PANACEA

Colegio Oficial de Médicos de Navarra





SUMARIO

PANACEA

Revista trimestral del COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA

Noviembre 2018 - Nº 123

Consejo de Redacción:

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

Comisión Científica:

Jesús Repáraz, Joaquín Barba, Carlos Larrañaga, 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...

4 Dr. Carrascosa: premio a la humanidad y buen hacer médico



Comunicado: Unidad para la mejora de la atención pediátrica en Navarra.



Sociedades científicas: José María Vazquez, nuevo presidente de SEMERGEN Navarra.



Beca MIR: Tumores genitourinarios, en Bethesda (EEUU).



Reportaje: Apoyo a la lactancia materna en los centros de salud y hospitales navarros.



...y además:

- 3 Editorial.
- 9 Concierto Benéfico en favor de la ONG navarra AMBALA.
- Sesión informativa sobre Carrera Profesional.
- 14 Reto solidario.
- 19 Desde la Vocalía de Medicina Rural.
- Humanización de la Medicina: significado y perspectivas.
- Actualización en Nefrología a través de casos clínicos.
- 25 III Encuentro SEMG Navarra.
- ANPE: Pediatras y educadores unidos para abordar las altas capacidades.
- 28 El Sadar, un Estadio Sin Humo.
- Premios del I Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos para estudiantes.
- El manejo de la lumbalgia desde Atención Primaria.
- 46 Estudio sobre Demografía Médica.
- 54 CLEN COLLEGE.
- 56 Restaurante.
- 58 Día Mundial de la Trombosis.
- 60 Pacientes: ASNAEN.
- 62 Asesoría Jurídica.
- 64 Biografías Médicas.
- 68 Viajes: Soria
- 72 Anecdotario.





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

EDITORIAL



LAS RAZONES DE UN RECURSO

Rafael Teijeira, presidente del COMNA.

l Colegio Oficial de Médicos de Navarra (COMNA) acordó, en sesión del Pleno de su Junta Directiva celebrado el 24 de septiembre de 2018, interponer recurso contencioso-administrativo contra el Decreto Foral 54/2018, de 18 de julio, por el que se modifican los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, aprobados por el Decreto Foral 171/2015, de 3 de septiembre (BON de 7/8/18) y que se tramita ante el Tribunal Superior de Justicia de Navarra (Sala de lo Contencioso-Administrativo; nº 386/2018).

La modificación recurrida se refiere a los preceptos anulados por la sentencia la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Navarra (P.O. 417/2015) que suprimía el artículo 20.2 del DF señalado, donde no se exigía tener la titulación de medicina para acceder al cargo de Director de los Equipos de Atención Primaria (EAP). La sentencia ha sido dictada tras el recurso contencioso-administrativo interpuesto por el Sindicato Médico en su día. La sentencia señala que para realizar las "funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación con respecto a la documentación médica y clínica de su respectivo ámbito de responsabilidad, a los exclusivos efectos de comprobar la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente y el cumplimiento de las obligaciones asistenciales del personal a su cargo" (que atribuía el DF 171/2015 a la dirección de los EAP), se requería "contar con los conocimientos científicos y técnicos adecuados y titulación acorde a los mismos lo que nos llevaría a exigir que fuese reservados a licenciados sanitarios y en concreto a los médicos".

Pronunciamientos como este no son nuevos en los tribunales. Los TSJ de Madrid y Andalucía se han pronunciado de forma similar a lo señalado por la Sala de lo Contencioso del TSJ de Navarra.

El DF 54/2018 ante la sentencia del TSJ indica que no se asignan las funciones de "inspección, evaluación, acreditación y planificación...." a los Directores de Equipo de Atención Primaria, de manera que, según el criterio del Gobierno de Navarra, como ya no tienen asignadas esas funciones (que son las que según la sentencia debían desarrollar "licenciados sanitarios y, en concreto, médicos") puede optar al puesto de Director de EAP cualquier profesional sanitario.

El COMNA ha decidido recurrirla tras valorar jurídica y colegiadamente la norma, reunirse con la Sociedades

Científicas de Primaría y conocer su opinión, y trasmitir nuestro desacuerdo con la misma a la Consejería.

Son distintas las razones que entendemos se pueden invocar desde el punto de vista colegial para este recurso, que van más allá de lo jurídico.

Como hemos señalado, el SNS-Osasunbidea ante la sentencia en su DF 54/2018 opta por anular una función que resulta, a nuestro entender, clave en las Direcciones de los EAP. Ante una situación similar otras Comunidades han entendido que, en lugar de anular las funciones señaladas, la aplicación de la sentencia pasa por asignar a los médicos las direcciones de los EAP. La dirección de un EAP debe tener más contenido que labores meramente administrativas y es ahí donde es necesaria la figura del médico. Abundando en lo anterior, las estructuras de los EAP no prevén una dirección médica más allá de la propia dirección del mismo, lo que indica de por sí un principio que desde la lógica otorga la necesidad de la dirección a un médico. Las reflexiones compartidas con la Sociedades Científicas indicaban, además de lo anterior, que los médicos en ocasiones no muestran interés en ocupar esos cargos y compartían la necesidad de que la administración facilitara e incentivara el acceso de los profesionales mejorando las actuales condiciones e incluyendo la formación en gestión que también ofrece el Colegio. No entendemos que cuando se habla de la necesidad de potenciar la AP no se vea adecuado impulsar y buscar la implicación de los médicos de los equipos de AP en labores tan importantes como estas.

Por otro lado, este recurso lo entendemos como una obligación colegial en defensa del profesionalismo. Con independencia de la necesaria colaboración entre los distintos profesionales sanitarios, que compartimos y defendemos, también nos alineamos con el espíritu de las sentencias señaladas en este editorial que indican la necesidad de que sean los médicos quienes dirijan los EAP, direcciones que como señala la sentencia del TSJ de Navarra implican "una labor profesional, directiva, valorativa propia y técnica que excede de la mera gestión administrativa..." y que debe ser desempeñada "por aquellos que desde un punto de vista competencial y funcional, y atendiendo a criterios de conocimiento y titulación adecuados, estén debidamente preparados y habilitados para ello", LOS MÉDICOS.



Jubilado en 2016, dedicó los últimos 25 años de su vida profesional a impulsar y consolidar la Unidad de Anestesia infantil, de la que fue Jefe de Sección entre 1995 y 2013.

■Trini Díaz

Acompañado por familiares, amigos, colegas de profesión y directivos del Departamento de salud y del Colegio de Médicos, Salvador Carrascosa recogió el IX Premio Sánchez Nicolay a las buenas prácticas médicas, el pasado 3 de octubre, en el Palacio de Navarra. Es merecedor de este galardón por su vocación, su trayectoria profesional y sus 25 años al frente de la Unidad de Anestesia Infantil en el Hospital Virgen del Camino y, posteriormente, en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Gobierno de Navarra y Colegio de Médicos otorgan anualmente el Premio Doctor Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas "con el objetivo de reconocer la labor de los médicos de la sanidad navarra que, día a día, dan su vida por el paciente. Es un premio a la dedicación, el interés por el enfermo, la empatía, la preocupación por la buena práctica y la ética profesional", destacó el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira.

El premio recuerda la figura del Dr. Ignacio Sánchez Nicolay, fallecido en 2005, que fue pionero e innovador en Medicina Intensiva y puso en marcha el primer embrión de UCI en Navarra. Asimismo, Sánchez Nicolay fue durante 17 años, de 1980 a 1997, presidente del Colegio de Médicos de Navarra y también ostentó la presidencia de la Organización Médica Colegial de España, desde 1997 hasta 2001.



Un médico con MAYÚSCULAS

El consejero de Salud, subrayó el esfuerzo, la categoría humana y la vocación de servicio del anestesiólogo Carrascosa, a quien calificó como "un médico con mayúsculas". Recordó que su máxima satisfacción personal era el bien de sus pacientes, y valoró su gran labor con las y los más pequeños "a los que Salva tranquilizaba, consolaba y mimaba".

Durante su intervención, Domínguez describió al premiado como "representante de toda una época de la anestesiología" y puso en valor la trascendencia de esta ciencia en el desarrollo y avance de las técnicas quirúrgicas, así como el importante papel del anestesiólogo "que hace posible el éxito de la intervención, ya que su trabajo va mucho más allá de dormir y despertar al paciente".

Además de su labor médica, el Consejero quiso, también, incidir en el lado humano del galardonado, y señaló que el Doctor Carrascosa forma parte las vidas de muchos pacientes y familias. "Ha entregado su vida al servicio, a los cuidados y a las necesidades de los demás, olvidándose muchas veces de las suyas propias. Por eso, este premio es un reconocimiento personal a un médico que lo ha merecido con creces". Hizo extensivo el premio a los profesionales de la Anestesiología, "que día a día están en la cabecera de la persona enferma, ofreciendo cuidados, alivio y consuelo, una labor no siempre reconocida".

Soltando amarras

La Dra Maria Luisa Cía Armendariz, actual jefa de Sección de Anestesia Infantil del Complejo Hospitalario de Navarra, hizo una semblanza del homenajeado.

El Dr. Carrascosa nació en Cartagena (Murcia) y llegó a Pamplona en el año 1968 para estudiar Medicina "por seguir la tradición familiar, ya que su padre era médico y su madre farmacéutica".

Con motivo de las prácticas rotadas, antes llamadas pasantías, llegó al Departamento de Anestesia de la Clínica Universidad de Navarra, que entonces dirigía el Dr. Arroyo, en donde estuvo hasta casi terminar la carrera. Completó su formación práctica con una rotación por Medicina Rural, que le llevó a Ribaforada con el Dr. José Arellano y la estancia, prevista para un mes, se prolongó hasta tres. "Allí aprendió mucho de cómo es la Medicina en un medio tan diferente del hospitalario y se sintió muy bien acogido tanto por el médico tutor como por la gente del pueblo y supo, por fin, lo que era un buen calderete", subrayó la doctora Cía.

Una vez obtenida la licenciatura entró como interno de Anestesia en el Hospital de Navarra. En el año 1977 sacó una plaza de MIR en la Seguridad Social que le llevó hasta el Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia). Obtuvo la especialidad de Anestesia y Reanimación por la Universidad de Zaragoza en el año 1980.

Casado con una pamplonica, aprovechó la primera oportunidad para volver a Navarra y en 1980 comenzó a trabajar como anestesista en el Hospital Virgen del Camino, donde permaneció hasta su jubilación en el año 2016. Los últimos 25 años de su vida profesional los ha dedicado a impulsar y consolidar la Unidad de Anestesia Infantil, de la que ha sido jefe de Sección desde el año 1995.

La actual jefa de Sección de Anestesia Infantil del Complejo Hospitalario de Navarra destacó de su biografía que "tres años antes de jubilarse renunció a la Jefatura de Sección y pasó a ser un anestesista normal y corriente, que es donde más cómodo decía sentirse. Pensaba que no se debía llegar al final de la vida profesional manteniendo agarradas todas las riendas del carro".

Terminó su semblanza subrayando el perfil docente del premiado. "Durante el tiempo que estuvo en Anestesia Infantil rotaron por la Unidad cantidad de médicos en formación, no solo de Anestesia sino de otras Especialidades. No solo de Pamplona sino de otras ciudades. Procuraba tratar a todos como iguales ya que todos eran médicos y les pegaba unas chapas considerables, que la mayoría todavía recuerdan. También rotaron alumnos de la Facultad de Medicina, algunos de los cuales se entusiasmaron tanto que luego eligieron Anestesia como especialidad en el MIR".



Su recompensa profesional está en dedicar su vida a una especialidad, Anestesiología y Reanimación, que en contadas ocasiones acapara la atención mediática. Y esta ha sido una de las razones que le llevaron a vencer sus reticencias iniciales a aceptar el premio. "Hablar públicamente de anestesia no es frecuente, por lo que puede resultar positivo contribuir de algún modo a que el público en general disipe su desconocimiento e incluso su temor a la anestesia. Por una parte, está la preocupación de dejar la vida en manos de otra persona. Por otra, la posibilidad de efectos secundarios y complicaciones. Y por otra más, la preocupación por el resultado de la intervención y la incertidumbre ante el dolor y la recuperación. A una persona cualquiera todo esto le supone una píldora difícil de tragar y el mal trago constituye un hito muy importante en su vida; una intervención quirúrgica es un punto de referencia en la vida de cada uno. En el caso de los niños, la experiencia es que solo la separación de sus padres ya es suficiente para trastornarles", resaltó el Dr. Salvador Carrascosa en su discurso.

¿Qué avances destacaría en su especialidad?

Sin ninguna duda, el mayor logro de la anestesia moderna ha sido el gran avance en cuanto a seguridad del paciente. El uso rutinario de diferentes monitorizaciones que nos informan continuamente del estado del

paciente, el empleo preciso de fármacos y de técnicas suficientemente depuradas, junto con una formación muy concienzuda de los anestesiólogos, han sido el determinante principal del alto nivel de seguridad alcanzado.

En lo personal, he de decir que estoy muy satisfecho de haber elegido la especialidad de Anestesia. Me ha tocado vivir una época apasionante, en la que he presenciado y tomado parte de un cambio radical en la práctica anestésica. Se ha pasado de una época en la que primaba la práctica que se había hecho siempre y que tenía grandes dosis de empirismo, a la época actual en donde han caído un montón de mitos y donde la Especialidad se ha hecho mucho más científica.

¿Qué distingue a un anestesista?

La formación y la subsiguiente práctica de la anestesia nos proporciona un profundo conocimiento de la fisiología, de la fisiopatología y de la farmacología, amén de otras parcelas del conocimiento médico. Nos familiariza con fármacos, técnicas y procedimientos muy útiles para el comportamiento en una urgencia vital, algo que puede suceder tanto en el quirófano como en otras áreas del hospital, e incluso en el medio extrahospitalario. Técnicas que son de utilidad cuando se trata de enfermos

"Existe la creencia de que la adherencia a protocolos de actuación estrictos nos protege, pero puede no resultar adecuada o suficiente"

muy graves, son de uso rutinario en quirófano. Y es allí donde mejor pueden aprenderse y practicarse un gran número de veces y en circunstancias libres del estrés, siempre presente en las situaciones en que la vida de la persona está en serio peligro.

¿Qué le ha enseñado la profesión?

Una consecuencia del trabajo en anestesia es el aprendizaje en la gestión del miedo, sobre todo del propio. No olvidemos lo dicho antes de que la vida del enfermo está en nuestras manos. Aprendemos a evitar que ese miedo evolucione a un pánico que nos ate de pies y manos y no nos deje pensar en otra cosa que no sea en el propio miedo. Además, sabemos que no podemos verbalizar todo lo que pasa por nuestra cabeza porque, a buen seguro, contagiaremos al resto del equipo, algo a todas luces indeseable.

Otra consecuencia es el aprendizaje de la costumbre del trabajo en equipo. Con la confluencia de la actividad de cada una de las personas, se consigue la eficiencia necesaria para que la intervención quirúrgica sea un éxito. Inevitablemente, a veces el ambiente en quirófano se "tensiona", por decirlo de algún modo. Probablemente por la especial dificultad del caso o por otros motivos. Se puede perder la antedicha eficiencia necesaria. El





todo del propio"

anestesista puede y debe contribuir con la parte que le corresponde a rebajar esas tensiones, desarrollando estrategias de comunicación o, a veces, solo con no interponer elementos innecesarios.

¿Es una especialidad de alto riesgo desde el punto de vista legal?

Ante una complicación o un resultado adverso en nuestra práctica anestésica, existe una amplia preocupación entre el colectivo de anestesiólogos hacia la responsabilidad médico-legal. Se deben extremar las precauciones para evitar que se produzca un suceso de este tipo y se debe poder demostrar que se ha seguido una buena práctica, que debe poder ser justificada y estar convenientemente documentada. Esto es algo que siempre va a inclinar la balanza a nuestro favor en una eventual sentencia judicial. Existe la creencia de que la adherencia a protocolos de actuación estrictos nos protege, pero puede no resultar adecuada o suficiente. Y además, en algunos casos, puede resultar injusta para el paciente. También ha de cuestionarse la búsqueda de la excelencia a toda costa y aquí es de perfecta aplicación el viejo dicho de que "lo mejor es enemigo de lo bueno".

▲ El coro del Colegio de Médicos recibió al Dr. Carrascosa en la sede colegial, donde tuvo lugar un cóctel de celebración.

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

- Jesús Elso Tartas (2017),
- Juana María Zubicoa (2016),
- Jone Aizarna Rementería (2015),
- Juan Luis Guijarro García (2014).
- José Manuel Cenzano (2013).
- Francisco Javier Barberena (2012),
- Jesús Viguria (2011) y
- Manuel Gállego Culleré (2010).

nombre a este reconocimiento, el Dr. Ignacio Sanchez Nicolay. "Él fue quien me animó a formar parte de la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Navarra donde estuve desde el año 1999 al 2007. Tuve la oportunidad de ver lo mucho que allí se trabaja. Muchas veces en tareas que no siempre trascienden al resto de la colegiación, a veces ni siquiera a todos los miembros de la Junta Directiva, debido a la obligada confidencialidad con la que hay que tratar algunos temas. Después de mi paso por dicha Junta, me resulta aún más incuestionable la existencia de los colegios profesionales".

Al Dr. José Luis Arroyo, jefe del Departamento de Anestesia de la Clínica Universitaria, ya fallecido, con quien se inició y aprendió los rudimentos de la Especialidad, siendo todavía un estudiante de Medicina; a los compañeros de Medicina y Enfermería de la Unidad de Anestesia Infantil y del Servicio de Cirugía Pediátrica con los que ha trabajado estrechamente los últimos 25 años hasta su jubilación. Tuvo palabras de afecto hacía su familia, sus padres, su mujer, sus dos hijos y su hermano Paco, también médico y anestesista, con quien ha compartido conocimientos, preocupaciones y dudas relativas al ejercicio de la Especialidad. "Sin todos ellos, seguro que no hubiera podido mantener la estabilidad emocional necesaria para una vida de trabajo duro".

