óptico Zeiss.
- Astrocitos visualiados por microscopio láser confocal.
- Cajal. Astrocito. Imagen original conservada en el Instituto Cajal, CSIC, Madrid.
- Dr. Alfonso Araque. Catedrático de Neurociencia de la Universidad de Minnesota. EEUU.

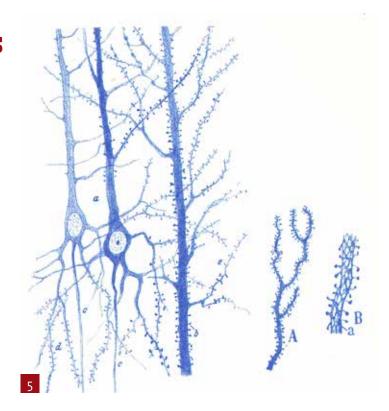






#### Espinas dendríticas

En las células piramidales del cerebro, Cajal observa unas prolongaciones laterales a lo largo de las dendritas que no habían sido descritas por autores anteriores. De las comunicaciones que remite a los científicos europeos, recibe como contestación que esas prolongaciones dendríticas son artefactos de la coloración con el nitrato de plata. Kölliker, máxima autoridad en neurohistologia, dibuja la célula piramidal sin prolongaciones. Hacen dudar a Cajal, pues en prácticamente todas sus preparaciones él las observa. Don Santiago deja a un lado el nitrato de plata y emplea el azul de metileno como colorante de la célula y el método de Ehlich. El resultado no puede ser más categórico.



- Dibujo realizado por Cajal para demostrar la existencia de las espinas dendríticas con la tinción diferente del método de Golgi.

  Azul de metileno.
- Esta imagen por microscopio

  confocal muestra las espinas
  dendríticas. Extraída del articulo
  de Ruht Benavides-Piccione, Isabel
  Fernaud-Espinosa, Victor Robles,
  Rafael Yuste y Javier de Felipe.

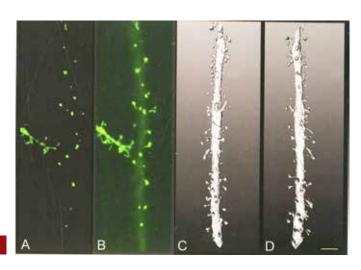
Las espinas dendríticas aumentan la superficie de la célula y se encargan de recibir los estímulos nerviosos procedentes del axón de otras neuronas, prolongándolo al soma de las mismas.

La atrofia o desarrollo deficiente de estas espinas están en relación con el déficit cognitivo (Enfermedad de Alzehimer, trisomias y otros procesos degenerativos).

El aprendizaje y los estímulos aumentan el número de espinas y mejoran su estructura.

- Dibujo realizado por Cajal para ilustrar distintos tipos de espinas dendríticas. (A-Conejo. B-Niño de dos meses. C y D-Gato).
- Dendritas con espinas. E-Niño normal de 8 meses de edad. F-Niña recién nacida con trisomía D1. G-Niña de 18 meses con déficit mental. Tomada de Martín-Padilla (1972)
- Imágenes tomadas con un microscopio confocal de una célula piramidal de la corteza temporal humana inyectada con Lucifer Yellow. A y B-Parte superficial. C-Visión anterior. D-Visión posterior. Reconstrucción tridimensional de todas las imágenes de la serie. Paisajes neuronales. Homenaje a Santiago Ramón y Cajal. Año 2006.

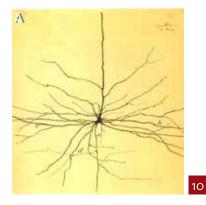


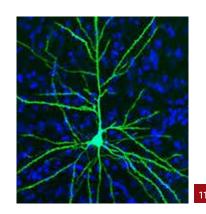


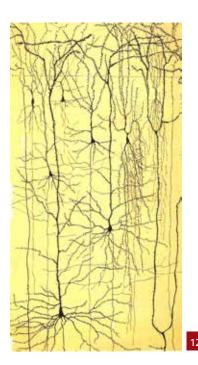
9

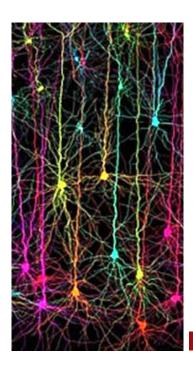
#### CÉLULAS PIRAMIDALES

Las células piramidales son una categoría de neuronas que tienen forma de pirámide. Están localizadas principalmente en el cerebro (hipocampo y neocortex). Cada célula piramidal se prolonga por un solo axón que se reúnen para formar el fascículo piramidal que conecta el cerebro con la médula espinal, a la que le transmite las órdenes necesarias para la realización de movimientos motores voluntarios.