ACORDES SOLIDARIOS:

Concierto Benéfico en favor de la ONG navarra **AMBALA**, el domingo 11 de noviembre

El Colegio de Médicos de Navarra organiza el Concierto Benéfico "Músicas del Mundo-Médico Cooperante" con el que recaudará fondos para el tratamiento de la malaria grave infantil en el Hospital de Ebomé (Camerún), un proyecto de la ONG navarra AMBALA.

Tendrá lugar el domingo, 11 de noviembre, a las 12 horas, en el auditorio de la Ciudad de la Música de

Pamplona y contará con la participación del Coro del Colegio Oficial de Médicos de Navarra, el Coro y Orquesta del Colegio Sagrado Corazón y el Grupo Vocal Temp D'Intermezzo.

No es la primera vez que el Coro del Colegio de Médicos organiza un concierto solidario. En el año 2016, la recaudación del Concierto ofrecido en el marco del IV Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España se entregó a la ONG "Solidarios con Arua" para un proyecto de enseñanza musical en Uganda.

La actividad forma parte del compromiso del Colegio de Médicos de Navarra con la cooperación internacional y la ayuda humanitaria.

A través de su Oficina de Cooperación ofrece formación, asesoría y apoyo a Ongs sanitarias y a médicos cooperantes navarros.



Sólo 10 euros pueden salvar una vida

Desde el año 2005, el Hospital de Ebomé (Camerún), gestionado por la ONG Navarra AMBALA, ofrece atención médica y quirúrgica a los pacientes excluidos del sistema público de salud camerunés, que no pueden pagar sus tarifas o que habitan en zonas alejadas y mal comunicadas. En la actualidad, cuenta con una plantilla de 52 profesionales locales y todos los servicios necesarios para atender las patologías más frecuentes, siendo

el hospital de referencia en la zona. Atiende a más de 23.000 pacientes al año.

La recaudación del concierto benéfico irá destinada a la financiación del tratamiento de la malaria grave infantil, que causa la muerte de 3.000 niños al día en África. El Hospital de Ebomé trata cada año a unos 600 niños con malaria grave que requirieren ingreso hospitalario. La doctora Marga Iraburu, presidenta de AMBALA, subraya que "el coste del tratamiento que evita la muerte de un niño de menos de 5 años podemos estimarlo en 10 euros. Esto es lo que muchas veces separa de la muerte a un niño con una malaria grave".

Más información sobre la ONG AMBALA http://www.ambalaong.org/





El Colegio de Médicos de Navarra y las Sociedades Científicas que representan al colectivo médico que trabaja en el ámbito de la Atención Primaria (Asociación Navarra de Pediatría—ANPE, Sociedad Vasco Navarra de Pediatría, Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria-namFYC, Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia-SEMG Navarra y Sociedad Navarra de Médicos de Atención Primaria-SEMERGEN-Navarra), han consensuado el siguiente comunicado:

- 1. El actual modelo de Atención Primaria establecido desde hace muchos años en el Sistema Sanitario Nacional y, también en nuestra Comunidad, se caracteriza por su universalidad y equidad. Goza de una alta valoración en las encuestas de salud y es referencia en otras latitudes. La Atención Primaria debe ser la base sobre la que desarrollemos el resto del sistema sanitario. Necesitamos reforzar el empoderamiento de la Atención Primaria si queremos, de verdad, un sistema sostenible y eficaz.
- 2. La Atención Primaria la forman médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, y médicos especialistas en Pediatría. Y son las sociedades científicas que las representan, junto al Colegio de Médicos, los interlocutores válidos y capaces para dialogar desde una perspectiva técnica y llegar a acuerdos con las instituciones. Nadie puede dudar de su colaboración e importancia en estos ámbitos.

- 3. Respecto a la asistencia pediátrica, la ley Foral de Salud, con sus posteriores modificaciones, establece la libre elección de médico especialista en Pediatría para la población infantil y dentro de un concreto ámbito territorial, reservándose de forma excepcional la posibilidad de ser atendido por un profesional no especialista en Pediatría en la misma zona básica o por otro especialista de Pediatría en otra zona básica de la misma Área de Salud. Es responsabilidad de la Administración el cumplimiento de estas premisas. Es cierto, por tanto, que la población infantil puede ser valorada por médicos de otros ámbitos de la Atención Primaria, pero siempre teniendo en cuenta las posibles limitaciones que pudieran surgir en la atención de este colectivo al estar sobresaturado.
- 4. Es bien conocido a nivel estatal y de la Comunidad Foral la falta de profesionales médicos de Atención Primaria y la dificultad de permanencia en nuestro sistema sanitario. Tanto el Colegio de Médicos de Navarra como las Sociedades Científicas han propuesto diferentes medidas concretas en el ámbito Foral para subsanarlos, entre las que se encuentra, entre otras, la creación de incentivos intrínsecos y /o extrínsecos con el fin de atraer y fidelizar a los profesionales médicos.
- 5. Debemos enfatizar que los profesionales de la Medicina son una pieza imprescindible para el desarrollo del sistema sanitario, su implicación, profesionalidad y liderazgo hacen que deban ser escuchados para poder adaptar la medicina a las necesidades actuales que tiene el paciente del siglo XXI en Navarra.
- 6. Es responsabilidad de todos, y especialmente de los representantes del ámbito de la Salud y lo social (entre los que se incluyen nuestros políticos), evitar la creación de alarmas sociales innecesarias relativas a la atención médica de los ciudadanos.
- 7. Hacemos un llamamiento a la unidad de toda la Atención Primaria, las Sociedades Científicas que las representan, el Colegio de Médicos y las instituciones para que juntos pongamos en práctica cuanto antes las soluciones ya trabajadas hace meses y dirigidas a reforzar esta importante labor y paliar sus deficiencias.

Nota:

Este comunicado se envió a la Consejería de Salud y a los medios de comunicación el pasado 11 de octubre de 2018.



Sesión informativa sobre Carrera Profesional de los contratados temporales del SNS-O



El Área de Desarrollo Profesional y la asesoría jurídica estarán a disposición de los colegiados que lo soliciten

El Colegio de Médicos de Navarra organizó, el pasado 5 de septiembre, una sesión informativa sobre la Carrera profesional de los contratados temporales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. El asesor jurídico del Colegio de Médicos de Navarra, Mariano Benac, fue quien impartió la sesión, a la que asistieron un centenar de médicos.

En su intervención, Benac expuso las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Navarra en 2018 sobre reconocimiento de Carrera Profesional al personal contratado, aunque ninguna de ellas es firme. "Tenemos conocimiento de que el Servicio Navarro de Salud ha interpuesto contra ellas recurso de casación, y mientras tanto, y hasta que haya una sentencia firme, desestimará las reclamaciones que se formulen al respecto", puntualizó el asesor jurídico.

En estas sentencias hay un cambio de doctrina y se declara el derecho

a la participación en el sistema de Carrera Profesional y a que le sea abonado el complemento retributivo con efectos retroactivos máximos de cuatro años..."si reúne los requisitos para ello"; y en otra sentencia se reconoce "los efectos retributivos de la Carrera Profesional como personal interino del SNS-O, que en su caso le corresponda, con efectos retroactivos de cuatro años".

A continuación, se refirió a las posibilidades de actuación de los médicos: "iniciar la reclamación para no perder tiempo de prescripción, o esperar a que haya sentencia firme y solicitar la extensión de sus efectos".

Al respecto, el Colegio de Médicos de Navarra pone a su asesoría jurídica a disposición de los colegiados para seguir cualquiera de las dos vías, ambas tienen sus ventajas y sus inconvenientes, que los interesados deben conocer.

La recomendación del Colegio de Médicos es que "para iniciar cualquiera de las dos vías de actuación es aconsejable tener actualizado el Registro de Méritos y acreditación de permanencia y solicitar su inclusión en el referido Registro de Méritos del Colegio, mediante cita previa, para la revisión y evaluación de la situación individual".

Para ello, los médicos interesados deberán facilitar al Área de Desarrollo Profesional del Colegio la documentación acreditativa de: los servicios prestados en contratación temporal en el SNS-O; evaluación de méritos asistenciales; y méritos de perfeccionamiento (formación continuada, docencia impartida, ponencias, comunicaciones, etc).

Para concluir, Mariano Benac afirmó que "parece razonable pensar que el Tribunal Supremo, en línea con la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, confirme las sentencias de los Juzgados de Pamplona y declare el derecho del personal contratado temporal a acceder al sistema de Carrera Profesional; sin embargo, a día de hoy no se puede afirmar ni garantizar que ello vaya a ser así".

Los Secretarios de Colegios de Médicos buscan mayor operatividad y eficiencia en su labor colegial



Reunión de secretarios de Colegios en la OMC.

Tras su elección el pasado mes de junio como secretario general del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM), el Dr. José María Rodríguez Vicente, presidió el 29 y 30 de septiembre su primera reunión de secretarios generales de los Colegios de Médicos, en la que participaron Julio Duart y Susana Miranda, secretario y vicesecretaria del Colegio de Médicos de Navarra.

El secretario general animó a los representantes de los Colegios a participar en los Grupos de Trabajo de Secretarios, creados con el fin de obtener una mayor operatividad, funcionalidad y eficiencia de la labor colegial. En la actualidad están repartidos en seis grupos:

 Grupo de Trabajo de Acogida de las Juntas Directivas del CGCOM. Trabaja para dar apoyo y orientación a todos aquellos profesionales que se incorporan a las Juntas Directivas de los Colegios de Médicos

- Grupo de Trabajo de Agresiones, en el que participa la Dra. Susana Miranda, vicesecretaria del Colegio de Médicos de Navarra. Está centrado en el mantenimiento del Observatorio Nacional de Agresiones, con el fin de hacer frente a la lacra de violencia contra el personal médico y sanitario.
- Grupo de Trabajo de Colegiación que se ha enfocado, principalmente, al registro de profesionales médicos y al estudio de la evolución de la profesión médica.
- Grupo de Trabajo de Formación, del que forma parte el Dr. Julio Duart, secretario del Colegio de Médicos de Navarra. Tiene como objetivo la propuesta de acciones formativas que aporten conocimientos y habilidades, y la unificación de criterios de actuación en el quehacer colegial diario.

- Grupo de Trabajo de Gestión Colegial, dedicado a la evaluación de tareas relacionadas con la gestión y administración de las entidades colegiales.
- Grupo de Trabajo de la Validación Periódica de la Colegiación (VPC), que tiene la misión de impulsar la VPC desde los Colegios de Médicos, con el fin de evaluar y reconocer la buena praxis profesional, el adecuado estado psicofísico y el Desarrollo Profesional Continuo de los médicos para el ejercicio de la profesión.

La filosofía común de estos Grupos es la de que los Colegios de Médicos compartan el trabajo común de todos así como ofrecer una mayor y mejor respuesta como organización a las necesidades tanto de colegiados como de la sociedad en general.



Colegio de Médicos participa en la clausura del "Reto Solidario"



El Dr. Tomás Rubio explicó las claves para un ejercicio saludable.



Una charla sobre deporte y salud, impartida por el Dr. Tomás Rubio, internista y tesorero del Colegio de Médicos de Navarra, puso el broche final al "Reto Solidario" del 2018, una iniciativa de Obra Social la Caixa y la Fundación Diario de Navarra, con el fin de realizar actividad física por una buena causa. Este año ha sumado 1.465.305 kilómetros y ha activado 64.400 euros para 33 agrupaciones sociales.

El Colegio de Médicos de Navarra colabora con esta iniciativa, apoyando el blog de contenidos y participando en charlas y conferencias de divulgación sobre salud. En esta ocasión, el Dr. Rubio explicó las claves para un ejercicio saludable.

En su intervención detalló cuál es la proporción necesaria de deporte para mejorar nuestra salud física, emocional y social. Subrayó que "la sociedad padece sedentarismo" y que la falta de actividad física es un

excelente aliado para que el organismo sufra múltiples enfermedades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la falta de actividad física contribuye al 17% de las enfermedades del corazón y diabetes, el 12% de las caídas de ancianos y hasta el 10% de los casos de cáncer de mama y colon.

¿Cuánto ejercicio debo realizar para llevar una vida saludable?

Para responder, el Dr. Rubio diferenció entre actividad física y ejercicio físico. "Por actividad física se entiende cualquier movimiento corporal que exija cierto gasto de energía, como por ejemplo realizar tareas domésticas, trabajar en la huerta, caminar distancias cortas, etc... El ejercicio físico implica una variedad de movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos con el objetivo de mejorar o mantener la aptitud física y la salud". Añadió que

la dosis recomendable es 30 minutos de ejercicios físicos de 3 a 5 veces por semana. "Mejor poco ejercicio y a menudo que darse una paliza un día puntual. Además, debe ser progresivo y no extenuante, pero sobre todo, debe divertirnos".

¿Y qué ejercicio hago?

El ejercicio puede ser aeróbico o anaeróbico. El aeróbico (larga duración y con intensidad constante, como caminar, nadar, bailar o pedalear) ayuda a reducir peso, presión arterial, colesterol y mejorar la función cardio-vascular. El anaeróbico (alta intensidad y poca duración, como levantar pesas y carreras de alta intensidad) desarrolla masa muscular. "La elección de un tipo u otro de ejercicio depende de los objetivos que se tenga, de la edad y la condición física, pero siempre que sea posible es recomendable combinar ambos tipos de ejercicios".

CONCURSO DE DIBUJOS NAVIDEÑOS 2018 PARA HIJOS O NIETOS DE COLEGIADOS

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

Se establecen dos categorías:

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

El plazo para la presentación de los dibujos es del 19 de noviembre al 14 de diciembre de 2018.

Al dorso del dibujo debe constar el nombre, apellidos, edad del participante, parentesco con el médico colegiado y nº de colegiación de éste. Se presentarán en formato DIN A3 o DIN A4.

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

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

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

Entrega de Premios

Se establecen dos premios, que se harán públicos y se entregarán el día 18 de diciembre de 2018, en un acto que tendrá lugar, a las 18 horas, en el lugar de la exposición:

- -Premio categoría 4 a 8 años: Un Patinete.
- -Premio categoría 9 a 12 años: Una Bici.

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

Los dos trabajos canadores se enviarán como felicitación navideña del Colecio.

NOTA: Una vez realizada la entrega de premios, los trabajos presentados se podrán recoger en las Oficinas del Colegio de Médicos hasta el 30 de enero de 2019.

AMA renueva su convenio con los médicos navarros y firma una póliza de vida



Luis Campos, Rafael Teijeira, Diego Murillo y ▲ Francisco Herrera.

AMA Vida ha firmado la póliza colectiva de Vida con el Colegio de Médicos de Navarra. La póliza asegura un capital por fallecimiento a la Junta de Gobierno de este colectivo y a su rúbrica acudieron el presidente de AMA Vida Seguros y Reaseguros, Diego Murillo, y el presidente del Colegio, Rafael Teijeira.

Así mismo, a través de la Fundación A.M.A. también han renovado el convenio de colaboración que tienen suscrito desde hace años ambas instituciones. En esta ocasión, y por parte de AMA, el acuerdo fue firmado por su presidente, Luis Campos. En el acto también estuvo presente Francisco Herrera, consejero delegado y secretario general de AMA.

Con la firma de estos acuerdos se refuerza aún más, la estrecha relación que mantiene el Colegio de Médicos de Navarra con el Grupo AMA.

AMA Vida Seguros y Reaseguros se constituye en 2017 con la misma filosofía de siempre de cubrir los riesgos personales de los profesionales sanitarios y sus familiares. De esta manera, esta compañía complementa todas las coberturas que ya ofrecía la Mutua:

- Riesgos Patrimoniales,
- Responsabilidad Civil Profesional,
- Automóvil, Accidentes,
- Multirriesgo,
- Ramos Diversos y
- Decesos.



El Colegio edita el libro con los 20 mejores casos clínicos del V Certamen



Trini Díaz

En el libro on-line, que consta de 236 páginas, se publican los trabajos que recibieron el primer, segundo y tercer premio del Certamen y cuyas autoras principales son:

- Cristina Gómez Martínez de Lecea, residente de primer año de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Clínica Universidad de Navarra;
- Inés Esparragosa Vázquez, residente de segundo año de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra;
- María Rullán Iriarte, residente de cuarto año de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Navarra.

Incluye, además, el premio al mejor póster presentado, cuya autora principal es **Seila Lacarra Fernández**, residente de Urología del Complejo Hospitalario de Navarra. El resto de los autores de los casos finalistas publicados, que defendieron su trabajo oralmente ante un Jurado designado por el Colegio de Médicos, son:

- Begoña Gastón Moreno (Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario de Navarra),
- Carmen Mosquera Gorostidi (Neumología. Complejo Hospitalario de Navarra),
- Leyre Pérez Ricarte (Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Navarra),
- Álvaro Riesgo García (Cardiología. Clínica Universidad de Navarra),
- Rodrigo Sánchez Bayona (Oncología Médica. Clínica Universidad de Navarra),
- Amaia Urrizola Martínez (Oncología Médica. Clínica Universidad de Navarra),
- Ángel Vizcay Atienza (Oncología Médica. Clínica Universidad de Navarra).

También se incluyen los casos seleccionados para su presentación en formato póster y cuyos autores son:

- Lander Badiola Urquiaga (Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Navarra),
- Laura García Tobar (Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra),
- Javier Ibero Valencia (Cardiología. Clínica Universidad de Navarra).
- Cristina Mariscal Aguilar (Neurofisiologia Clínica. Complejo Hospitalario de Navarra),
- João Luis (Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario de Navarra).
- Nuria Rodríguez Garijo (Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Clínica Universidad de Navarra),
- Anna Vilalta Lacarra (Oncología Médica. Clínica Universidad de Navarra),
- Irati Zabaleta Loinaz (Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Navarra).

Ganadoras y jurado del V Certamen.



Alta participación y nivel científico

El Certamen de Casos Clínicos del Colegio de Médicos de Navarra se ha convertido en una de las actividades con mayor aceptación entre los médicos más jóvenes. En el prólogo, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Dr. Rafael Teijeira, destaca que "en su quinta edición, ha logrado una cifra record de 62 casos clínicos presentados y un alto nivel científico, que evidencia la calidad formativa de nuestros residentes. Para el Colegio es una satisfacción potenciar la figura del médico residente y contribuir a su desarrollo profesional. En esta línea seguiremos trabajando".

Agradece a los participantes en este V Certamen su implicación y contribución a la extensión del conocimiento médico "del que ya sois pieza clave". A los MIR que todavía no han participado, les anima a hacerlo en años sucesivos y "a seguir consolidando esta actividad que nos llena de orgullo".

Finalmente, el Dr. Teijeira subraya que "no sería posible este Certamen sin la ayuda y la generosidad de los miembros del Jurado, que dedican una parte importante de su tiempo a revisar y valorar cada caso presentado, con la única gratificación de compartir su experiencia y su saber con las nuevas generaciones de médicos. Gracias por reforzar los vínculos de la Profesión, engrandecer su vocación altruista y ser referencia para los que todavía están formándose".



El Jurado ha estado 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 Medicina Libre y Colectiva del Colegio).

Portada del libro.

El libro puede descargarse en la página web del Colegio https://colegiodemedicos.es/wp-content/uploads/2018/08/LIBRO-V-Certamen-Casos-CI%C3%ADnicos-ISBN.pdf



Un equipo de campeones

Izarbe Jiménez y **Uxua Idiazabal**,

primer y segundo premio de la categoría femenina en el X Campeonato de España de Ciclismo para Médicos.

Diego Latasa, segundo en la clasificación general.

La representación navarra en el X Campeonato de España de Ciclismo para Médicos, celebrado el pasado 27 de octubre en Málaga, ha logrado tres premios destacables. En la categoría femenina, Izarbe Jiménez y Uxua Idiazabal se alzaron con el primer y segundo puesto. Diego Latasa quedó segundo en la clasificación general que ganó el médico granadino Justo Fernández.

El equipo del Colegio de Médicos de Navarra contó además entre sus filas con el hematólogo Blai Signes.

El X Campeonato de España de Ciclismo para Médicos tuvo lugar el sábado 27 de octubre en Málaga. Organizado por la Fundación del Colegio de Médicos de Málaga, la prueba reunió a un total de 153 participantes agrupados en equipos procedentes de distintos colegios de médicos de España. En la clasificación por equipos resultó ganador el Colegio de Médicos de Granada, seguido de los equipos de los colegios profesionales de Valencia y Gipuzkoa.

El recorrido de la X edición del Campeonato tuvo un total de 68 kilómetros con salida en la sede del Colegio de Médicos y meta en el municipio de Rincón de la Victoria, en la Costa del Sol oriental. El hematólogo Blai Signes completó el equipo navarro. Los cuatro ciclistas del Colegio navarro posan junto al vocal de ▼ Jubilados, el Dr. Juanjo Unzué.



La doctora Izarbe Jiménez, a campeona en la categoría femenina.



Izarbe Jiménez y Uxua Idiazabal en el ▼ pódium.



Dr. Pedro Navarro, se mostró enormemente satisfecho y en la entrega de premios subrayó que el ciclismo es "una combinación de fuerza física, tolerancia, capacidad de sacrificio, trabajo en equipo, liderazgo, destreza e inteligencia táctica que solo es posible con gran esfuerzo y capacidad de superación personal. Es una verdadera escuela de valores". Asimismo añadió que el Campeonato es una oportunidad para que los profesionales de la Medicina prediquen con el ejemplo: "No sólo debemos prescribir ejercicio físico a nuestros pacientes sino que además debemos practicarlo".

Desde la Vocalía de Medicina Rural



Dra. Juana Celay Rodrigo.

Desde febrero de 2018, ejerzo el cargo de vocal de Atención Primaria (AP) rural en éste, nuestro Colegio de Médicos de Navarra. Es posible que mi nombre no resulte desconocido para muchas y muchos de vosotros, que desarrolláis, al igual que yo, vuestro trabajo en el ámbito de AP rural y, sobre todo, para quienes ya hemos alcanzado la cincuentena. Aún así y, contando con la generación más joven, considero necesaria esta presentación.

Aunque son ya muchos los años que llevo viviendo en un pueblo (se cumplen ahora 10 años desde que comencé a trabajar en zona rural), el inicio de mi andadura fue en el Servicio de Urgencia Rural (SUR) con destino en la Zona Básica de Salud de Auritz– Burguete y desde hace cuatro años, en AP en la misma zona (consultorio de Erro).

Este camino recorrido no garantiza un conocimiento profundo de los problemas que aquejan a la AP rural, pero sirve para tener una visión más amplia del panorama actual que estamos viviendo en la sanidad rural y del futuro que se aproxima.

Hasta estos últimos meses, mi relación con el Colegio se ha limitado a su oferta formativa, que casi siempre me ha sido de gran utilidad en mi trabajo. He utilizado sus servicios para actualizar mi carrera profesional. He recibido con agrado su revista Panacea en formato papel hasta ser digitalizada y poco más.

Muchas de las veces que atravesaba sus puertas, me

preguntaba ¿qué mas funciones y prestaciones tiene el Colegio para con sus colegiados/as? ¿qué más le puedo yo pedir al Colegio, además de la formación y los trámites de mi curriculum? Ahora lo voy descubriendo poco a poco.

El Colegio, además de velar por la calidad de nuestros actos médicos, tiene la potestad de representar a la Profesión ante cualquier instancia y soy testigo de que realmente se trabaja en ello contando, entre otros, con el asesoramiento de la Comisión Deontológica. El Colegio cuenta con servicios, muchos de ellos desconocidos, como el Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME) y de Actuación frente a agresiones a profesionales de la Medicina, que sirven de gran ayuda para quienes lo necesitan y son valorados muy positivamente por quienes los han tenido que utilizar.

Entre las funciones de las Vocalías está la de representar al Colegio en las reuniones y actividades a nivel nacional. Habitualmente son en Madrid, en la sede de la OMC. Es muy interesante conocer de primera mano la situación del resto de comunidades y aportar nuestra visión frente a los problemas que la AP rural está viviendo. En mi breve experiencia, considero que se lleva a cabo una importante labor en los diferentes grupos de trabajo. Espero poder informaros de ello periódicamente.

Esta Vocalía también está ligada al Foro Médico de Atención Primaria, desde donde se debate y trabajan problemas que afectan a la AP en Navarra. Está formado por los presidentes de las Asociaciones y Sociedades de AP, las Vocalías de AP urbana y AP rural del Colegio y un representante del Sindicato Médico de Navarra.

Como podéis ver, son varios los frentes en los que se nos brinda la oportunidad de trabajar para mejorar los problemas que afectan a la Atención Primaria y, en mi caso, especialmente en AP rural.

Os animo a visitar la página web del Colegio, donde encontrareis información sobre todo lo que os he comentado. Yo intentaré manteneros al día de las novedades que vayan surgiendo y que afectan especialmente a nuestro ámbito rural.

Os pediría que no dudéis en contactar conmigo ante cualquier tema en el que consideréis que desde el Colegio se pueda ayudar.

Este es mi correo electrónico: juana.celay.rodrigo@cfnavarra.es

Gracias por vuestra atención. Un saludo.





Del 1 al 10 de octubre se celebró, en el Colegio de Médicos, un curso sobre "Humanización de la Medicina: significado y perspectivas", coordinado por la Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Navarra, en concreto por la Dra. Juana M. Caballin y la Dra. Pilar León, presidenta y secretaria de la Comisión, respectivamente.

Participaron como docentes, además de las coordinadoras, el Dr. Lázaro Elizalde, jefe de servicio de Ciudadanía Sanitaria Aseguramiento y Garantías del Departamento de Salud, y el Dr. Juan Simó, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, que forma parte del equipo de Atención Primaria de Rochapea.

Lázaro Elizalde expuso la Estrategia de Humanización del Sistema sanitario Público de Navarra. Según explicó, el objetivo general es el de mejorar la satisfacción de pacientes con el trato humano que reciben, y como objetivos específicos, orientar el sistema hacia las personas, fomentar la cultura de la humanización, crear condiciones para desarrollarla y ofrecer apoyo a profesionales para facilitar su trabajo.

La estrategia se basa en cinco líneas estratégicas: cultura de la humanización, calidez de trato, información y comunicación, adecuación del entorno y directrices para la gestión. Para avanzar en la cultura de la humanización, el Departamento de Salud de Navarra está realizando cursos de formación en humanización (sobre comunicación, duelo, malas noticias, empatía) y elaborar recomendaciones de estilo (cartas de derechos, decálogos de humanización, protocolos de actuación, etc.).

En cuanto a las directrices de la gestión, se establece la humanización como valor en el sistema y se están poniendo en marcha acciones para apoyar a profesionales y equipos comprometidos: órganos de participación, formulación de propuestas, participación de ciudadanía.

ACCIONES PRIORIZADAS EN CADA UNA DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1. CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN

- Acogida y confidencialidad.
- Promoción actividades de ayuda mutua y voluntariado.
- Sensibilización y formación para la mejora de las competencias profesionales en humanización.
- Escuela de Salud.
- Organización de talleres (el último "Vivir con una enfermedad vascular").
- Colaboración con asociaciones de enfermos.

2. CALIDEZ DEL TRATO

- Favorecer el descanso nocturno de pacientes hospitalizados (6 horas de sueño).
- Facilitar el acompañamiento de pacientes en ingreso, adaptado a las tipologías de pacientes y con perspectiva de capacitar en autocuidado.
- Identificar a profesionales mediante tarjetas individuales.
- Formación en comunicación eficaz y habilidades para la comunicación (duelo, malas noticias, control del estrés...).
- Definir procedimientos específicos para personas con necesidades especiales (vulnerabilidad, interculturalidad, o enfermedad mental).
- Definir protocolos de actuación en situaciones de riesgo social.
- Elaborar protocolos para la detección y atención de casos de agresión sexual y sumisión química.
- Impulsar iniciativas relacionadas con la Humanización de la Atención al Nacimiento y Lactancia (IHAN).

- Promover los procesos de muerte digna para el conjunto de personas que transiten al momento final de su vida.
- Favorecer el entretenimiento y el ocio de personas hospitalizadas.
- Facilitar el acompañamiento, UCIs de puertas abiertas.
- Impulso formación en Lactancia Materna, impulsar Hospital IHAN (Hospital por la Humanización del Nacimiento y Lactancia).
- Favorecer el entretenimiento/ocio.
- Ejercicio para personas mayores.

3. INFORMACIÓN-COMUNICACIÓN

- Elaboración y difusión de Carta de compromisos con humanización de asistencia y Decálogo de humanización.
- Elaboración de material escrito.
- Acogida.
- La enfermedad (cuidados, recursos de apoyo, complicaciones, recaídas e impacto en la vida diaria).
- Alta.
- Idioma.
- Identificación y potenciar el Portal Salud como principal soporte de información dirigida a ciudadanía y pacientes.
- Definición de procesos que requieren consulta de enfermería o de apoyo emocional.
- Revisión de los consentimientos informados y del procedimiento para llevarlo a cabo en la práctica.
- Elaboración y difusión de Carta de Compromisos con Humanización de Asistencia/Decálogo de Humanización.
- Instalación de un sistema de comunicación eficaz para las personas sordas o con discapacidad auditiva.

4. ADECUACIÓN DEL ENTORNO

- Homologación de señalización horizontal, vertical y cartelería informativa. Elaboración por los servicios de la secuencia de cada circuito asistencial, diagnóstico o terapéutico.
- Elaboración de planes de mejora con participación de pacientes y personas cuidadoras.
- Divulgación sobre el funcionamiento de los servicios: normas, horario.
- Información en los Servicios de Urgencias sobre tiempos de espera.
- Desarrollo de una cocina de calidad en atención hospitalaria gestionada desde los servicios públicos.
- Habilitación de espacios para visitas y/o acompañamiento de mascotas.
- Mejorar el confort de las instalaciones, hacer espacios "más amables".

"LA HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA HAY QUE HACERLA DESDE ABAJO, CON UNA AP FUERTE Y PARA TODOS"

El Dr. Juan Simó, médico de Familia del Centro de Salud de Rochapea tituló su sesión "La Deshumanización, la Humanización y la Deshumanización invisible de la asistencia sanitaria".

Según explicó, en los últimos años, y sobre todo a partir de 2015, es cuando se ha producido el boom mediático del concepto de "Humanización de la asistencia". Boom mediático que ha ido acompañado por otro tema como es la "falta de médicos", sobre todo a partir de 2017, que también tiene una importante repercusión en los medios de comunicación. "Nunca hemos tenido tantos médicos empleados en el SNS ni tantos potenciales candidatos para trabajar en el mismo, sin embargo, todos los días en los medios estamos escuchando que hay escasez de médicos".

Al respecto el Dr. Simó se pregunta "¿qué ha pasado en el sistema para que la Humanización tenga ese boom mediático y se le esté dando prioridad absoluta?".

Por un lado, el Gasto Sanitario Público se ha ido reduciendo, especialmente de 2009 a 2013 (sobre todo en personal y en farmacia de receta), un hecho que afecta más a la Atención Primaria. Otro dato que expuso el Dr. Simó es el Barómetro Sanitario "que ofrece una cuestión que al menos sorprende, que es que los ciudadanos puntúan mejor a los profesionales de Primaria desde que comenzaron los recortes".

El Dr. Simó habló sobre la medicina actual de excesos, es lo que denomina Deshumanización Invisible (daño por hiperactividad). En su opinión, "el sistema no tiene un problema de "incapacidad" sino de equidad, de universalidad efectiva (de la Atención Primaria). Empezamos a tener un problema grave de medición de excesos, persisten actuaciones inadecuadas, ahora más por exceso que por defecto".

Esto sucede así, según Simó, porque el sistema padece un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: "cada vez se presta menos atención a las personas y se derrocha más acción que reflexión; cada vez se intensifica más la actividad diagnóstica y terapéutica".

Para concluir, afirmó que "la Humanización del sistema hay que hacerla desde abajo, con una Atención Primaria fuerte y para todos".

DEFINICIONES DE HUMANIZACIÓN Y DESHUMANIZACIÓN, según Juan Simó

Humanización Visible=propaganda.

Humanización Invisible=auténtica humanización.

Deshumanización Visible=subdesarrollo.

Deshumanización Invisible=daño por hiperactividad.



FORMACIÓN

Actualización en Nefrología a través de casos clínicos

Enfermedad renal crónica: Navarra registra una incidencia baja y una prevalencia media-alta

Por el Dr. Jesús Arteaga, jefe del Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Navarra y coordinador del curso de Actualización en enfermedad renal crónica.

El pasado día 8 de octubre celebramos, en el Colegio de Médicos, una sesión de Actualización en Nefrología, en la que tras una breve introducción, pasamos a analizar la incidencia, prevalencia y mortalidad de los diferentes tratamientos de la enfermedad renal crónica, tanto en Navarra como en el Registro español (SEN) y el europeo (EDTA).

La incidencia en Navarra es de las más bajas de España, similar a las comunidades vecinas. En cuanto a la prevalencia, tenemos una posición media-alta, debido al mayor número de trasplantes realizados en nuestra comunidad. En los registros, a día de hoy, no se considera la hemodiálisis domiciliaria, por lo que nuestra actividad en esta modalidad no queda reflejada adecuadamente. En cuanto a la mortalidad, es similar en las diferentes comunidades y países, teniendo una clara relación con la comorbilidad y la edad. La mortalidad global en hemodiálisis es alrededor del 15% anual, que aumenta por encima del 25% en octogenarios. Es discretamente menor en diálisis peritoneal y muy inferior en el trasplante renal.

Dra. María Fernanda Slon, Dr. Jesús Arteaga (jefe del Servicio de Nefrología del CHN) y Dra. Loreto Fernández (en la primera fila); Dra. Itziar Castaño y Dra. Nerea Gómez (en la segunda fila).



Exposición y discusión

La Dra. Itziar Castaño, al igual que el resto de ponentes, utilizó un caso clínico como referencia a su exposición sobre los métodos de medida de la función renal, inconvenientes y ventajas de algunos de ellos, y planteamiento de derivación al Servicio de Nefrología.

La Dra. Loreto Fernández realizó una exposición de varios de los síndromes clínicos por los que los pacientes pueden ser referidos a la atención del Servicio de Nefrología. Hizo mención de algunos de los síntomas, signos y datos de laboratorio, que nos pueden hacer sospechar o permitir clasificar a los pacientes para orientar el diagnóstico.

La Dra. Fernanda Slon hizo hincapié en las opciones de tratamiento que se le pueden ofrecer a un paciente cuando la evolución de su enfermedad renal llega a estadios muy avanzados. El trasplante renal, las técnicas de diálisis domiciliarias, la hemodiálisis hospitalaria y el tratamiento conservador son diferentes opciones para individualizar los tratamientos.

La Dra. Nerea Gómez realizó una amena exposición sobre la consulta ERCA (enfermedad renal crónica avanzada), el papel de la dieta y los factores de progresión de la enfermedad renal y cómo podemos tratar de influir positivamente en la evolución de la enfermedad renal crónica.

Por último, en el turno de conclusiones y preguntas, se estableció un animado debate, con numerosas preguntas en el que se trató de aclarar las dudas de los asistentes a la reunión.

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA

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.

colegiodemedicos.es

(previamente hay que solicitar las claves para su acceso) o enviar un correo a la siguiente dirección:

admon@medena.es

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 **julio, agosto, septiembre y octubre** de este año.

JULIO_

- Lunes, 2 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
- Martes, 3 Reunión con Consejería de Salud. Presidente, vocal de M. Rural, vocal de AP Urbana.
- Viernes, 13 Asamblea Vocalía AP Rural en OMC (Madrid). Vocal.
- Lunes, 16 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
- Sábado, 22 Asamblea de Vocalías de Ejercicio Libre en OMC (Madrid). Vocal.
 - Lunes, 23 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
- Lunes, 30 Reunión Junta Directiva. Junta Directiva.

AGOSTO.

- Lunes, 6 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
- Lunes, 13 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
- Lunes, 20 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
- Lunes, 27 Reunión Junta Directiva. Junta Directiva.

SEPTIEMBRE.