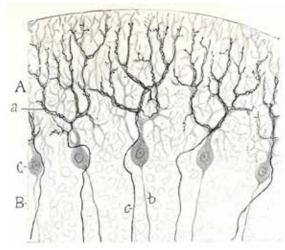
- Dibujo de Cajal para ilustrar una célula piramidal impregnada con el método de Golgi. Región motriz de un hombre de 30 años. 1899, 1904.
- Imagen tomada con el microscopio confocal de una célula piramidal de la corteza temporal humana, inyectada intracelularmente con Lucifer Yellow. La inyección de Lucifer Yellow fue realizada por la Dra Ruth Benavides-Piccione (Instituto Cajal. CSIC).
- Cajal, 1899. Neuronas de la corteza cerebral humana de la circunvolución frontal ascendente del cerebro de un niño de un mes. Método de Golgi.
- Trabajo realizado por el profesor Michael Hausser. Instituto Wolfon de investigación biomédica de la University College London. Miembro de la Royal Society.

#### CÉLULAS DE PURKINJE

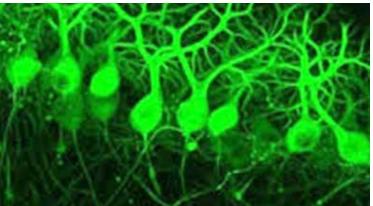
Las células de Purkinje son neuronas muy grandes que representan las unidades funcionales del cerebelo. Se estima que existen unos 30 millones de células de Purkinje y que cada una de ellas se conecta con

200.000-1.000.000
de terminaciones
nerviosas de otras
células. Reciben
información de las
células musgosas y de
las células trepadoras,
que proceden del
tronco del encéfalo y de
la médula espinal. Son
transmisoras del flujo
motor del cerebro

- Dibujo de Cajal, 1899. Células de Purkinje del Cerebelo.
- Cajal. Dibujo de células de Purkinje. A-Arborizaciones trepadoras. B-Axón de Purkinje.
- Profesor M. Hausser. Instituto
  Wolfsom de Investigaciones
  Biomédicas. Imagen de
  microscopía de fluorescencia que
  muestra la red cerebelosa de las
  neuronas de Purkinje de un ratón.



15



#### **H**IPOCAMPO

El hipocampo es una pequeña estructura cerebral situada en el lóbulo temporal, en la región profunda. Sus principales funciones son mediar en la generación y la recuperación de recuerdos, y consolidación de los aprendizajes. Podría pensarse que el hipocampo es la parte del cerebro en que se almacenan los recuerdos a largo plazo, actuando como mediador con muchas otras áreas del cerebro.

El hipocampo es una de las primeras zonas en que se hace notar enfermedades como la demencia, el Alzheimer, epilepsia, esquizofrenia, amnesia global transitoria o trastornos de estrés postraumáticos. La capacidad para formar y retener nuevos recuerdos, recordar informaciones

autobiográficas, más o menos recientes, quedan mermadas.

También esta estructura cerebral fue estudiada por Cajal, como queda reflejado en el siguiente dibujo.



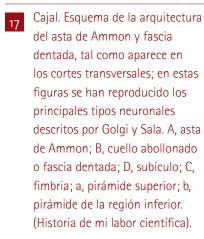
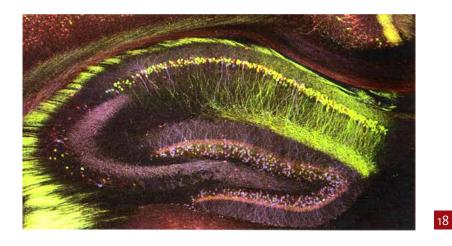
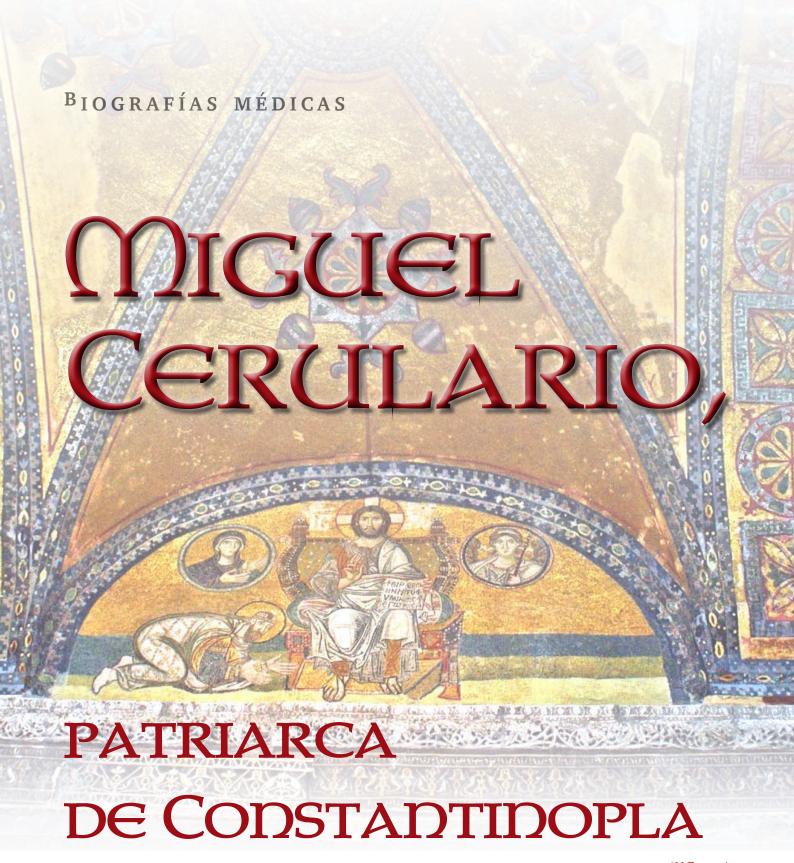