- Lunes, 3 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
- Miércoles, 5 Charla sobre Carrera Profesional. Presidencia.
 - Lunes, 10 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
 - Lunes, 10 Reunión con sociedades científicas. Comisión Permanente, vocal de M. Rural y vocal de AP Urbana.
 - Viernes, 14 Pleno OMC (Ciudad Real). Vicepresidente.
 - Sábado, 15 Asamblea OMC (Ciudad Real). Vicepresidente.
 - Lunes, 17 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
 - Lunes, 17 Reunión con la Consejería. Comisión Permanente.
 - Lunes, 24 Reunión Junta Directiva. Junta Directiva.
 - Jueves, 27 Reunión con sociedades científicas. Vicepresidente, vicesecretaria y vocal de M. Rural.
- Viernes, 28 Clausura del reto solidario. Tesorero y vicesecretaria.
- Sábado, 29 Reunión de Secretarios en Madrid. Secretario y vicesecretaria.

OCTUBRE.

- Lunes, 1 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
- Miércoles, 3 Entrega del Premio Sánchez Nicolay. Junta Directiva.
 - Lunes, 8 Reunión extraordinaria Junta Directiva. Junta Directiva.
 - Lunes, 15 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
 - Jueves, 18 Recepción a estudiantes. Junta Directiva.
 - Jueves, 18 Entrega de premios I Certamen estudiantes. Presidente.
 - Lunes, 22 Comité de Dirección. Comisión Permanente.
 - Martes, 23 Comité Panacea. Tesorero.
 - Jueves, 25 Reunión Oficina de Cooperación. Vicepresidente.
- Viernes, 26 Pleno OMC (Madrid). Presidente.
- Sábado, 27 X Campeonato de España de Ciclismo. Vocal de Jubilados.
- Sábado, 27 Asamblea OMC (Madrid). Presidente.
 - Lunes, 29 Reunión Junta Directiva. Junta Directiva.





José María Vázquez, nuevo presidente de SEMERGEN Navarra

"Queremos ser la organización de AP referente para los médicos en formación"

Como resultado de la candidatura única presentada para escoger nueva Junta Directiva de SEMERGEN Navarra, el Dr. José María Vázquez ocupará la presidencia. Sustituye en el cargo al Dr. Luis Mendo, que ahora pasa a desempeñar las funciones de secretario en la citada Sociedad.

El Dr. Vázquez explica que la nueva Junta Directiva "conserva el núcleo organizativo pero incorpora caras nuevas con una mayor implantación territorial, con nuevas ideas y con muchas ganas".

Entre los objetivos que se plantea SEMERGEN Navarra destacan su implantación uniforme en toda la geografía Navarra; ser la organización de AP referente para los médicos en formación, "ya que somos el presente de SEMERGEN, pero ellos son el futuro"; e incorporar las nuevas tecnologías en la formación continuada. También se proponen dar mayor visibilidad a la Sociedad ya que, en opinión de su nuevo presidente, "Ilevamos muchos años realizando mucha actividad con mucho esfuerzo, pero sin tener la visibilidad que deberíamos".

¿Tiene alguna iniciativa en concreto que quiera llevar a cabo?

Tenemos ya el compromiso de celebrar las VI Jornadas Nacionales de Ecografía en Pamplona, los días 13, 14 y 15 de junio, en las que esperamos participen al menos 200 compañeros.

¿Qué retos afronta la Medicina de Familia en Navarra?

El año 2015, el 51% de los colegiados en Navarra tenían más de 50 años. Vienen años difíciles, con falta de profesionales, y con mucha competitividad en condiciones y salarios entre Comunidades Autónomas y a nivel internacional. El idioma ya no es una barrera para los jóvenes profesionales, que ya han tenido una experiencia Erasmus.

Está en el genoma de SEMERGEN estar más cerca de los profesionales de AP en general y de los más desfavorecidos en condiciones, como son los médicos rurales. Vamos a trabajar para darle el valor necesario, para hacer estas plazas igual de atractivas que las de ámbito urbano.

¿Qué se plantean hacer para mejorar las limitaciones y dificultades que existen en su Comunidad?

Crecer en implantación, así como en el número y calidad de lo que hacemos. Queremos ser una herramienta al servicio de los profesionales de AP.

Junta Directiva SEMERGEN Navarra

Presidente: José María Vázquez Zaballos. Vicepresidente: Jesús Javier Ayensa Calvo. Secretario: Luis José Mendo Giner.

Tesorera: Daime Pérez Feito.

Vocal: Javier Óscar Dosantos Hernández.

Vocal: Álvaro Landeo Fonseca.

Vocal: María Milagros Zardoya Zardoya.

Vocal: Olena Guta.

Vocal: José Antonio Castiñeiras Moracho.

Vocal MIR: Inés Sanz Pérez.

Vocal Estella: Sira Pilar Carrillo Llorente. Vocal Pamplona: Beatriz Sainz de Baranda López-

Artamendi.

Vocal Pamplona: Elena Minciuna.

Vocal Pamplona: Alcibiades Segundo Díaz Vera.
Vocal Pamplona: Carmen Carlota Martínez Esquiroz.
Vocal Pamplona: Elena Pascual Roquet-Jalmak.
Vocal Pamplona: Uxue García Azcárate.

Taller 7 suturas de SEMERGEN-Navarra en Tudela

Profesionales de la Medicina y Enfermería de Atención Primaria participaron en el taller 7 suturas, organizado por SEMERGEN Navarra, el pasado 14 de junio, en el Hospital Reina Sofía de Tudela.

El objetivo del taller fue mejorar la competencia en suturas y su posterior uso en la realización de cirugía menor en Atención Primaria. Los ponentes fueron los doctores Rocío Sierra y Jesús Ayensa Calvo. En el taller se visionan videos con la realización de cada sutura y posteriormente los asistentes, con supervisión de los ponentes, practicaron cada una de ellas: el punto simple, el punto colchonero, colchonero inverso, la realización de punch y sutura en X, sutura continua lineal, sutura de herida en L y sutura con puntos internos y cierre de la misma. La práctica se realizó en panceta con piel.

Se completaron todas las plazas disponibles para el taller.

III Encuentro SEMG Navarra

SEMG Navarra homenajea a la Dra. Uhalte durante la celebración de su tercer encuentro autonómico

Los días 2 y 3 de octubre se celebró en el Colegio de Médicos de Navarra el III Encuentro SEMG Navarra para socios y simpatizantes de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia en la Comunidad Foral.

Durante el evento se realizó un homenaje a la Dra. Mariví Uhalte Sevilla por su labor asistencial a lo largo de toda su carrera y por la valiosa colaboración prestada, primero en la Junta Gestora, y luego como Tesorera de la SEMG Navarra. La Dra. Uhalte recibió por parte del vicepresidente de la SEMG, Francisco Sáez Martínez, una insignia de la SEMG, con una flor y un diploma donde se agradecía los servicios prestados. La homenajeada animó a la gente joven a colaborar en la SEMG y a que "nunca pierda la ilusión para seguir trabajando".

Talleres sobre electrocardiograma y vacunación en el adulto

El encuentro se compuso de varios talleres donde participaron una treintena de médicos en cada uno de ellos. Empezó con un taller de auscultación cardiaca impartido por el Dr. Manuel Mozota donde se utilizó un simulador que reproducía con bastante fiabilidad los sonidos de las diferentes patologías cardiacas. Posteriormente, se programó una charla de la Dra. Ana Mur sobre electrocardiograma donde se incluían casos clínicos de las diferentes patologías cardiacas, en los que los asistentes debían dar su opinión e interaccionar con la ponente hasta llegar al diagnóstico.

La responsable del Grupo de Trabajo de Vacunas de la SEMG, la Dra. Isabel Jimeno, habló de las vacunas en el adulto e intentó concienciar a los asistentes de que la vacunación no es sólo cosa de niños. "Debemos de cuidar de nuestros mayores, siendo una de las medidas más eficientes en la prevención de la enfermedad tener una vacunación adulta eficaz", señaló.



Homenaje a la Dra. Mariví Uhalte. Le acompañan los doctores Manuel Mozota, presidente de SEMG Navarra y Francisco Sáez Martínez, vicepresidente de SEMG.

Mitos en torno a la tos

El Dr. Francisco Sáez se centró en la tos, un síntoma muy prevalente en las consultas de Atención Primaria, muchas veces mal diagnosticado y tratado, repasando todos los tratamientos, así como desmontando los mitos que hay sobre esta patología. Por su parte, el Dr. Francisco Javier Campano hizo un repaso exhaustivo sobre la EPOC, actualizando la información que aportan las guías de actuación, así como los diferentes estudios que apoyan los nuevos tratamientos de esta enfermedad que, año tras año, aumenta el porcentaje de la causa de mortalidad total en los países desarrollados. El primer día se completó con un taller de auscultación pulmonar.

En la segunda jornada del III Encuentro SEMG Navarra, el Dr. Sebastián Cruz habló de la sensibilización central, de las nuevas teorías en la generación y transmisión del dolor, dando especial importancia al tratamiento integral del dolor desde un punto de vista de la persona en su globalidad. Posteriormente, el Dr. Iñigo Orradre impartió un taller práctico sobre las diferentes técnicas de infiltración, donde los participantes pudieron pinchar en los simuladores.

Tras el encuentro de SEMG Navarra, se celebró la Asamblea de la sociedad autonómica con un acto exclusivo de los socios de la SEMG Navarra.



Asociación Navarra de Pediatría (ANPE)

Pediatras y
educadores unidos
para abordar las
altas capacidades
en alumnado

El 93% está sin identificar.

Idoia Olza

"Niñas y niños con altas capacidades: ¿una realidad poco visible?, fue el lema de las Jornadas organizadas por la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE), que se celebraron los días 8 y 9 de octubre en el Colegio de Médicos de Navarra. Las jornadas estaban dirigidas a pediatras, educadores y profesionales relacionados con familias con niños de altas capacidades.

Intervinieron como ponentes, Marta Tourón, psicopedagoga especialista en Altas Capacidades, asesoramiento educativo y desarrollo del talento, directora académica de CTY España; Olga Torrecilla, psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil "Natividad Zubieta"; Raúl Etxandi, orientador escolar del Departamento de Educación; e Isabel Aracama, orientadora del Colegio Público San Francisco.

Los profesionales sanitarios afirmaron que "las altas capacidades no son una enfermedad, pero sí una necesidad que se debe abordar de forma multidisciplinar. Estos niños y niñas están un poco olvidados". Según explicaron, se trata de niños y niñas difíciles de identificar. "En Navarra, señaló Marta Touron, no hay ningún protocolo de detección, global y universal. Sin embargo, en otras comunidades autónomas sí existen, por ejemplo en Canarias, Murcia y Andalucía, protocolos y guías de funcionamiento, y llevan muchos años trabajando con estos niños". Los profesionales demandan la necesidad de establecer un consenso a nivel estatal.

Sobre la prevalencia en Navarra, Marta Touron expuso los datos de 2016/2017 "donde se han identificado a 399 alumnos de los casi 5.600 (5%) que debería haber, solo un 7% detectado, es decir, que el 93% de los alumnos con Altas Capacidades está sin identificar".

"Es importante que profesores y pediatras conozcan las características internas de estos niños"

La psiquiatra Olga Torrecilla participó en las Jornadas con una ponencia sobre "La doble excepcionalidad en niños/as con Altas Capacidades. Consecuencias, patología dual o errores diagnósticos".



¿Cuáles son los principales errores diagnósticos?

Lo más habitual es que a las consultas lleguen por sospecha de dificultades de aprendizaje dentro de los Trastornos denominados del Neurodesarrollo (que engloban el TDAH, Trastornos del aprendizaje específico, TEA...), o por problemas de conducta desafiante, o del estado de ánimo y ansiedad. Niños con Altas Capacidades (AC) que tienen mal rendimiento y actitud, sin aparentemente ninguna causa, generalmente no identificados ni tratados como tal. Puede ocurrir que sus intereses no se encuentren dentro del ámbito escolar por lo que tienen una actitud de aburrimiento, baja autoestima, se muestran emocionalmente inestables, sienten poca motivación hacia las tareas escolares, tienen un comportamiento hostil, atención dispersa, aspectos por los que llaman más la atención de su entorno, que por sus Altas Capacidades.

Por eso, desde la responsabilidad de la prevención, para evitar diagnosticar erróneamente patologías, desde el ámbito sanitario (pediatras, psicólogos, psiquiatras, u otros profesionales de la Salud) y desde Educación, es importante ser conocedores, por un lado, de las características internas de estos niños (sensibilidad extrema, sobreexcitabilidad psicomotriz, intensidad, factores de personalidad), y por otro lado, de cómo los factores psicosociales (familiares, ambientales, culturales...) pueden influir en su aprendizaje y en el desarrollo de su personalidad.



Los responsables de las Jornadas, el pediatra emérito y vocal de la Junta directiva de ANPE, Raimon Pèlach, y la pediatra del Centro de Salud de Rochapea, Beatriz Rodríguez.

¿Qué es doble excepcionalidad?

Se incluyen en ese grupo a todos aquellos niños y niñas con Altas Capacidades (AC) que, tras una valoración y una identificación adecuadas, asocian algún trastorno del aprendizaje (TDAH, Trastorno del Aprendizaje específicos, como dislexia..), o de la conducta, tanto de tipo internalizantes (ansiedad, baja autoestima, depresión), como externalizantes (Trastorno oposicionista desafiante, disocial..). Es decir, en lugar de "patología dual o comorbilidad", ya que la AC no es un diagnóstico, ni patología en sí.

Por esta razón, se habla de doble excepcionalidad, ya que suelen requerir abordajes diferentes por las nuevas dimensiones que añade la concurrencia de la AC. Estos casos suponen un reto diagnóstico, ya que no es suficiente establecer el diagnóstico correcto del mismo, sino que, además, hay que identificar su Alta Capacidad.

El tratamiento de miomas uterinos del Hospital García Orcoyen, en el 30 Congreso Nacional de Ecografía

Un estudio piloto sobre el tratamiento de miomas uterinos del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital García Orcoyen de Estella ha sido objeto de estudio y valoración en una ponencia presentada por el ginecólogo Manuel García Manero, en el 30 Congreso Nacional de la Sección de Ecografía Obstétrico-Ginecológica de la SEGO.

El ginecólogo del Hospital García Orcoyen y responsable del estudio piloto, Dr. Manuel García Manero, explica que el trabajo presentado el pasado 4 de octubre en Toledo tenía como objetivo "la demostración in vivo de la eficacia del tratamiento con acetato de ulipristal en los niveles de angiogénesis de los miomas, medido por ecografía doppler 2D y estudio de los niveles de VeGF antes y después del tratamiento con Esmya. Nuestro estudio demuestra por primera vez –asegura García Manero- que el acetato de ulipristal disminuye de manera significativa la angiogénesis en los miomas uterinos".

Los miomas uterinos son una de las patologías ginecológicas más comunes, encontrándose hasta en el 70% de las mujeres de raza caucásica y en el 80% de las mujeres de raza negra. "En los últimos años –explica el Dr. García Manero- la angiogénesis y la vascularización se han convertido en pieza fundamental de estudio del crecimiento de los tumores. En el caso de los miomas uterinos se ha descubierto que existen diferencias en la vascularización cuando se compara con el tejido uterino adyacente".

En la actualidad, el paradigma del tratamiento del mioma ha cambiado indicándose de manera individual qué tipo de tratamiento es el óptimo en función de la sintomatología y circunstancias personales de cada paciente. "Uno de los protagonistas en este cambio ha sido el acetato de ulipristal, el cual ha demostrado una eficacia elevada en la reducción de los miomas uterinos, bloqueando los receptores de progesterona".

El Dr. García Manero subraya que "los resultados obtenidos en este estudio preliminar demuestran que el acetato de ulipristal produce una disminución del tamaño de los miomas, además de una disminución de la angiogénesis medida por ecografía doppler 2D y niveles séricos de VEGF. El acetato de ulipristal tiene un doble efecto en los miomas a través del bloqueo de los receptores de progesterona y regulación a la baja del factor de crecimiento vascular endotelial, responsable directo del fenómeno angiogénico".

Los resultados preliminares abren nuevas líneas de investigación y algunas cuestiones relevantes: Esmya como fármaco antiangiogénico y su indicación en otras patologías que relacionen esteroides gonadales y angiogénesis como la endometriosis; y los niveles de VeGF como monitorización de respuesta.



Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo

Los sanitarios piden a Osasuna que El Sadar sea un Estadio Sin Humo

Denuncian "publicidad trampa" oculta en paquetes de tabaco

Durante la Jornada Aire Berri, que se celebró en el Colegio de Médicos de Pamplona el 26 de octubre, la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo hizo pública su petición a la Junta Directiva, a la Asamblea de Compromisarios y a la masa social del Club Atlético Osasuna para que El Sadar sea un Estadio Sin Humo sin más dilación y sin esperar a la modificación de la ley por parte del Parlamento de Navarra. El ejemplo más cercano lo tenemos en el País Vasco, ya que la Ley Vasca de Adicciones de 2016 impide fumar en todos los recintos deportivos y por supuesto en los estadios del Athletic, Alavés, Real Sociedad y Eibar.

La cardióloga Juana Umaran, presidenta de esta Sociedad, comentó que "desde ya y sin esperar a una ley estatal

o autonómica como la vasca, otros clubes como el Barcelona en su estadio del Nou Camp, el Valencia en Mestalla, o el Espanyol y en la ciudad deportiva de Sant Adriá, ya han adoptado medidas en este sentido, siendo los propios socios de estos clubes quienes han tomado la decisión de que no se pueda fumar en sus instalaciones".

La médico de familia Victoria Güeto, vicepresidenta de la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo, comentó la anécdota histórica de que fue precisamente Osasuna quien participó en el primer partido sin humo de la liga española celebrado el 2 de enero de 2012 en el Nou Camp frente al F.C. Barcelona. "Han pasado 6 años desde entonces y es el momento de que Osasuna ponga en práctica esta medida de Salud Pública de general aceptación que sirve, además, para sensibilizar a los menores de edad en la apuesta por estilos de vida saludables como es el deporte".



El Sadar. Estadio de Osasuna.