Imagen tomada de un ratón genéticamente modificado para captar proteínas fluorescentes en grupos de células en todo el sistema nervioso. Las neuronas están marcadas con varios colores, puesto que expresan diferentes combinaciones de proteínas fluorescentes, amarillas, azules o rojas.

(Paisajes Neuronales 2006. Homenaje a Santiago Ramón y Cajal. Coordinadores: Javier De Felipe, Henry Markram, Jorge Wagensberc. Imagen ganadora por los neurocientíficos Tamily A.Weissman y Jeff W. Lichtman-Harvart University. MA-EE.UU.)





 $(1^{\underline{a}} \text{ PARTE})$ 

§ Jesús Repáraz Padrós

"ESCRIBE AL ÁDGEL DE LA IGLESIA DE ÉFESO (...):
«CODOZCO TUS OBRAS, TU ESFUERZO Y TU EDTEREZA. SÉ
QUE DO PUEDES SOPORTAR A LOS MALVADOS, QUE HAS
PUESTO A PRUEBA A LOS QUE SE LLAMAD APÓSTOLES SID
SERLO Y LOS HALLASTE MEDTIROSOS»".

LIBRO DEL APOCALIPSIS 2, 1-2.

#### BIOGRAFÍAS MÉDICAS

Hagia Sophia.
Construida
entre los
años 325 y
36o. En 404
fue destruida
por un
incendio y
reconstruida
por el
Emperador
Teodosio.

•





a caída de la ciudad de Roma en manos de los bárbaros, ocurrida en el año 476, suele considerarse como la frontera temporal entre la Antigüedad Clásica y la Edad Media. Una vez desparecido el Imperio Romano como unidad política, los

diversos territorios de su mitad occidental iniciaron un largo proceso de diferenciación que, con el paso de los siglos, conduciría a la creación de una serie de Estados nacionales independientes. Sin embargo, el colapso de Roma no supuso la liquidación completa del viejo imperio fundado por Augusto, sino únicamente la disgregación de sus provincias occidentales. La mitad oriental de los antiguos dominios romanos (conocida más tarde como Imperio Bizantino) no sólo no desapareció, sino que sobrevivió durante casi mil años más y, en cierto modo, constituyó a lo largo de todo ese tiempo un poderoso dique de contención que protegió a Europa de las incursiones musulmanas procedentes del Este. Por otra parte, durante los siglos oscuros de la Edad Media el Imperio Bizantino sirvió como ámbito de conservación y difusión del saber clásico grecorromano, y su capital, Constantinopla, se convirtió en uno de los principales centros culturales del mundo.

Ya antes de las grandes invasiones bárbaras del siglo V, desde los tiempos en que Diocleciano decidiera abandonar Roma y trasladar la capital imperial a la ciudad asiática de Nicomedia, las porciones oriental y occidental del Imperio Romano habían iniciado un inexorable proceso de distanciamiento. A las diferencias lingüísticas y socioeconómicas existentes entre un Occidente latino, pobre y básicamente rural, frente a un Oriente griego, rico, urbano y comercial, se añadió desde comienzos del siglo IV el diverso comportamiento que ambos bloques territoriales adoptaron en materia religiosa. Las primeras disensiones en este sentido aparecieron poco después de la legalización del cristianismo por el emperador Constantino (año 313), a raíz de la proliferación de ciertas corrientes heterodoxas originadas principalmente en el Asia Menor. El arrianismo, el nestorianismo y el monofisismo fueron algunas de las doctrinas que, aunque desde un principio rechazadas como heréticas por Roma, gozaron de gran aceptación en las provincias orientales del Imperio. Fruto de estas desviaciones de la ortodoxia primitiva, surgió entre Roma y Constantinopla una rivalidad religiosa que día a día fue haciéndose más enconada, y que ni siquiera la caída de la Urbe y su posterior pérdida de relevancia política consiguieron atemperar.

#### BIOGRAFÍAS MÉDICAS

«Desde su Idfadcia más Precoz demostró Ser uda criatura Ambiciosa y Tedaz, poseedora Además de udas excepciodales Facultades Idtelectuales»

Durante las décadas que siguieron al desplome romano, el Imperio oriental atravesó un difícil período de transición que culminó con la llegada al trono de Justiniano, en el año 527. Justiniano fue un gobernante hábil e ilustrado, cuyo reinado sentó las bases que posibilitaron la posterior supervivencia del Imperio. Además de sus notables aptitudes como legislador y estadista, Justiniano tuvo la fortuna de contar a sus órdenes con algunos de los militares más brillantes de la época, como los generales Belisario y Narsés. Así, sus casi cuarenta años de permanencia en el poder se saldaron con una considerable expansión territorial del Imperio hacia el Oeste, al tiempo que permitieron completar un proceso de reorganización administrativa y legislativa como no se había conocido desde los tiempos de Augusto. A partir de Justiniano, el Imperio Bizantino quedó sólidamente constituido como una monarquía de corte absolutista en la que, no obstante, el poder del emperador estaba modulado por ciertos mecanismos de presión popular, militar y, sobre todo, religiosa. La religión tuvo, ciertamente, un peso decisivo en la historia de Bizancio. Buena prueba de ello es que tanto el patriarcado de Constantinopla como el monacato oriental, instituciones ambas teóricamente supeditadas a la autoridad de la sede romana, actuaron en muchas ocasiones como auténticos poderes independientes, apoyando u oponiéndose a ciertas líneas políticas y a determinados emperadores.

Al margen de los ya comentados enfrentamientos teológicos con Roma, Bizancio padeció también, a lo largo de su historia, frecuentes disputas religiosas dentro de sus propias fronteras. La de mayor importancia fue la llamada Controversia Iconoclasta, introducida por el emperador León III a comienzos del siglo VIII. Originario del Asia Menor, León consideraba -como muchos cristianos de procedencia asiática- que el culto a las imágenes religiosas -iconos- constituía una violación flagrante de la tradición hebrea, tal y como se manifiesta de forma explícita en diversos textos del Antiguo Testamento. Basándose en estos argumentos, en el año 726, el emperador promulgó el primer decreto de abolición de los iconos, provocando con ello un profundo malestar entre el pueblo y, sobre todo, entre los monjes. Los partidarios de la destrucción de las imágenes -iconoclastas-, encabezados por el propio León III y por el patriarca de Constantinopla, consiguieron imponer sus tesis en las regiones del Imperio con fuerte tradición helénica; sin embargo, no pudieron hacer lo mismo en el Exarcado de Rávena, un enclave que los bizantinos conservaban en la península Itálica y donde las principales fuerzas opositoras a la iconoclasia se agruparon en torno al Papa Gregorio III. El conflicto adquirió pronto un carácter político y, además de acarrear la excomunión del emperador, exacerbó la vieja hostilidad entre Roma y Constantinopla.

La controversia creada por León III emponzoñó durante más de un siglo la vida política y religiosa bizantina, hasta que, en el año 843, la emperatriz Teodora II abolió definitivamente la iconoclasia. No obstante, el germen de la división ya estaba sembrado. Fue poco después de promulgado el decreto de Teodora cuando surgió la figura de Focio, patriarca de Constantinopla durante el período comprendido entre los años 858 y 867, y más tarde, entre el 877 y el 886. Focio fue, ante todo, un hombre de gran talla intelectual y un profundo conocedor de las relaciones entre la Iglesia y el Estado. Durante su primer patriarcado impulsó importantes empresas evangelizadoras que obtuvieron logros de enorme trascendencia, como la conversión al cristianismo de los primeros reinos eslavos. Sin embargo, junto con sus indiscutibles cualidades de eclesiástico culto y emprendedor, Focio poseía también un carácter intrigante y vanidoso que le granjeó no pocos enemigos dentro y fuera de Constantinopla. Desde principios de la década del 860 Focio mantuvo un duro enfrentamiento con los Papas Nicolás I y Juan VIII a raíz, presuntamente, de una compleja discrepancia teológica relativa a la procedencia del Espíritu Santo. En realidad, dicha discrepancia no fue sino un pretexto que Focio utilizó para tratar de conservar para sí mismo la titularidad del patriarcado de Constantinopla frente al candidato opositor apoyado por Roma. La disputa, que concluyó con la excomunión de Focio en el año 878, sirvió para reavivar la eterna cuestión de

El patriarca Michael Keroularios sentado en un trono con clérigos de la Crónica de Ioannes Scylitzes. Biblioteca Nacional. Madrid.

la hegemonía entre las dos capitales de la cristiandad. Por otra parte, la inflexible actitud que Focio mantuvo durante todo el conflicto no sólo agravó las diferencias ya existentes entre Roma y Constantinopla, sino que reforzó de modo decisivo la figura del patriarca constantinopolitano como cabeza de la Iglesia bizantina y, en último término, puso en marcha el proceso que habría de conducir al llamado Cisma de Oriente.