Esta sencilla medida tiene un gran impacto colectivo por su apoyo y cumplimiento ciudadano por parte de los aficionados. En una encuesta reciente, realizada por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, el 64,1% de la población dijo estar de acuerdo con la prohibición de fumar en lugares públicos al aire libre.

Publicidad con trampa

Además de estos importantes temas de salud pública, durante esta jornada de trabajo se abordaron otros asuntos como los protocolos clínicos de la utilización del cigarrillo electrónico E-CIG por el National Health Service británico, con la participación de la experta hispano-británica la María. J. Duaso y el Dr. Rodrigo Córdoba.

La cobertura sanitaria de los tratamientos para dejar de fumar en la comunidad de Navarra y en el País Vasco también fueron objeto de debate, así como la denuncia presentada por esta Sociedad contra varias empresas tabaqueras por "publicidad trampa"

oculta en los paquetes de tabaco, que se está tramitando ante los ministerios de Sanidad e Industria y Energía. El Dr. Joseba Zabala pide a estos ministerios que se cumpla la Ley española de Tabaco que prohíbe taxativamente todo tipo de publicidad y promoción de productos de tabaco, y que en aplicación del artículo 17 de esta Ley, el importe económico de las sanciones a estas empresas se destine a la prevención y al tratamiento de este mortífero producto que mata a 1 de cada 2 de sus usuarios.



Joseba Zabala, médico de salud pública y portavoz de la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo, Victoria Güeto, vicepresidenta de la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo y Juana Umaran, presidenta de la Sociedad, atienden a los medios.

Entrega del Premio Aire Berri al doctor Rodrigo ▼ Córdoba.



Premio Aire Berri al Dr. Rodrigo Córdoba

Para finalizar la jornada se entregó el Premio Aire Berri a Rodrigo Córdoba, médico de familia en Zaragoza, profesor asociado de la Facultad de Medicina de Zaragoza, expresidente del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT), delegado en Aragón del CNPT, y coordinador del Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud de la semFYC.

El premio distingue su trayectoria y compromiso en favor del control del tabaquismo desde los cargos que ha desempeñado, su importante papel en la aprobación de la ley 42/2010 y su labor como docente, divulgador e investigador en este área.

UNIVERSIDAD

PREMIOS DEL I CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS ÉTICO-DEONTOLÓGICOS PARA ESTUDIANTES DE SEXTO DE MEDICINA

ROCÍO MARTÍN LOZANO, PRIMER PREMIO. ELISA MARTÍNEZ CAMPOS, NATALIA CÁNOVAS Y MARINA AGUSTÍN, ACCÉSITS.

■Trini Díaz

La estudiante de sexto de Medicina de la Universidad de Navarra, Rocío Martín Lozano, ha obtenido el primer premio del I Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos, organizado por el Colegio de Médicos y dotado con 600 euros, por su trabajo titulado "Cuando no se puede hacer nada", en el que aborda la adecuación del esfuerzo terapéutico y las últimas voluntades en un paciente con un paro cardíaco no reanimable.

Se han entregado, además, dos accésits: a Elisa Martínez Campos por su caso titulado "Rechazo al tratamiento en un paciente pediátrico. El principio de autonomía en los menores de edad" y a Natalia Cánovas García y Marina Agustín Alcaín, autoras del caso "Antes de sacar el mazo", en el que exponen alternativas previas a la vía judicial en la atención a menores.

El presidente del Colegio de Médicos, Dr. Rafael Teijeria, y el decano de la Facultad, Dr. Secundino Fernández, entregaron los premios, el pasado 18 de octubre, en el marco de la recepción a los estudiantes de Segundo Ciclo de Medicina de la Universidad de Navarra que este año, como novedad, ha incluido la presentación de nueve casos sobre temas éticos y deontológicos realizados por estudiantes de sexto de Medicina.



Mesa inaugural: Susana Miranda (visesecretaria del Colegio); Juana Mª Caballín (presidenta del Comité de Deontología); Rafael Teijeira (presidente del Colegio); Secundino Fernández (decano de la Facultad de Medicina); y Pilar León (secretaria del Comité de Deontología).

PRESENTACIÓN ORAL DE LOS CASOS

Tras las palabras de bienvenida a los estudiantes del presidente del Colegio de Médicos y el decano de la Facultad de Medicina, los nueve casos presentados al certamen fueron expuestos por sus autores para su posterior valoración por el Jurado, compuesto por los miembros del Comité de Deontología del Colegio.

En su exposición, Rocío Martín (primer premio) destacó que "al igual que debemos conocer qué tratamientos indicamos a nuestros pacientes y por qué, es fundamental saber cuándo no se debe tratar, para evitar la obstinación terapéutica. Indudablemente, la decisión de no reanimar a un paciente puede ser muy controvertida y debe tomarse respetando al máximo la voluntad y autonomía del paciente".

Elisa Martínez (accésit), que presentó su caso en verso, subrayó que "el mensaje que se busca/con la exposición del caso/es de tino, de cautela,/ de medir muy bien los pasos,/de pensar en solucionesun poquito antes del mazo:/el Estado las ofrece/y debemos recordarlo".

Natalia Cánovas y Marina Agustín (accésit) recalcaron que el caso les había enseñado que "unos padres equivocados sobre el tratamiento que debe recibir su hijo no quiere decir que no lo quieran con toda su alma. Simplemente tienen una concepción errónea de qué es lo mejor en esos momentos para él. Los médicos no llevamos un mazo y una toga que nos permita condenar a las personas. No estamos en esta profesión para juzgar, si no para ayudar. Ayudar siempre y en todo lo que podamos, de forma incondicional".



Premios: Elisa
Martínez (accésit),
Dr. Secundino
Fernández, Rocio
Martín Lozano
(primer premio),
Natalia Cánovas
y Marina Agustín
(accésit) y Dr.
Rafael Teijeira.

El resto de los casos presentados al concurso fueron, por orden de intervención: "Dilemas del estudiante de Medicina: El arte de actuar sin lesionar la relación médico-paciente", de Juan Añón Hidalgo; "Buscando el equilibrio: posibilidades de aprendizaje de un residente. Derecho a una asistencia sanitaria de calidad", de Marina Agustín Alcaín; "Medicina basada en la... ¿defensa?", de Carmen Camacho Sánchez-Mora; "El inconformismo del conocimiento", de Pablo Cruchaga Casado; "Orientación ético-deontológica ante un caso de error médico. Derecho a la información y crítica entre colegas de profesión", de Pablo Iriarte Uribe-Echeverría; "El secreto profesional y notificación a la pareja de un paciente con VIH: derechos y responsabilidades del paciente y actuación del médico. A propósito de un caso", de Enar Recalde Vizcay.

DECÁLOGO DE DELIBERACIÓN ÉTICA-DEONTOLÓGICA

El Comité de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra ha sido el encargado de valorar y seleccionar los casos premiados. Su presidenta, la Dra. Juana María Caballín, presentó el siguiente decálogo de deliberación ética-deontológica.

- 1. Los "casos" siempre se refieren a personas y siempre tienen que ver con ellas.
- 2. El problema no radica en el "caso". El problema radica en cada paciente que, en un momento determinado, nos causa a los médicos una preocupación concreta.
- 3. En el profesional también la dimensión humana es inseparable de la dimensión técnica. Su separación suele ser fuente de conflictos en el ámbito de la relación médico-paciente, entre médicos y con otros profesionales sanitarios.
- 4. El principio de No Maleficencia es inexcusable en la práctica médica.
- 5. Las dudas de actuación que pueden plantearse en la práctica médica, deben partir del análisis de hechos objetivos. cuidadosamente recogidos y actualizados en la historia clínica. El conocimiento y la competencia profesional es indispensable para la valoración científica de esos hechos.
- **6.** Los problemas relacionados con la calidad de vida del paciente siempre deben tener en cuenta la perspectiva del paciente y la perspectiva del profesional.
- **7.** Percepción en Medicina no es certeza. La duda debe ser siempre verbalizada y compartida.
- **8.** La escucha atenta del parecer de los demás lleva a una argumentación razonada y razonable que puede ser clave para afrontar desde la responsabilidad el abordaje de un problema.
- g. El conocimiento actualizado y la responsabilidad profesional del médico como deberes, la calidad asistencial, jerarquía de valores y preferencias del paciente como derechos, y la legalidad vigente como normativa social de convivencia, siempre deben ser tenidos en cuenta en la toma de decisiones.
- 10. Deliberar es dialogar con respeto; no es discutir ni juzgar.





Sin duda, el 28 de enero de 2018 se inició una de las mayores aventuras de mi vida. Durante los cinco años de formación en Oncología Médica en el Complejo Hospitalario de Navarra he podido adquirir conocimientos clínicos suficientes para el manejo de los diferentes tipos de tumores de la mano de oncólogos expertos. Gracias al número de pacientes tratados y la facilidad para acceder semanalmente a comités multidisciplinares, así como a congresos nacionales e internacionales, considero que mi formación clínica ha sido adecuada y que ha cumplido con los objetivos establecidos por el Ministerio de Sanidad.

Sin embargo, dada la elevada carga de trabajo y la organización de mi centro consideramos, junto a mi tutor y jefa de servicio, que la formación en investigación –tan importante en esta especialidad— no estaba siendo tan completa como debiera. Por eso, decidimos solicitar una estancia en un centro externo para completar mi formación.

¿Por qué el National Institutes of Health de Bethesda?

En nuestra opinión, el National Institutes of Health (NIH) de Bathesda, en Estados Unidos, era el centro que mejor se adaptaba a mis necesidades por ser un referente en investigación clínica y cuidado médico, con más de 200 camas y de 100.000 pacientes ambulatorios visitados en un año. Además, se trata de un centro con amplia experiencia en acogida y formación de investigadores de todo el mundo, y cuenta con múltiples grupos de investigación centrados en cáncer.

Contactamos con la Dra. Andrea Apolo, una oncóloga de referencia mundial en el tratamiento de tumores genitourinarios, especialmente en la investigación de la inmunoterapia en el tratamiento del cáncer urotelial, un tumor prevalente en nuestro medio y con una esperanza de vida limitada por las escasas opciones terapéuticas disponibles a día de hoy. Le explicamos nuestros objetivos y rápidamente se mostró interesada en facilitar mi estancia allí. Me propuso la opción de trabajar en el laboratorio con el grupo de Jane Trepel, experta en farmacodinámica traslacional.



TESTIMONIO BECA MIR

"Una de las cosas que más me ha sorprendido y gustado, es el trato que recibe el paciente, que es el responsable de su salud y el dueño de la información"

Sede de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) en Bethesda (EEUU)

> En el Hall del National Institutes of Health (NIH) de Bathesda.

La propuesta se adaptaba perfectamente a mis necesidades, dado que iba a poder conocer de primera mano la investigación traslacional real, al formar parte de un grupo encargado de obtener, procesar y analizar las muestras de los pacientes participantes en los ensayos clínicos y que trabaja en estrecha colaboración con los clínicos. Así podría familiarizarme con las diferentes técnicas que utilizan para ello y, además, semanalmente me reuniría con la Dra. Apolo para visitar pacientes participantes en ensayos fase I, no disponibles en mi centro. Tuve, además, la posibilidad de asistir a sesiones multidisciplinares del grupo de cáncer vesical y en lecturas didácticas de oncología médica.

En definitiva, consideramos que mi rotación de tres meses en un centro de referencia en investigación en Cáncer como el NIH, era una oportunidad magnífica para reforzar mi formación, así como para aportar un punto de vista novedoso y útil a mi Servicio sobre un aspecto tan relevante hoy en día como es la investigación en inmunoterapia.



TESTIMONIO BECA MIR



Vista aérea de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) en Bethesda (EEUU).

"Esta experiencia también me ha servido para valorar los aspectos positivos que tiene nuestra sanidad"

Investigar en inmunoreparia

Después de muchos meses de gestiones y trámites, por fin comenzó mi aventura. Los nervios se intensificaron al comprender lo afortunada que era al poder estar allí. Quería aprovechar cada momento y, desde el primer día, me ayudaron a que así fuera. Un día a la semana visitaba pacientes con el grupo multidisciplinar de la Dra. Apolo, que ofrecía a los pacientes la opción de tratamiento dentro de varios ensayos fase I, Il y III basados, la mayoría de ellos, en inmunoterapia y la combinación de ésta con otras terapias dirigidas. El funcionamiento de la consulta era muy diferente al que tenemos en nuestro centro ya que la carga es menor (se atendían unos 13-15 pacientes al día) y eso permitía poder comentar todos los casos de manera conjunta varias veces, a lo largo de la jornada clínica.

Sin embargo, la mayor parte del tiempo lo he dedicado a trabajar con el grupo de investigación de Jane Trepel, que colabora con otros 16 grupos del NIH y que actualmente tiene unos 60 ensayos clínicos abiertos, tanto con tumores sólidos como hematológicos. En esos ensayos los pacientes reciben distintos tratamientos: quimioterapia, inmunoterapia, pequeñas moléculas como inhibidores de tirosin kinasa, vacunas o terapias combinadas incluso con radioterapia.

Mi trabajo consistía en recibir y procesar las muestras de los pacientes de dichos ensayos y seguir el protocolo correspondiente. La mayoría de las muestras eran sanguíneas, aunque también recibíamos biopsias (de próstata y hepáticas) y muestras de médula ósea. En función del ensayo el objetivo era diferente, pero fundamentalmente el trabajo consistía en separar y almacenar los distintos elementos sanguíneos (el plasma y las células mononucleares) para su posterior análisis.

Por otro lado, realizábamos una de las técnicas más costosas y específicas de este grupo de trabajo: la determinación de células tumorales circulantes (CTC). Para esto, utilizábamos un análisis de alta sensibilidad que combina enriquecimiento magnético y citometría de flujo. La base de esta técnica consiste en emplear distintos anticuerpos, marcados con partículas magnéticas, que ayuden a diferenciar las células tumorales del resto de elementos sanguíneos.

Y por último, al final de mi rotación, pude trabajar con cultivos celulares de células de carcinoma de páncreas, lo que me permitió poner en práctica las técnicas que aprendí previamente durante mi rotación voluntaria en NavarraBiomed.

Además de todo este trabajo, semanalmente acudía a diversas sesiones y ponencias, la mayoría de ellas en relación con la inmunoterapia y los tumores genitourinarios.

TESTIMONIO BECA MIR

Aprendizajes de la experiencia

En general, considero que mi rotación en el NIH ha sido muy satisfactoria. He cumplido con creces los objetivos que me planteé, he tenido la oportunidad de conocer gente muy interesante y descubrir una ciudad sorprendente.

Desde el punto de vista clínico, he podido descubrir las diferencias tan marcadas que existen entre nuestras sanidades. Una de las cosas que más me ha sorprendido y gustado, es el trato que recibe el paciente, que es el responsable de su salud y el dueño de la información. No existe el paternalismo y se le comunican todos los datos objetivos que solicita, incluyendo porcentajes, expectativas de vida y efectos secundarios, utilizando terminología científica pero comprensible. Creo que, de esta forma, el paciente es más consciente de la situación, se siente una parte importante en la toma de decisiones y puede ser él quien tenga la última palabra tras recibir toda la información que necesita para ello.

Sin embargo, esta experiencia también me ha servido para valorar los muchos aspectos positivos que tiene nuestra sanidad. La posibilidad de acceso a todas las técnicas y tratamientos disponibles para todos los pacientes por igual es algo impensable para el sistema americano y he podido comprobar la gran limitación que esto supone para más pacientes de los que podíamos esperar.

Desde el punto de vista de la investigación, sin embargo, he comprendido por qué el NIH es uno de los centros de referencia mundial. He podido conocer qué es la investigación traslacional real. Su organización permite que las muestras extraídas al paciente puedan estar procesándose en minutos y los resultados de ese trabajo se comuniquen

de manera regular y fluida a todos los grupos implicados. He tenido mucha suerte de haber podido sentirme un miembro más del equipo, a pesar de que tres meses de estancia es un periodo demasiado corto para poder poner en marcha un proyecto propio. Afortunadamente, mi rotación vo-Iuntaria en NavarraBiomed me sirvió para conocer las técnicas básicas y haber podido exprimir al máximo esta experiencia.

Además, indudablemente esta estancia ha enriquecido de manera notable mi inglés médico, mi capacidad de trabajar en equipo y mi cultura, permitiéndome convivir con personas de diversas nacionalidades y siempre dispuestas a enseñarme cosas nuevas.

Por todo ello, agradezco a mi servicio y especialmente a mi tutor, Antonio Viúdez, que me hayan ofrecido la oportunidad de disfrutar de esta experiencia, así como al Colegio de Médicos y a Cinfa por facilitarme mi estancia allí con la Beca Dr. Ignacio Landecho. Recomiendo a todos los residentes que tengan posibilidad de hacerlo, que soliciten una rotación en un país extranjero, ya que complementa de manera notable la formación que recibimos aquí y te permite conocer gente muy interesante. Y aunque tres meses sea un periodo demasiado corto para poder desarrollar proyectos propios más ambiciosos, te abre las puertas para adentrarte en un mundo lleno de oportunidades.

> "La experiencia me ha abierto las puertas de un mundo lleno de oportunidades"

Procesando muestras en el laboratorio.





Proyecto piloto para solicitar la acreditación IHAN de forma conjunta en varios Centros de Salud de Navarra

■Idoia Olza

La iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) en España se creó en 1998 (en 1991 había nacido gracias a la OMS y a UNICEF con el nombre de Hospital Amigo de los Niños), y acredita a las instituciones que demuestran poner en marcha prácticas de excelencia en la atención al embarazo, nacimiento y alimentación infantil durante los dos primeros años de la vida. La IHAN proporciona ayuda para el cambio y la adopción de una forma de trabajar diferente, de calidad y basada en la evidencia científica.

La acreditación IHAN es garantía de que la institución galardonada aplica los Pasos para una Lactancia Feliz (10 para Hospitales y 7 para los Centros de Salud), respeta el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, ofrecen atención humanizada al parto, y asistencia de igual calidad (y calidez) a la madre que no amamanta.

Proyecto IHAN para los Centros de Salud

El proyecto IHAN para los Centros de Salud surgió en 2009 para proporcionar al personal un programa de acreditación eficaz y basado en la evidencia que permita y facilite la tarea de apoyar el mantenimiento y la duración de la lactancia materna, porque la Atención Primaria juega un papel muy importante en la promoción, mantenimiento y apoyo a la misma

"La plena acreditación IHAN de un Centro de Salud, explica Edurne Ciriza, pediatra del centro de Salud de Ansoain y formadora de lactancia materna de la IHAN, es un proceso complejo que exige un importante esfuerzo tanto a los profesionales implicados como de los responsables del Centro de Salud y de la Administración, que deben comprometerse al apoyo e impulso de los cambios necesarios y asumir el coste económico".

En el caso de los Centros de Salud, el proyecto IHAN requiere la plena implantación de los 7 pasos y el acatamiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Lecha Materna. La aplicación es escalonada, en fases, así al tener metas cercanas, se facilita una mejor planificación.

LOS 7 PASOS QUE HA DE CUMPLIR **UN CS-IHAN**

Los siete pasos, basados en pruebas científicas y aprobados como estándares de práctica clínica, ayudarán a mejorar la calidad de la atención de salud dirigida a las madres, los lactantes y niños pequeños y sus familias.

Paso Disponer de una *Normativa* de lactancia materna.

Paso

Tener un plan de formación para el personal que les capacite para poner en práctica la Normativa de lactancia materna.

Ofrecer información a todas las Paso mujeres embarazadas y sus familias sobre el amamantamiento y la mejor manera de ponerlo en práctica.

Paso

Ofrecer apovo a la madre que amamanta desde el inicio y, en coordinación con el hospital, recibir al recién nacido en las primeras 48-72 hrs. tras el alta de maternidad.

Apoyar a las madres para mantener la LM exclusiva durante los primeros Paso meses (o 26 semanas) y continuar amamantando, con alimentación complementaria adecuada, a partir de entonces hasta los dos años o más.

Paso 6 Proporcionar una atmósfera de acogida a la lactancia.

Paso

Fomentar la colaboración entre los profesionales sanitarios y la comunidad a través de los talleres de lactancia y el contacto con los grupos de apoyo locales.

Página anterior. Cita requerida Foto de comida creado por phduet - www.freepik.es



Centro de Salud de Ansoain, en vanguardia

Dra. Edurne Ciriza, en la sala de lactancia del Centro de Salud de Ansoain.

El Centro de Salud de Ansoain lleva años promoviendo la lactancia (se encuentra en la fase 1D de acreditación). En la actualidad, está trabajando para desarrollar una normativa propia, y planificando la formación a los profesionales (sanitarios y no sanitarios) con el fin de capacitarles para poner en práctica la normativa de lactancia materna.

También se está trabajando de forma coordinada con los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Navarra (CASSYR), en su caso el centro es Andraize, donde las madres y padres reciben formación e información preparto y se ofrece apoyo al inicio de la lactancia materna.

Otro requisito de la IHAN es fomentar la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y complementaria al menos 2 años, disponer de un ambiente acogedor para la madre lactante (en el Centro de Salud de Ansoain hay una sala de lactancia), realizar talleres de lactancia y colaborar con grupos de apoyo (en Ansoain, con Amagintza).

La acreditación IHAN se desarrolla en cuatro fases (desde la 1D hasta la 4D), el tiempo máximo entre fase y fase es de 3 años, por lo que el máximo total hasta alcanzar la fase 4D sería de unos 10 años.

En la actualidad, en España, existen acreditados 5 Centros de Salud: CS de Oiartzun (Gipuzkoa), Ondarreta (Gipúzkoa), Fuensalida (Toledo), Moncada (Valencia), Fuensanta y Centro auxiliar Barrio de La Llum (Valencia). Además, 23 Centros de Salud se encuentran en fase 2D y 95 en fase 1D.





Comisión de lactancia del CS de Ansoain.

4

También existe la posibilidad de acreditación de los Centros de Salud de forma conjunta, es decir, varios Centros de Salud acceden conjuntamente a la acreditación IHAN (desde la certificación de la fase 1D hasta la fase 4D). De este modo, explica Edurne Ciriza, "los Centros de Salud que se unan para acceder de forma conjunta a la acreditación IHAN comparten toda la documentación y el plan de formación en lactancia materna para los profesionales. Así se facilita el trabajo y disminuyen los costes de la acreditación". Actualmente la IHAN está impulsando este tipo de acreditación.

Y en este punto se encuentra ahora mismo el Centro de Salud de Ansoain. Han enviado invitaciones para formar un grupo de trabajo y solicitar esta acreditación conjunta a los centros de salud que dependen de los CASSYR de Andraize, Buztintxuri, y Elizondo (a la hora de redactar este artículo todavía no se sabe qué centros finalmente van a participar en esta acreditación).

A día de hoy, esta acreditación conjunta de los Centros de Salud la han iniciado en el HGU de Valencia, en Castellón, y es probable que la vayan a solicitar, además de Navarra, centros de Madrid, Aragón y Vinalopó (Torrevieja).

Edurne Ciriza afirma sentirse muy ilusionada con este proyecto. "Navarra se encuentra en una situación privilegiada para conseguir esta acreditación conjunta –podría ser la tercera en España-, además, contamos con el apoyo de la gerencia de Atención Primaria y esto es básico".

NUEVA UNIDAD DE LACTANCIA EN EL CHN

En lo que se refiere a la acreditación IHAN para Hospitales, el Hospital Reina Sofía de Tudela se encuentra en la Fase 2D, el Hospital García Orcoyen de Estella está en la fase 1D y en CHN han solicitado también la fase 1D.

Dentro del Plan de apoyo a la lactancia impulsado por el SNS-O destaca la recién inauqurada Unidad de Lactancia en el CHN.

La nueva Unidad de Lactancia del CHN, ubicada junto al pabellón de docencia del recinto hospitalario, se ha concebido para coordinar acciones de apoyo entre Atención Primaria, Hospitalaria y los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSYR) y organizar sesiones de ayuda dirigidas a madres con especiales dificultades para mantener la lactancia. Esta Unidad de Lactancia cuenta con la nueva figura de una enfermera especializada como asesora y enlace entre profesionales.

El objetivo es aumentar la tasa de inicio de lactancia materna, conseguir que las experiencias sean exitosas y prolongarlas más en el tiempo, lo que se considera que redundará en notables mejoras de la salud infantil. Para lograrlo, se ahondará en la coordinación y unificación de protocolos en todos los niveles asistenciales, así como en la colaboración con las asociaciones de referencia en Navarra. Todas las medidas que se adoptan son consensuadas y basadas en la evidencia científica actualizada.

Atención a las lactancias de riesgo

La nueva Unidad de Lactancia del CHN, que comenzó su actividad el pasado mes de mayo, está concebida para coordinar y unificar la actuación de los diferentes profesionales que están implicados en la atención a las madres, a fin de asesorarles tanto si desean practicar la lactancia materna como si optan por la lactancia de fórmula, casos en los que también se ofrece apoyo y consejo ante posibles dudas de manejo de bibe-

rones, así como recomendaciones para mantener la relación de apego.

Desde esta unidad se ofrece apoyo a las familias con especiales dificultades en la lactancia durante su estancia en la Maternidad. Se asiste a las madres y padres con recién nacidos ingresados en Neonatología o reingresados en la planta de Hospitalización.

Se pretende también detectar y reconducir lactancias de riesgo en consultas externas o urgencias, de modo que los problemas o dificultades de salud que pueden presentar las madres en el inicio de la crianza (frenillo, grietas, bebé prematuro o con algún problema de salud, dificultades socioeconómicas o culturales, etc.) no les hagan desistir de la lactancia materna, si su deseo es prolongarla.

El acceso a este servicio es siempre por derivación de otros profesionales. Una de sus funciones básicas es garantizar la calidad y homogeneidad de los mensajes que reciben las familias en su transición por los diferentes equipos implicados en su asistencia. Se busca incrementar su confianza en la crianza y que desarrollen habilidades de autocuidado.



La nueva Unidad de Lactancia en

el CHN

Protocolo para hacer posible la lactancia materna directa en la UCI

Entre los hitos que ya ha hecho posible la existencia de esta Unidad, destaca la apuesta por ofrecer a las madres ingresadas en la UCI tras el parto la posibilidad de dar lactancia directa a su bebé, si así lo desean y si tanto ellas como los recién nacidos se encuentran físicamente en condiciones para hacerlo.

Esta medida constituye un notable y novedoso avance asistencial, dado que la entrada en UCI es restringida y una mejora de este tipo exige la coordinación de diferentes profesionales y equipos, como la propia UCI y el servicio de Neonatología.

Hasta ahora, el equipo de UCI ya aplicaba un protocolo dirigido a normalizar la lactancia materna de madres ingresadas, prestando apoyo y asesoramiento para iniciar la estimulación del pecho mediante extractor de leche en las primeras horas tras el parto. Lo novedoso es ofrecer ahora la posibilidad de llevar al bebé hasta la UCI para iniciar la lactancia directa.

Than a

Dr. Mikel Viscarret.

Médico de Mutua Navarra. Ponente en el Programa "Salud de los pies a la Cabeza" del Colegio de Médicos de Navarra y Mutua Navarra.

El manejo de la **lumbalgia** desde Atención Primaria

El dolor lumbar es uno de los padecimientos más longevos y, sobre todo, uno de los más frecuentes de la humanidad, cuya causa prioritaria parecer estar relaciona íntimamente a nuestra condición de seres bípedos.

Definido clásicamente como un dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y de las nalgas, cuya intensidad varía en función de las posturas y de la actividad física, de carácter mecánico generalmente, y que suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento, la lumbalgia es, hoy día, más que un conjunto de síntomas clínicos, un reto real para el médico de Atención Primaria.

Y es así, si tomamos en cuenta algunas consideraciones. En alrededor del 80% de los casos, no es posible establecer una patogenia real. Por otra parte, aunque la evolución natural de la misma es hacia la curación en cortos periodos de tiempo, y de forma espontánea, el impacto real de las diferentes estrategias terapéuticas es bajo. Por último, existe poca correlación entre los datos obtenidos en el examen físico y las pruebas de imagen, por lo que estas últimas se desaconsejan, a menos que exista alguna señal de alarma, de las cuales hablaremos posteriormente.



EPIDEMIOLOGÍA

El dolor lumbar supone un alto impacto dentro de cualquier sistema de salud, sobre todo si se tienen en cuenta su elevada prevalencia dentro de la población en general, la gran variabilidad de su manejo clínico y farmacológico de todos aquellos que formamos parte del personal sanitario, sus incalculables consecuencias negativas sobre la salud y el alto consumo de recursos sociosanitarios que provoca por su repercusión en el ámbito laboral en términos de días de baja, incapacidades, absentismo y pérdida de productividad.

En España, a través del estudio EPISER, realizado por la Sociedad Española de Reumatología, se pudo conocer que la prevalencia de lumbalgia puntual y crónica se encuentra en cifras comparables a la de los demás países industrializados (14,8% y 7,7%), siendo más frecuente en el género femenino (17,8%).

De forma similar a lo observado en países industrializados, casi la mitad de la población adulta padece, al menos, un episodio de dolor lumbar en un período de seis meses. Por último, EPISER estima que un tercio de los sujetos diagnosticados con lumbalgia han presentado en su evolución niveles de dolor considerados como importantes (sobre 5 en la escala visual analógica EVA).

En nuestra comunidad autónoma, sólo si tomamos los datos obtenidos entre los años 2012-2014, observamos cómo los trastornos derivados de la lumbalgia son la quinta causa con mayor prevalencia, con gasto promedio—sólo en medicación— de más de 140.000 euros/año, y más de 235.000 jornadas de trabajo perdidas/año

Es fundamental, por tanto, recordar que lo que hace realmente grave a la lumbalgia no es su prevalencia sino la repercusión laboral y los costes económicos derivados de las incapacidades que origina.

"No está justificada, según la evidencia disponible hasta el momento, la realización de Rx, RMN o TAC en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma"

CLASIFICACIÓN

Existen diferentes clasificaciones establecidas, de acuerdo al tiempo de evolución, el origen y los signos y síntomas concomitantes. Todas las guías y estudios relacionados con el tema subrayan la importancia de complementar cada una de ellas para lograr una correcta evaluación del paciente.

De acuerdo al tiempo de evolución, la lumbalgia se clasifica en aguda si su duración no excede las seis semanas; de los pacientes que se encuentran en este grupo, casi un 75%

> tendrán una resolución espontánea de los síntomas en un promedio no mayor de cuatro semanas. Antes de las seis semanas, será hasta el 90% los que alcanzarán la curación. Si el dolor tiene una duración de entre seis semanas y tres meses, se hablará de lumbalgia subaguda. Por último, aquellos pacientes que presenten síntomas relacionados con lumbalgia durante más de tres meses, se catalogarán como crónicos.

> De acuerdo con su origen, la causa más común no presenta una etiología determinada (el 70% de las causas son inespecíficas), por los que se mencionarán como inespecíficas. Aproximadamente el 27% serán de

origen mecánico, incluyendo en este apartado a las enfermedades degenerativas del disco intervertebral, las hernias discales y los trastornos facetarios. Cierran esta clasificación las causas de origen visceral no malignas (2%), y el dolor no mecánico o de origen misceláneo (1%), donde se encuentran incluidas las patologías neoplásicas, inflamatorias, infecciosas o metabólicas.

La tercera clasificación es la que incluye signos y síntomas: lumbalgia no específica, lumbalgia con radiculopatía y la lumbalgia con datos de alarma.



EVALUACIÓN

A pesar de todo lo que ya se conoce sobre el abordaje y manejo de la lumbalgia para la correcta evaluación y diagnóstico, apenas un 30% del personal sanitario utiliza las guías y recomendaciones para tratarla.

Así pues, resulta alarmante no sólo la falta de estudios científicos válidos sobre algunos aspectos del manejo clínico de la lumbalgia, sino también la evidencia de que la práctica clínica habitual no parece basarse estrictamente en los resultados de dichos estudios. Los datos disponibles sugieren que se realiza un uso indiscriminado de procedimientos, cuyos beneficios no se sustentan en la evidencia científica, mientras que se infrautilizan aquellos que han demostrado ser más eficaces, eficientes y, sobre todo, seguros.

Debemos insistir en la preponderancia de la anamnesis y la exploración física en las consultas médicas como punto prioritario en el manejo de los pacientes con dolor lumbar. Resulta necesario establecer respuestas a un grupo de preguntas que nos permitirán un manejo médico adecuado: ¿Es un dolor de origen lumbar, o se trata de un dolor referido?; ¿Existen indicios de patología grave?; ¿El origen del dolor es mecánico, o inflamatorio?; ¿Presenta nuestro paciente signos clínicos de cuadro radicular?; ¿Existe posibilidad de prever la evolución del paciente?

Posiblemente podamos dar respuestas a todas estas preguntas y complementarlas al sistematizar la anamnesis y el examen físico. El primer paso será determinar la evaluación del tiempo de evolución de los síntomas, lo que permitirá dividir a la lumbalgia en aguda, subaguda y crónica. El siguiente hito será determinar el origen de la patología de acuerdo a lo descrito en la historia clínica, así como en el examen físico de columna lumbar, resultando en lumbalgia inespecífica, mecánica, visceral o miscelánea.

Será el tercer paso el que nos permita determinar si existen o no datos neurológicos acompañantes que incluyen síntomas sensitivos, motores, genitourinarios o gastrointestinales asociados al dolor. Por último, intentaremos describir si existen datos de alarma (red flags) o presencia de factores que aumenten el riesgo de perpetuar la incapacidad a largo plazo (yellow flags, o signos de mal pronóstico o cronicidad).

Además, en cada control sucesivo, se graduará la intensidad del dolor mediante el uso de la escala visual análoga (EVA), no sólo para ayudar a clasificarla, sino también para estimar la evolución y respuesta al tratamiento iniciado.

red flags	yellow flags
Edad mayor a 55 años	Actitud negativa sobre la lumbalgia, considerándola como potencialmente dañina o incapacitante
Antecedente traumatico previo	Comportamiento evitativo y tendencia a la disminución de la actividad cotidiana
Antecedente neoplasico o inmunodeficiencia	Poca expectativa sobre la capacidad de mejoría con el tratamiento conservador
Sintomas constitucionales	Tendencia a la depresión, baja autoestima y aislamiento social
Infección urinaria	Problemas laborales o financieros
Consumo prolongado de corticoides	
Uso de drogas por via parenteral	
Dolor de característica inflamatoria	
Incontinencia de esfínteres o anestesia en silla montar	
Déficit neurológico significativo o progresivo	



ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

No se recomiendan ni están justificados, según la evidencia disponible hasta el momento, la realización de Rx, RMN o TAC en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma ya que no disminuyen el dolor ni la incapacidad a largo plazo; sólo logran incrementar la satisfacción en la atención por parte del paciente.

Sólo se recomendara Rx:

- En la visita inicial, sólo si hay signos de alarma.
- A la cuarta semana en pacientes entre los 20 y 50 años, si persiste la incapacidad temporal.
- A las ocho semanas, si el dolor persiste.
- Son indicaciones de RMN:
- Lumbalgia con sospecha tumoral, infección espinal o sospecha de fractura.
- Lumbalgia con dolor de ritmo inflamatorio.
- Síndrome de cauda equina, déficit neurológico progresivo.
- Lumbalgia con dolor muy severo y progresivo, o en patologías subagudas o crónicas, con irradiación radicular tras fracaso del tratamiento.

¿CÓMO DEBEMOS TRATAR LOS TRASTORNOS LUMBARES MÁS FRECUENTES?

Incluiremos sólo aquellas recomendaciones que la evidencia científica ha permitido establecer como las de elección.