Hacia mediados del siglo XI, Constantinopla atravesó un período de debilidad política que fue aprovechado por diversos grupos de normandos para ocupar parte de los territorios que los bizantinos todavía mantenían en el sur de Italia. Los normandos eran un pueblo de procedencia escandinava que en tiempos del rey merovingio Carlos III el Simple (879-929) se habían establecido en las costas septentrionales de Francia. Se trataba de guerreros poderosos que en gran número se alistaron o fueron contratados como mercenarios para luchar contra los musulmanes en Tierra Santa. Fue precisamente al regreso de sus primeras expediciones a Oriente cuando los normandos comenzaron a instalarse en suelo italiano. Al tratarse de cristianos fieles al Papa, la dependencia religiosa de los territorios que los normandos ocuparon pasó de Bizancio a Roma. Las autoridades civiles y religiosas de Constantinopla reaccionaron indignadas ante lo que consideraron una provocación intolerable. Es cierto que, a diferencia de lo ocurrido doscientos años antes con la disputa de Focio, no existía en esta ocasión querella teológica alguna; sin embargo, con el recuerdo de aquel incidente todavía vivo en la memoria de los bizantinos, el citado cambio de jurisdicción fue motivo suficiente para romper las tensas relaciones entre las dos ciudades. Corría el año 1.054, y Miguel Cerulario ejercía por entonces como patriarca de Constantinopla.

#### BIOGRAFÍAS MÉDICAS



iguel Cerulario había nacido en la capital bizantina a principios del siglo XI. Desde su infancia más precoz demostró ser una criatura ambiciosa y tenaz, poseedora además de unas ex-

cepcionales facultades intelectuales. Su padre, un destacado miembro del Senado de Constantinopla, se afanó en proporcionarle una esmerada educación con la esperanza de que, algún día, Miguel pudiera llegar a ejercer las más altas magistraturas del Estado. Por aquella época reinaba en Bizancio Basilio II el Grande, un militar

de ascendencia macedónica con quien el Imperio alcanzó la cúspide de su poder. Sin embargo, cuando Basilio murió sin hijos en el año 1.025 ninguno de sus sucesores fue capaz de conservar sus logros. En apenas una década, la situación política y financiera de Constantinopla se deterioró de manera alarmante. El descontento comenzó a cundir entre el pueblo, y las intrigas surgieron en la Corte.

Estando así las cosas, en el año 1.034, la emperatriz Zoe dio un audaz golpe de mano al envenenar a su marido (el emperador Romano III) y contraer matrimonio con un chambelán de palacio llamado Miguel Paflagonio. Es difícil imaginar qué pudo ver Zoe en aquel hombre como para llegar a matar por él, pues lo cierto es que, a decir de las fuentes de su tiempo, Paflagonio era un individuo vulgar, de escasa formación y, además, enfermo de epilepsia. Tan evidentes debían de ser sus limitaciones que, apenas llegado al trono, el propio Paflagonio delegó las labores de gobierno en su hermano Juan Orfanotrofo. Si Miguel era un hombre abúlico e incapaz, Juan, por el contrario, desbordaba ambición, ingenio y sed de mando. En su afán por recuperar el poderío económico que el Imperio había perdido tras la muerte del gran Basilio, Orfanotrofo puso en marcha una abusiva política fiscal que desquició a los nobles bizantinos. No tardó en organizarse una conspiración contra él en la que, al parecer, participó el joven Cerulario. Aquél fue un error que pudo costarle caro al futuro patriarca de Constantinopla ya que, habiéndose descubierto el complot, Cerulario fue encarcelado y, para salvar la vida, hubo de tomar los hábitos y recluirse en un remoto monasterio. Reducido al enclaustramiento, todo parecía indicar que la incipiente carrera política del monje Cerulario se había frustrado para siempre; sin embargo, el destino acudió inesperadamente en su ayuda cuando, apenas unos meses después de su ingreso en el convento, una amnistía general concedida a raíz de la muerte de Paflagonio permitió a Cerulario regresar a Constantinopla.

# VIAJES Pilla marinera con una larga historia

#### SALVADOR MARTÍN CRUZ

Hacía años que no paraba en Laredo y este verano, de nuevo, mis pasos me han llevado a la vieja villa marinera, el Portus Luliobrigensium citado por Plinio el Joven, una de las Cuatro Villas del Mar de Castilla, recostada inicialmente en la roca de la Atalaya, pero que ya desde mediados del XIX-comienzos del XX, fue extendiéndose por el Arrabal, más allá de las murallas que rodeaban la Puebla Vieja (Alfonso VIII mandó levantarlas para defenderla de los piratas) y los primeros veraneantes vizcaínos y franceses continuaron haciéndolo de una manera bastante coherente. Luego, a partir de los años 70, llegaría el desmadre del "boom" turístico y Laredo seguiría extendiéndose, de manera menos escrupulosa, a lo largo del arenal de Salvé, casi hasta alcanzar la ría de Treto, donde juntan sus aguas el Asón y el Clarín, frente a Santoña. Supongo que sobre todo ahora, cuando la autopista A-8 ha dejado definitivamente la villa a un lado, para muchos Laredo no dejará de ser otro pueblo más de Cantabria con playa, eso sí, y con unas vistas extraordinarias que ya de por sí debieran obligar a parar al viajero.