Tratamiento de Lumbalgia aguda y subaguda inespecífica:

- Se recomienda continuar con las actividades cotidianas y de vida diaria, incluyendo la incorporación al trabajo siempre que la intensidad del dolor lo permita, evitando las sugerencias al reposo en cama –y si fuera necesario, durante el mínimo tiempo posible–.
- Respecto al ejercicio físico, no está recomendado para las patologías agudas inespecíficas. Sólo deberá comenzar en las etapas subagudas y teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes.
- Se recomienda el uso de Paracetamol como primera elección, por su mejor perfil riesgo/beneficio, considerándose los Al-NES como fármacos de segunda elección, siempre en períodos cortos de tiempo y de forma pautada (no a demanda).
- En el caso de los opiáceos con patología lumbar aguda, solo serán recomendados tras la no mejora con el uso de Paracetamol y AINES, y sólo de forma pautada.
- Los miorrelajantes no benzodiazepínicos sólo están indicados si el inicio del tratamiento con Paracetamol y AINES a intervalos regulares fracasa.
- No se recomiendan los antidepresivos en lumbalgia agudas, pero sí en las subagudas con factores de mal pronóstico funcional.



En el caso de las lumbalgia inespecíficas crónicas:

- Es importante suministrar información clara e inteligible sobre el buen pronóstico de la patología y la ausencia de signos de gravedad, el uso limitado de los estudios de extensión y la importancia de mantener las actividades cotidianas, incluyendo el ejercicio.
- Se mantienen las recomendaciones de los medicamentos usados en los cuadros agudos (paracetamol, AINES, opiáceos menores, miorrelajantes benzodiacepínicos, e incluso los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos, siempre teniendo en consideración los efectos secundarios y las pautas adecuadas).

"Lo que hace realmente grave a la lumbalgia no es su prevalencia, sino la repercusión laboral y los costes económicos derivados de las incapacidades que origina"

CUÁNDO Y A QUIÉN DEBEMOS DERIVAR

Será causa de derivación a consulta especializada todo paciente con patología lumbar aguda:

Derivación urgente a Traumatología:

 Pacientes con indicios de enfermedad neoplásica, infección o fracturas (previamente evidenciada por contra radiológico).

Derivación a Rehabilitación:

 Pacientes con lumbalgia que no mejora al mes de tratamiento y con factores pronóstico de evolución a la cronicidad. Por otra parte, será causa de derivación a especialista todo paciente con lumbalgia y afectación radicular:

Derivación urgente a Traumatología:

- Signos clínicos de cola de caballo.
- Afectación o debilidad motora progresiva.
- Sospecha de afectación de múltiples raíces

Derivación preferente a Traumatología:

- Lumbociatalgia por encima de L₅.
- Lumbociatalgia que afecta a múltiples raíces nerviosas.
- Pacientes que sean candidatos a resolución guirúrgica.
- Dolor ciático severo persistente a pesar de tratamiento médico.
- Episodios recidivantes de dolor e incapacidad.

Derivación a Rehabilitación:

 Trastorno discal sin criterios quirúrgicos que no han mejorado a pesar de tratamiento conservador.

Derivación urgente a Neurología:

• Signos de afectación piramidal.

La evaluación crítica de la bibliografía, llevada a cabo durante los últimos años, ha conducido a cambiar muchas de nuestras antiguas ideas acerca de la lumbalgia. Este cambio no ha tenido influencia solamente conceptual, sino que también se plasma en la práctica y nos ayuda en gran medida a todos los médicos implicados en su abordaje. Estamos en una época en la que la evidencia crece cada día y cada nueva aportación es un paso más que nos acerca al correcto tratamiento de la persona con dolor lumbar. Queda de nuestra parte mantener los esfuerzos para que la investigación científica sobre este tema no se detenga, garantizar el uso correcto de los datos emanados de los mismos, hacerlos parte importante de nuestras consultas y, por qué no, mantener el juicio crítico sobre el coste, beneficio y efectividad de las terapias pasadas, actuales y las que seguramente vendrán como hecho ineludible de la evolución y desarrollo médico.



Por importes superiores a 3.000 euros en planes de pensiones, PPA y EPSV

PSN ofrece hasta un 3% de bonificación en su campaña de jubilación

PSN ha lanzado su campaña anual de planes de pensiones, planes de previsión asegurados (PPA) y EPSV, en la que ofrece hasta un 3% de bonificación para los traspasos de otras entidades, nuevas contrataciones y aportaciones extraordinarias por importes superiores a 3.000 euros que se realicen hasta el próximo 31 de diciembre. Concretamente, en los casos en los que la cuantía de la operación se sitúe entre los 3.000 y los 100.000€, el mutualista recibirá un 1% adicional; entre 100.001 y 200.000€, un 2%, y si supera este importe, un 3%. Además de estos productos, específicamente diseñados para el ahorro enfocado a la jubilación, en esta promoción participan también otros instrumentos de ahorro a largo plazo: PSN Ahorro 5 (sialp), PIAS Garantía y PIAS Inversión.

Más allá de las ventajas que suponen este tipo de acciones, PSN insiste en la necesidad de valorar la rentabilidad a largo plazo de estos productos, ya que supone la muestra más clara de la posibilidad de sacar más partido a la inversión realizada en ellos a través del tiempo. Un buen ejemplo es el de los planes de PSN, que cuentan con rentabilidades anualizadas a cinco años superiores al 6%.

Por otro lado, los expertos recomiendan sistematizar las aportaciones para disfrutar de las mismas ventajas fiscales (las aportaciones anuales a estos instrumentos de ahorro-jubilación permiten reducir la base imponible en el IRPF, con carácter general, con un límite de 8.000€, o el 30% de los rendimientos netos del trabajo y actividades económicas) y obtener la rentabilidad acumulada desde que se realice la aportación.

La necesidad de planificar el futuro que te mereces

Las perspectivas demográficas y del sistema público de pensiones son poco halagüeñas: cada vez será más complicado mantener el nivel de vida tras la jubilación, ya que contaremos con unas pensiones públicas insuficientes. Por un lado, se estima que, en el año 2051, la población mayor de 65 años será prácticamente el doble que en 2017, hasta superar los 15 millones de personas según datos del Instituto Nacional de Estadística. Es decir, cerca del doble de personas en edad de jubilación y de percibir una pensión pública.

Del mismo modo, se calcula que en los próximos 15 años se producirá una pérdida de población concentrada en el tramo de edad de entre 30 y 49 años, reduciendo el mercado laboral en cerca de tres millones de personas. De hecho, ya es significativa la reducción de la ratio de cotizantes por pensionista que existe en la actualidad, que en diez años ha disminuido de 2,71 a 2,23.

Opciones para cualquier perfil de ahorrador

PSN cuenta con cinco opciones de planes de pensiones para cubrir los diferentes perfiles de riesgo de sus mutualistas. Están gestionados por un equipo experto que en los últimos años ha conseguido que estos instrumentos se encuentren entre los primeros puestos en los rankings de sus respectivas categorías. Los dos planes más destacados de la Entidad, el Plan Individual y el Plan Asociado, son también los que llevan más tiempo en el mercado y muestran interesantes rentabilidades a largo plazo.

Plan Asociado de Pensiones **6,40** % **** MORNINGSTAR

Plan Individual de Pensiones 6,80 %

Rentabilidades pasadas no garantizan rentabilidades futuras. (1) Rentabilidad anualizada a 5 años. Datos a 31/07/2018.

Departamento de Comunicación

Tel. 914 31 12 44

psncomunicacion@grupopsn.es

www.psn.es



Síguenos en: **I** in **I** in **I**







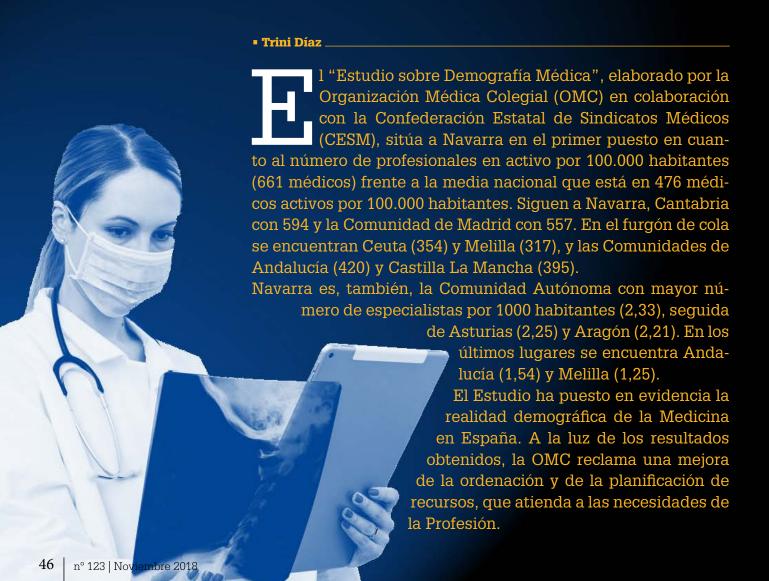
Morningstar es una fuente reconocida de información que facilita ratings y análisis independientes para ayudar a evaluar un fondo y su papel potencial en una cartera de inversiones. Rentabilidades pasadas no garantizan rentabilidades futuras.

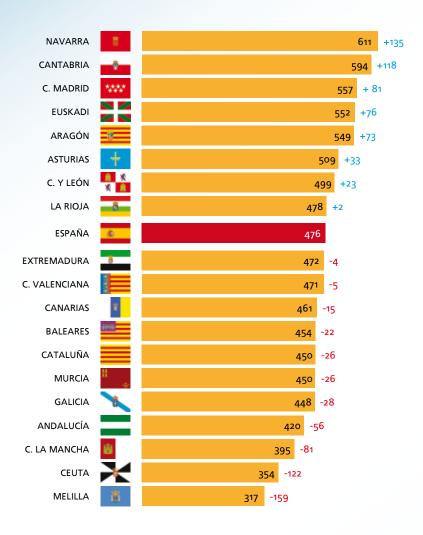


Primer Estudio sobre Demografía Médica

Navarra es la Comunidad Autónoma con mayor número de profesionales por 100.000 habitantes

Las mujeres médicas son un 54,5% de la colegiación

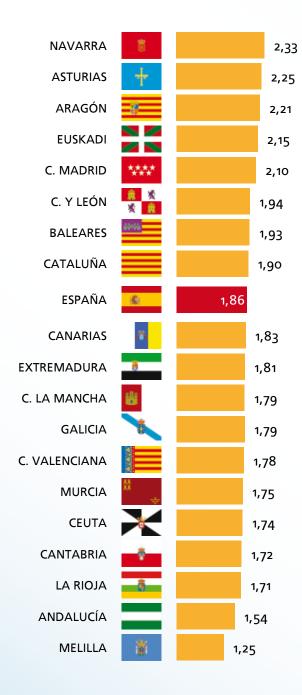




MÉDICOS ACTIVOS POR CC.AA. 100.000 HABITANTES (2017)

Fuentes: Elaboración propia con datos suministrados por el CGCOM. Médicos acHvos por 100.000 habitantes. Año





Diferencias territoriales

España, con 221.470 médicos en activo (3.917 en Navarra) supera un 12% a la media occidental con una distribución de profesionales muy dispar a nivel geográfico. De dicho estudio se desprende que el 58% de los médicos activos en España se concentran en cuatro CC.AA: Cataluña (16,4%) seguida de Madrid (15,9%), Andalucía (15,2%) y Comunidad Valenciana (10,5%). Navarra acoge al 1,8% de la profesión.

El estudio ha evidenciado una distribución de profesionales muy dispar a nivel geográfico, a lo que se suma la descompensación entre la oferta de plazas MIR y el númerus clausus en las Facultades de Medicina.

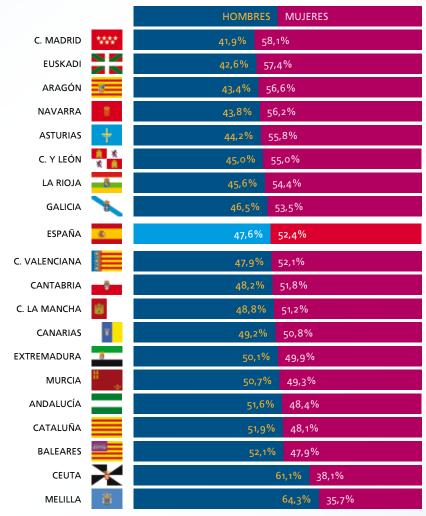
Existen especialidades con déficit de médicos, entre ellas, Neurocirugía, Urología, Anatomía patológica, Cirugía plástica y Otorrinolaringología.



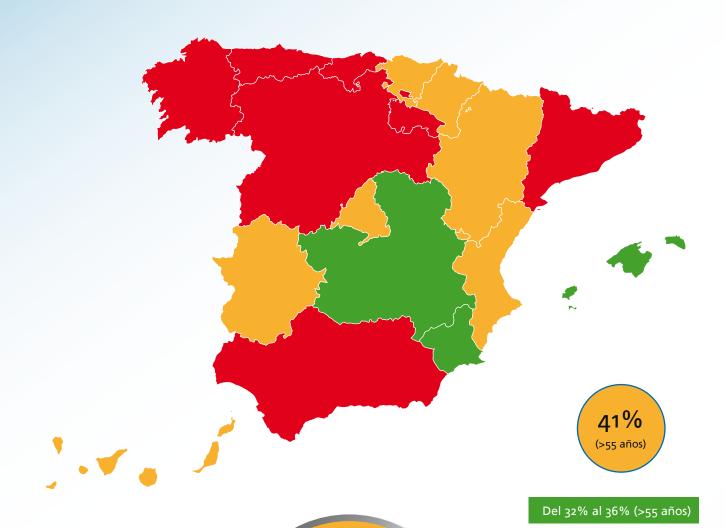
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Feminización en Navarra

Los datos del estudio demuestran que la presencia femenina se ha duplicado en los últimos 30 años. Según el INE de 2017, el 49,6% de la profesión son hombres frente al 50,4% de mujeres. Madrid (55,1%), Álava (54,6%) y Navarra (54,5%) están a la cabeza de la feminización de la profesión. Entre los menores de 55 años predominan las mujeres (63,3%), mientras, en las Facultades de Medicina el 70% del alumnado es femenino. Si bien la mujer supone más del 50% de la plantilla médica solo el 20% está actualmente en puestos de dirección.







Platillas envejecidas

El promedio de edad del médico en activo en España es de 49,2 años (48,61 años en Navarra) con una tendencia al envejecimiento de las plantillas, no en vano, según se refleja en el estudio, en los próximos 10 años se van a jubilar más de 70.000 facultativos. De ahí la importancia, como destacan los autores del trabajo, de que se ponga en marcha, cuanto antes, el Registro de profesionales médicos para poder planificar el futuro de la profesión y cumplir con la tasa de reposición por jubilación en todas las CC.AA. y en todas las especialidades.

En los próximos
10 años podrían
jubilarse (según datos
de la OCDE) 48.800
médicos en España
(si consideramos los
65 como edad de
jubilación).

Más del 41% (>55 años)

Fuente: ESTUDIO DE DEMOGRAFIA MEDICA 2017



Fuente: ESTUDIO DE DEMOGRAFIA MEDICA 2017 El desajuste entre las plazas MIR (6.513 en 2018) y aspirantes (14.448) puede provocar que miles de médicos se queden sin poder acceder a una plaza de formación sanitaria especializada.

Desajustes en la formación postgrado

OMC y CESM coinciden en la demanda de una mejor distribución de especialistas y una correcta adecuación de las plazas de formación MIR a las necesidades sanitarias de los españoles, teniendo en cuenta que en la última convocatoria, 7.937 aspirantes con número de orden asignado se han quedado sin poder acceder a la formación postgrado.

Asimismo, se ha llevado a cabo una disminución del número de plazas ofertadas de médicos residentes (MIR) sin una reducción similar del número de plazas de pregrado, ya que el número de Facultades de Medicina no ha parado de crecer, que hace que España registre una ratio de las más elevadas del mundo.



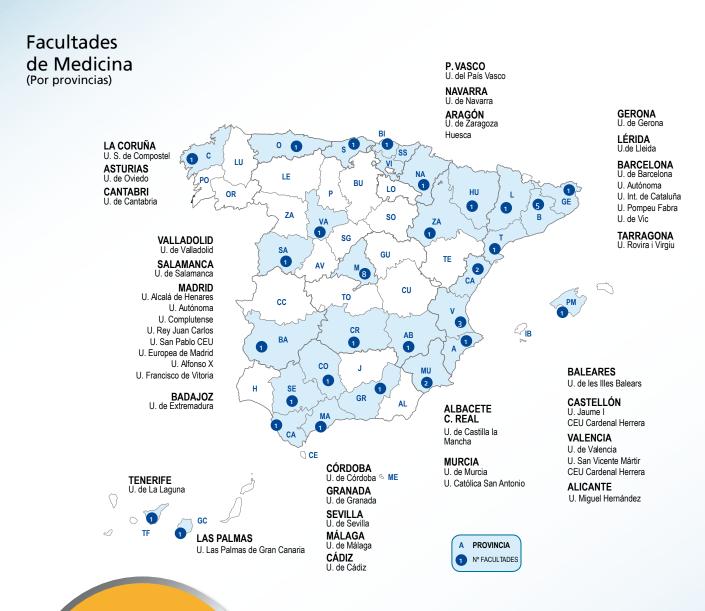
RESIDENTES POR CCAA 2017

		PLAZAS	% PLAZAS
C. MADRID	ww	5.647	20,6%
CATALUÑA		4.322	15,8%
ANDALUCÍA		4.205	15,3%
C. VALENCIANA		2.693	9,8%
C. Y LEÓN	雅 · 奖 · 奖 · 雅	1.495	5,5%
GALICIA	Ü	1.360	5,0%
EUSKADI		1.196	4,4%
CANARIAS	A Company	1.026	3,7%
MURCIA	₩	915	3,3%
ARAGÓN	7	856	3,1%
C. LA MANCHA		834	3,0%
ASTURIAS	+	604	2,2%
EXTREMADURA	ð	598	2,2%
NAVARRA	8	535	2,0%
CANTABRIA	*	471	1,7%
BALEARES	69700	462	1,7%
LA RIOJA	8	156	0,6%
CEUTA Y MELILLA	* *	27	0,1%
ESPAÑA	<u> </u>	27.402	

Esta situación puede arrastrar a un escenario similar al vivido en los años 80-90, con un incremento de Médicos Especialistas sin Título Oficial (MESTOS), según se refleja en el estudio. De continuar con este desajuste entre las plazas MIR (6.513 en 2018) y aspirantes (14.448 en 2018), según se advierte, miles de médicos se quedarán sin poder acceder a la formación sanitaria especializada y se verán abocados al paro, al sector privado o a la emigración.