De que es lugar de larga historia doy por supuesto que la mayoría de los que la visitan no tendrán ni la más remota idea, por más que frente a su costa la escuadra romana terminase con la independencia de los cántabros. Seguro que tampoco

conocerán que, allá por los tiempos de la Reconquista, el suyo fue uno de los puertos de los que partieron los barcos que con-

quistaron Sevilla y Tarifa. O que ya en el siglo XVI, el 26 de septiembre de 1556 exactamente, fue el lugar de la última arribada del Emperador Carlos V camino de su morada final en Yuste.

Claro que aún siendo verdad que tiene un magnífico conjunto de playas: las de Salvé, el Puntal o el Regatón –la primera, con sus 4.250 m. de las mayores de España-, lo que ha hecho de la villa uno de los núcleos turísticos más importantes de la llamada Costa Esmeralda. Lo mismo que desde su fundación por Alfonso I ocupó un lugar propio en la historia de Castilla, siendo incluso visitada no sólo en su postrer viaje por el Emperador, sino que también lo hicieron Alfonso VIII, Isabel La Católica, Juana la Loca, Catalina de Aragón y Felipe II, por lo menos. Lo cierto es que Laredo, como pasa casi siempre con los estereotipos, es bastante más. Su histórico Ayuntamiento levantado en el siglo XVI, a cuyo frente se encuentra una estatua del Emperador, obra de Pérez Comendador, y bajo cuyos soportales hay una lápida que

recoge sus palabras en la arribada de aquel postrer desembarco. Pero sobre todo su Puebla Vieja, Conjunto Histórico Artístico desde 1970 y Bien de Interés Cultural desde 1998, así lo atestiguan. Una Puebla Vieja que, bajo la iglesia parroquial de la Asunción (verdadera colegiata románico-gótico-renacentista, presidida por un extraordinario retablo flamenco, el de Belén), extiende sus primitivas seis rúas muradas (todavía se conservan las puertas de San Lorenzo, San Marcial y San Martín junto con algún resto de muralla) llenas de casas palaciegas, casas torre y nobles casonas de los siglos XV, XVI y XVII principalmente, pobladas de blasones de históricos linajes que dan fe de la nobleza de sus gentes; como los palacios de D. Benito Zaráuz y de D. Felipe de la Mar Lidarona; la casa torre del Condestable de Castilla, ligada a los Velasco, aquellos cuyo lema rezaba: Antes que Dios fuera Dios, y los peñascos peñascos, los Quirós eran Quirós y los Velasco Velasco; las de Hoyo o Vélez de Cachupín, con su impresionante escudo, Villota del Hoyo y Villota Gutiérrez de Rada; las



Diego Cacho de la Sierra, los capitanes Domingo de Rosillo y D. Hernando de Alvarado, y las de D. Antonio Gutiérrez-Carriazo y D. Pedro Siniega Cachupín... Dejémoslo ahí. No es necesario abundar para aseverar que este es lugar de visita obligada, incluso en una comunidad tan rica históricamente como Cantabria.

Aunque no hiciera falta recordarlo, Laredo también supo de la colonización de las tierras americanas (¿Quién no ha oído hablar del Laredo mejicano?) y hasta del regreso de algún que otro indiano adinerado, cuyo recuerdo se materializó en palacios y casonas más o menos notables, como la de la Familia Gerada, los palacios de D. Francisco y D. Ramón Carasa -conocido como el de Las Cuatro Témporas- o las Escuelas del Dr. Federico Velasco, un pediatra krausista que desde Uruguay, donde ejerció, quiso universalizar la enseñanza en su pueblo.

acceso directo casi desde la autopista, goza de unas vistas increíbles, posee piscina y está muy bien de precio-.

Tampoco el yantar es un problema dado el número de restaurantes, cafeterías y bares en que poder hacerlo mejor o peor, aunque con precios adecuados al lugar elegido. Ni que decirse tiene que la gastronomía recomendada es la que viene del mar (aquí también hay industria conservera y las anchoas son tan ricas como las de Santoña), aunque la carne de vacuno no tiene nada que envidiar a la de todo el resto del norte de España. No debería hacer falta hablar de los sobados, la quesada, la costrada, los quesos de la región. Tampoco de la sidra y, aunque en Cantabria también se hace chacolí... qué quieren que les diga, a la hora de elegir, sin duda los "Ribera"; Laredo fue una de las marinas de Castilla y el puerto de los Tornos está en línea recta a tiro de piedra. Obligado recordar que en los alrededores están Castro Urdiales, Oriñón, Limpias con su Cristo "milagroso", y un poco más allá Ampuero, donde se corren toros como en Pamplona. Santoña queda al otro lado de la ría de Treto y, también un poco más allá, están Noja, Isla y Somo. En este último lugar se coge un barquito que, costeando toda la bahía, te lleva a Santander en un "paseo" que es una delicia.

Como guía recomendaría la Guía Azul dedicada a Cantabria. Y, para leer ¿por qué no? el libro de Cela Del Miño al Bidasoa. Notas de un vagabundaje. A mí me gustó.

## "A menudo encontramos nuestro destino por los caminos que tomamos para evitarlo"

Jean de La Fontaine. Escritor francés. 1621-1695

#### • IÑAKI SANTIAGO

En tiempos ya pretéritos, cuando el control de la natalidad se basaba en el ya clásico (o no) "marcha atrás", aquella mujer, muy ducha en las lides de lo cotidiano, ante la cara de asombro de su amiga que le acababa de comunicar que estaba embarazada a pesar de utilizar con exquisito cuidado la popular técnica anticonceptiva de la "marcha atrás", le aplicó un símil meteorológico de lo más aclarador:

 Pero mira que eres pánfila, Mari Pili. ¿Es que tú y tu marido no sabéis que antes de llover chispea?

Y ahí se quedó la Mari Pili, cabizbaja y pesarosa, víctima inocente de una insensible llovizna. De haber sabido el resultado, seguro que habría preferido disfrutar de una buena tormenta. Cosas de la vida.

Y eso que, como se decía en aquellos tiempos, la Mari Pili estaba casada "como Dios manda", o sea, con la bendición del cura y la anuencia de los padres de él y de ella. Es lo que se llevaba.

Algo así se contaba en la famosa y anónima poesía de Don Juan de Tro-ya, versión apócrifa del Don Juan Tenorio, del celebérrimo José Zorrilla. En aquella, la adulterada aunque no por ello burlona y picante, nos presentan a una bella damisela, parodia de la bella y auténtica Doña Inés,

totalmente rendida a los encantos entreperniles del adulador caballero, solicitándole sutil delicadeza en la inevitable acción carnal que, si nada lo remediaba, que no, iba a tener lugar en postreros momentos. Para ello, hacía hipócrita defensa de su discutible honor recitando unos memorables versos que aquí en parte paso a transcribir:

 "Don Juan, Don Juan, la puntita nada más, pues soy doncella". ¡Ay, inocente de ti! fingida Doña Inés, que pensado tamaña tontería creías que evitar podías las lloviznas de Don Juan, por tu interés!

O sea, como insistimos, un más que factible inesperado y embarazoso embarazo, fruto de un inoportuno xiri-miri.

Eran tiempos en los que te asustaban diciéndote que si besabas a una chica, se podía quedar irremisiblemente embarazada. ¡Qué miedo! Creo que todos hicimos probaturas del tema y la evidencia acabó imperando y poniendo orden en tamaña equívoca afirmación: ¡Un beso no podía provocar un embarazo! Por lo menos un beso casto.

Y es que, antaño, un embarazo fuera del casto matrimonio era una lacra de más o menos fácil solución,

pero de difícil digestión. Y si no que se lo pregunten a mi amigo Paco, preso de antiguas costumbres sociales. Mi amigo Paco, allá por los dieciocho años, cohabitó con la que era su novia, con tan mala fortuna que la llovizna se tornó en borrasca. Vamos, que la novia se quedó preñá. Y en aquellos años, lo que se llevaba era el casarse, sí o sí. O bien por la iglesia o bien por lo civil, que se acababa de convertir en una nueva opción. Bueno, pues el bueno de Paco, a la obligada pregunta de si se iba a casar por la iglesia o por lo civil, contestaba con un lacónico:

 ¡Ni por la iglesia, ni por lo civil! ¡Los padres de ella me obligan a casarme por lo militar!

Y es que a Paco sus futuros suegros no le dieron opción de elegir: "¡Te casas como digamos nosotros y punto!". Como para discutir estaba el pobre Paco.

Y eso que Paco y su novia asumieron con exquisita dignidad su incómoda situación. Hoy día la población asume que en el tema de la coyunda no es necesario el beneplácito de los padres. Menos aún del cura. "Son otros tiempos", que diría sentando cátedra mi vecino el del séptimo derecha.

Sin embargo, otras personas siguen sumidas en tiempos pasados



(que os juro que no fueron mejores) y que ciegos de falsa dignidad, ante embarazos imprevistos, siempre intentan echar la culpa al maldito destino. Esas madres que, ante la terrible circunstancia de un inesperado embarazo de su hijita de dieciséis tiernos años, antes de admitir lo obvio, o sea, que su niñita ha yacido con varón, intentan buscar mil y un razones, a cuál más patética, a fin de dar una explicación más o menos peregrina a aquello que solo tiene una razón lógica: el acto carnal, que dicen los pedantes. Y a la sazón de esto, cuentan que una madre se encontraba en la consulta del ginecólogo con su hija, de diecisiete años, a la cual no le había bajado la regla en los últimos tres meses. El ginecólogo transmitió la noticia a la incrédula madre, con la igualmente cara de incredulidad de la hija, esta última naturalmente a todas luces fingida:

- Su hija está embarazada.
- ¿Mi hija embarazada? No puede ser. Tiene que ser un error, porque mi hija no ha estado con nadie, por lo que supongo que se habrá quedado embarazada en algún baño, o en la piscina, o en el gimnasio. ¿No cree, doctor?
- Pues sí, efectivamente señora

   afirmó serio el ginecólogo- es
   posible que haya sido en un baño, en la piscina o en el gimnasio.

   Efectivamente.

La madre movía afirmativamente la cabeza, mientras expresaba una

media sonrisa fruto de su magnífica capacidad de deducción. Media sonrisa que se tornó en helada cuando el médico, impasible, aseveró:

- Eso sí señora, ¡siempre follando!

Se desconoce el posterior desarrollo de la historia, de cuando la hija tuvo que dar las oportunas explicaciones a su hacedora de cómo había conseguido quedarse encinta sin yugar con varón alguno. Misterios de la vida.

Afortunadamente los tiempos han evolucionado y, por lo menos en nuestro entorno, vivimos una situación menos tensa. Quien quiere ayuntarse, se ayunta. Y quien se quiera casar, se casa según el rito o método que le dé la gana. ¡Faltaría más!

#### ANECDOTARIO

#### IGUALICA QUE SU MADRE

Aquella chavala de dieciséis tiernos años acudió a Urgencias acompañada de su madre. El motivo no era otro que un fuerte dolor en forma de molestos retortijones localizado en el hipogastrio, lo que para los de la LOMCE viene a ser el bajo vientre.

La médico que le estaba atendiendo comenzó la anamnesis y entre otras cosas le preguntó por la última regla.

- Pues creo que hace unos catorce días, más o menos –contestó la joven.
- Ya sé que la siguiente pregunta

es un poco incómoda, pero te la tengo que hacer –le dijo cariñosamente la médico– ¿Posibilidad de estar embarazada?

No. Ninguna. –contestó con seguridad la chica.

En ese momento, la madre, que había permanecido sumida en un silencio sepulcral, rompió el mismo para, dirigiéndose con cara de recelo a la médico, decir sin ningún tipo de vacilación:

- ¡Uy! Hágale usted la prueba de embarazo, porque ¡como sea la

mitad de puta que su madre, se habrá pasado por la piedra a medio instituto!

Lógicamente, la médico procedió a realizar la prueba que, afortunadamente para la joven, fue negativa.

Por lo visto, con una madre así el vicio se debe llevar impreso a fuego en los genes, porque la hija tampoco realizó ningún aspaviento desaprobatorio hacia el comentario de su progenitora.

De tal palo, tal astilla.

#### UN MATRIMONIO BIEN AVENIDO

Aquella pareja, hombre y mujer, rozando ambos dos la cuarentena, entraron en la consulta del médico. Ella se quejaba desde hacía unos días de un molesto dolor sordo alrededor del ombligo, acompañado de deposiciones algo blandas, tirando a acuosas.

El médico comenzó la anamnesis y, como es preceptivo en estos casos y viendo que la paciente estaba en edad de procrear, realizó la pregunta de rigor:

- ¿Posibilidad de estar embarazada?
- No. Imposible. –Fue la somera y segura respuesta de la mujer.

La pareja, que asistía en absoluto silencio al interrogatorio, pensó que era el momento de intervenir y sin sonrojo alguno comentó:

- Mire doctor, yo tengo hecha la vasectomía, por lo cual de mí no

puede estar embarazada, pero considero que no estaría de más hacerle un prueba de embarazo a mi mujer, porque con lo puta que es y lo que le gustan los hombres...

Ahí dejó el comentario, en el aire, un aire que el médico sintió que podía cortarse y cuya incomodidad le asfixiaba por momentos. Y el ambiente se constriñó más aún cuando la mujer, de forma espontánea y sin sonrojo admitió:

- Pues igual no sería una mala idea lo de la prueba de embarazo.

Desde luego que no podemos negar que era una pareja donde la confianza mutua y la claridad de la relación, formaban los pilares fundamentales de la misma.

El resultado de la prueba de embarazo fue negativo.

¡Angelicos!



## CONTIGO ME ATREVO A TODO...







#### Seguros para cubrir lo que más importa.

Presentamos Ama Vida, la nueva gama de seguros de vida creada por A.M.A., la mutua de los profesionales sanitarios, para asegurar la tranquilidad de las familias de nuestros sanitarios y garantizar una protección a medida acorde con las circunstancias de su profesión.

Un seguro de vida flexible y de amplia cobertura que garantiza la estabilidad económica y el patrimonio de su familia en el caso de que usted no pueda hacerlo.

Nuevos seguros de Vida

www.amavidaseguros.com 902 30 30 10 / 913 43 47 01



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