Según datos del estudio, el total de facultativos residentes en España ronda los 27.402 (535 en Navarra). El techo está en 2013 con 30.364 residentes en el sistema sanitario.

Fuente: Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada



España es el segundo país del mundo con más facultades de medicina por número de habitantes. De 28 facultades en 2010 podemos llegar a las 46 en 2018.



PARA
PROFUNDIZAR MÁS

https://colegiodemedicos.es/demografiamedica-2/

Estudio completo

https://www.cgcom.es/sites/default/files/estudio_demografia_2017/

CLEN College-Centros Lingüísticos NUESTRA ESCUELA DE IDIOMAS

Aprovéchate de sus ventajas

HASTA UN 30% DE DESCUENTO EN CURSOS REGULARES PARA COLEGIADOS E HIJOS/AS. UN 15% DE DESCUENTO EN CURSOS INTENSIVOS.

Clen College es la Escuela de Idiomas propiedad del Colegio de Médicos de Navarra y, por ello, los médicos colegiados y sus hijos/as cuentan con descuentos de hasta un 30% en los cursos regulares y descuentos del 15% en cursos intensivos. Además, dispone de un centro muy cerca de los hospitales, en Mendebaldea, que adapta sus horarios para que puedas asistir a sus clases.

El centro de Mendebaldea ofrece, además, cursos especialmente diseñados para personal médico y sanitario que quiera aprender el idioma con las acepciones técnico-sanitarias para poder ejercer la profesión en otro país.

Infórmate y conoce los descuentos y promociones que tenemos preparados para ti en nuestra página web

https://colegiodemedicos.es/nuestra-academia-de-idiomas/

ó llámanos al teléfono 948 267 852

INSCRIPCIONES 100% ONLINE







MÁS INFORMACIÓN TELÉFONO: 948 172 391 VIAJESEXTRANJERO@CLENCOLLEGE.COM

CURSOS EN EL EXTRANJERO CON CLEN COLLEGE

ABRE LAS PUERTAS DE SU FUTURO PROFESIONAL

Si tus hijos tienen entre 10 y 18 años no deben perder esta oportunidadad. Una experiencia única que ofrece muchas ventajas a su futuro profesional y personal. Conocerán personas de otras culturas, aprenderán a desenvolverse en cualquier situación en otro idioma y país, de manera independiente. Este viaje abrirá su mente a otras formas de vida. Por supuesto, a nivel académico supone un gran reto que mejorará su nivel y fluidez de inglés de forma muy evidente. Un reto para las familias que estén pensando en el futuro de sus hijos.

¿Aceptáis el reto?

SESIÓN INFORMATIVA

Apúntate a nuestra próxima sosión gratuita sobre estancias en el extranjero para cursar año académico, trimostro y semestre. Contaremos con los responsables del programa NSISP (Nova Scotia International Student Program) que vendrán desde Canadá para daros todos los detalles sobre la experiencia académica y vital. No dejes pasar esta oportunidad de aprendizaje para tus hijos.

Toda la información en nuestra web:

FECHA: LUNES 19 NOV. HORA: 18:30 H

LUGAR: COLEGIO DE MÉDICOS

INSCRIPCIÓN ONLINE CLENCOLLEGE ES/EXTRANJERO

CLENCOLLEGE.ES/EXTRANJERO



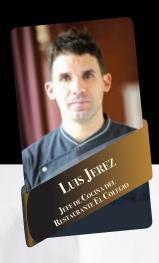
SOMOS CENTRO EXAMINADOR CAMBRIDGE OPEN CENTRE

Examinate con nosotros de los exámenes oficiales Cambridge. Contamos con descuentos para los intensivos preparatorios del 15% para todos los médicos de Navarra y sus hijos. Aprovecha la oportunidad e inscribete a uno de nuestros próximos intensivos.

Toda la información en nuestra web: clencollege.es/examenes-oficiales

NUESTRO CENTRO DE IDIOMAS CLENCOLLEGE.ES





La receta

del Chef Citas gournet y música para las noches de los viernes o sabados.

Os presentamos una propuesta totalmente diferente. Durante todo este tiempo hemos realizado platos de ración. Esta vez os enseñamos algún "Petit fours" para acompañar al café de la comida o de la merienda.

Haremos unas trufas con cointreau y unos coquitos muy sencillos y buenos.

Para las trufas necesitamos: 120 ml de nata, 20 g de mantequilla, 120 g de cobertura negra, 1 cucharada de cointreau y cacao en polvo.

Elaboración: Una vez pesados todos los ingredientes, colocamos la nata en una cazuela y la ponemos a hervir. A continuación, la introducimos en la cobertura y revolvemos bien, a fuego apagado, hasta que se disuelva. Añadimos la mantequilla y el cointreau, y mezclamos todo. Lo dejaremos reposar en cámara, tapado con papel film. Una vez enfriado, hacemos las bolas y las pasamos por cacao. Así ya lo tendremos listo para comer.

Para los coquitos necesitamos: 2 huevos, 200 g de coco rallado y 200 g de azúcar.

Elaboración: Mezclamos los huevos con el azúcar y batiremos bien. Luego añadimos el coco y le damos vueltas hasta que quede integrado en la masa. Sobre una bandeja de horno con papel sulfurizado, vamos colocando pequeñas bolitas de unos 20 g. Calentaremos el horno a 180∜ y seguidamente introducimos la bandeja en el horno, durante 13 minutos. Pasado ese tiempo la sacamos y dejamos enfriar.

Ya tenemos un acompañamiento para el café, que nos puede venir muy bien en cualquier visita o ¿por qué no? para darnos un caprichoso a nosotros mismos.

iQue aproveche!

El pasado 20 de septiembre comenzó, en el RESTAURANTE El Colegio, el ciclo 'Noches de Bohemia' QUE EN SU SEGUNDA EDICIÓN CONSTA DE VEINTIÚN CITAS GOURMET ACOMPAÑADAS POR ACTUACIONES MUSICALES DE todos los géneros. Se trata de un formato novedoso, que logró un gran éxito el pasado año, y que busca hacer disfrutar a los asistentes de una experiencia inolvidable.

Un planazo dara los viernes o sábados de música en vivo, con el que se podrá disfrutar de un menú adaptado a la velada de música.

Desde el mes de septiembre y hasta junio, Restaurante El Colegio ofrece un programa de lo más variado en colaboración con la Escuela de Canto Eugenia Echarren, de Mariachi Zacatecas, Enemigos Íntimos y Maialen Lecumberri.

> Información y reservas en el teléfono 948 22 63 64.



Vochec de Bohemia

Noviembre

SÁBADO, 10 Jokin Pallarés y Maite Iriarte «Pop Español»

Sábado, 17 Baladas de Rock

Viernes, 23 Mariachi Zacatecas

Febrero

Viernes, 8 Carnaval Veneciano

VIERNES, 15 Ópera de San Valentín

Viernes, 22 Mariachi Zacatecas

Marzo

Viernes, 1 Boleros

Viernes, 15 Zarzuela cómica

Viernes, 19 Mariachi Zacatecas

Abril

Viernes, 5 Brodway

VIERNES, 12 ENEMIGOS ÍNTIMOS «TRIBUTO A SABINA»

Viernes. 26 Mariachi Zacatecas

Mayo

Sábado. 4 Mamma Mía

Viernes, 24 Mariachi Zacatecas

Junio

VIERNES, 7 Enemigos íntimos «Tributo a Sabina»

Viernes, 11 Zarzuela cómica

Viernes, 20 Mariachi Zacatecas



El lugar ideal ¿te atreves?

El Restaurante el Colegio es el lugar ideal, y lo sabes nada más contemplar el palacete señorial junto a la Media Luna, donde está ubicado el restaurante. Como explicó el personal del mismo, durante la Navarra Wedding Weekend, en el Restaurante El Colegio nada queda al azar, porque todo el equipo estará volcado en hacer inolvidable el día más especial de vuestras vidas.

Tu boda puede contar

con un menú increíble, donde nuestro chef Luis Jerez Basabe y toda la plantilla deleitarán a los invitados con platos a vuestra elección como el tradicional solomillo a la plancha o unos pescados increíbles, o si eres menos tradicional, gracias a platos innovadores de alta cocina. Sin olvidar opciones para complementar el resto de una jornada única como un moderno Foodtruck, lunchs de media tarde recenas o buffés. Y por si te casas entre los meses de noviembre y marzo, ya puedes disfrutar gratuitamente de una recena sencilla y dos horas de Dj's para tus invitados.

Todas las opciones están contempladas y valoradas, ya que el Restaurante el Colegio cuenta con una impresionante terraza exterior para los aperitivos o salones para las ceremonias civiles.

No tengas dudas y confía en el equipo de expertos del Restaurante El Colegio que puede ayudarte a reducir tus nervios en una jornada inolvidable, aconsejándote para lograr la mejor decoración, el catering más adecuado y variado o facilitar el encaje de bolillos de las mesas de invitados.

Los médicos y médicas de Navarra disfrutan, además, de un descuento en el precio del banquete.

TU BODA, A TU MANERA.

Puedes informarte y/o reservar en el 948 22 63 64, también en la web https://restauranteelcolegio.es/

DIAMUNDIAL



La prevención del tromboembolismo venoso debe ser un tema prioritario de seguridad del paciente hospitalizado

on motivo del Día Mundial de la Trombosis, que se celebró el pasado 13 de octubre, el Dr. José A. Páramo, Co-Director del Servicio de Hematología de la Clínica Universidad de Navarra y Director de la Unidad de Hemostasia y Trombosis., explica qué es el tromboembolismo venoso (TEV), los factores de riesgo, sus síntomas y signos, y qué hacer para su prevención.

LA TROMBOSIS EN DATOS

- 1/4 muertes en el mundo se produce como consecuencia de una trombosis.
- 1/4 de todos los TEV estás relacionados con la hospitalización.
- A pesar de las medidas preventivas, la incidencia de tromboembolismo venoso (TEV), estimada en 1-2 casos /1000 habitantes/año, no ha cambiado significativamente en los últimos años.
- La trombosis afecta a hombres y mujeres de todas las edades, razas y etnias y el riesgo se incrementa con la edad.
- El TEV es la principal causa de mortalidad prevenible en los hospitales.
- El riesgo trombótico puede persistir tras el alta hospitalaria.
- La profilaxis antitrombótica es segura y eficaz para prevenir el TEV.

¿Qué es el tromboembolismo venoso (TEV)?

El TEV hace referencia a la formación de coágulos de sangre en las venas. Cuando se forma un coágulo en la vena profunda, generalmente en las extremidades inferiores, se denomina trombosis venosa profunda (TVP). Si el coágulo de sangre se desprende y viaja hasta los pulmones se denomina embolia pulmonar (EP). En su conjunto, la TVP y la EP se conocen como TEV, un problema médico potencialmente mortal, que afecta a 1-2/1000 persona al año. Cada minuto una persona es diagnosticada de trombosis en el mundo y una persona fallece como consecuencia de una trombosis cada 6 minutos.

El TEV es una causa importante de muerte y discapacidad en todo el mundo; representa la tercera causa de mortalidad cardiovascular, tras el infarto agudo de miocardio y el ictus, con una mortalidad anual de 500.000 personas, tanto en Europa como en EEUU. El TEV es responsable de más muertes cada año que la combinación de cáncer de mama, VIH y accidentes de tráfico.

Sin embargo, no existe suficiente conocimiento entre la población general sobre esta enfermedad. En encuestas realizadas, la concienciación sobre el problema del TEV es mucho menor que la que se tiene sobre otras enfermedades como el infarto de miocardio, el ictus, la hipertensión, el cáncer de mama, el cáncer de próstata y el SIDA. Además, menos de la mitad de los adultos conoce que la trombosis puede prevenirse. Para concienciar a la población de la magnitud de este problema, la OMS ha establecido el 13 de octubre como Día Internacional de la Trombosis, que este año se centró en la problemática del paciente hospitalizado.

Factores de riesgo de TEV

El TEV afecta a personas de todas las edades, razas y etnias, y ocurre tanto en hombres como en mujeres. Determinados factores y situaciones pueden aumentar el riesgo de desarrollar coágulos de sangre potencialmente mortales.

Riesgo alto

- Estar hospitalizado durante un período prolongado de tiempo.
- Cirugía mayor (especialmente cirugía ortopédica, abdominal y relacionada con el cáncer).
- Inmovilización prolongada (hospitalización, viajes prolongados, etc).
- Presentar alteraciones genéticas que favorecen la coagulación de la sangre (estados trombofílicos).
 Riesgo moderado
- Edad (más de 60 años).
- Antecedentes personales o familiares de coágulos de sangre.
- Cáncer/quimioterapia.
- Usar medicamentos a base de estrógenos (p. ej., anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal).

Síntomas y signos del TEV

El TEV puede ocurrir sin signos o síntomas de advertencia y puede pasar desapercibido.

En el caso de TVP los signos clínicos característicos son:

- Dolor, que a menudo comienza en la pantorrilla, y se exacerba con la presión a nivel muscular.
- Inflamación del pie, el tobillo o la pierna.
- Enrojecimiento y calor de la extremidad.
- En el caso de la EP los signos característicos son:
- Dificultad respiratoria con disnea.
- Respiración rápida.
- Dolor en el tórax, que empeora al hacer respiraciones profundas.
- Expectoración sanguinolenta (hemoptisis).
- Aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia).

Una situación especial que conlleva un riesgo aumentado de tromboembolismo venoso es la gestación. Durante el embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos como consecuencia del aumento del nivel de estrógenos que inducen una situación transitoria de hipercoagulabilidad de la sangre, lo que provoca un aumento del riesgo relativo de TEV, que se estima en unas 4 a 6 veces comparado con el de una mujer de la misma edad no gestante y que es mayor en el periodo alrededor del parto y durante las primeras 3 semanas del puerperio.

¿Qué puedo hacer para prevenir la trombosis?

El TEV constituye una causa importante de muerte que puede prevenirse en los hospitales, si se instauran las medidas preventivas adecuadas.

Es importante conocer los signos y síntomas y contactar inmediatamente con su médico, evitar la inmovilización, beber abundantes líquidos, realizar ejercicio físico regular y evitar el sobrepeso.

Numerosos estudios han demostrado que el empleo de profilaxis antitrombótica con fármacos anticoagulantes, fundamentalmente heparinas de bajo peso molecular por vía subcutánea consigue una reducción del 50-60% de eventos trombóticos, sobre todo en pacientes hospitalizados a causa de un procedimiento de cirugía mayor y, sin embargo, no siempre reciben prevención durante la hospitalización y tras el alta. Más recientemente, la incorporación de nuevos anticoagulantes orales de acción directa (ACODs, dabigatran rivaroxaban, apixaban, edoxaban) han venido a reemplazar a la heparina en diversas indicaciones de tromboprofilaxis por su facilidad de administración por vía oral.

La estrategia de tromboprofilaxis debe ser individualizada teniendo en cuenta las características del paciente y su riesgo hemorrágico. No obstante, el empleo "universal" de tromboprofilaxis en pacientes hospitalizados por procesos médicos aún no se ha generalizado porque estos pacientes tienden a ser ancianos, sufren numerosas comorbilidades y reciben diversas medicaciones que pueden interaccionar con la heparina o los ACODs y provocar complicaciones hemorrágicas

Carga económica del TEV

Además de la morbilidad y mortalidad, el TEV supone una carga económica significativa para el sistema sanitario. Se calcula que el tromboembolismo venoso representa 1,5-2,2 billones de euros a la UE en costes directos y y 13 billones en aspectos relacionados con cronicidad, pérdida de productividad, etc.

Las múltiples pruebas de diagnóstico y los tratamientos, las hospitalizaciones prolongadas y los cuidados de seguimiento (incluido el TEV recurrente) pueden ser muy costosas. Pero si se centran los esfuerzos en la prevención de TEV, los sistemas de salud pueden ahorrar dinero, mejorar los resultados y, fundamentalmente, salvar vidas. Algunos países ya han implementado políticas y protocolos de TEV que estandarizan (o incluso incentivan) la implementación de una prevención adecuada de TEV. Es misión de los hospitales, sistemas de salud, legisladores y organizaciones encargadas de la calidad hospitalaria de todo el mundo hacer que el protocolo de prevención de TEV sea un tema prioritario de seguridad del paciente hospitalizado.



PACIENTES



ASNAEN, al servicio de las personas con enfermedades neuromusculares

ASNAEN Es una organización sin ánimo de lucro nacida en 2007 que busca mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con alguna enfermedad neuromuscular y promocionar tanto la sensibilización como la investigación de estas patologías. Actualmente forma parte de COCEMFE Navarra, Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica.

Las enfermedades neuromusculares (ENM) son un grupo muy heterogéneo de procesos que afectan a la neurona motora, raíces nerviosas, nervios periféricos, unión neuromuscular y músculos. Pueden presentarse en cualquier etapa de la vida (desde el nacimiento hasta la edad adulta), suelen tener causa genética (no es la única) y en su mayoría provocan una debilidad muscular progresiva que acaba interfiriendo de forma variable en su autonomía y grado de dependencia.

Todas ellas forman parte de las llamadas enfermedades minoritarias (o enfermedades poco frecuentes) por su baja prevalencia. Según la Sociedad Española de Neurología apenas suponen el 6% de las consultas en esta especialidad, pero en su conjunto afectan a un número considerable de personas, unas 50.000 a nivel nacional (en Navarra actualmente no hay censo).

En las últimas décadas también ha existido un gran avance en el desarrollo de nuevas terapias, sobre todo en lo referente al tratamiento de las ENM de causa inflamatoria-inmunológica (miastenia, miopatías y neuropatías inmunes). Además, en estos últimos años, cada vez más afectados son diagnosticados genéticamente.

Las ENM de causa genética no tienen un tratamiento curativo en la actualidad, pero esto no guiere decir que sean enfermedades intratables. El tratamiento sintomático, fisioterápico, logopédico y el control de la evolución de la función respiratoria y cardiológica en aquellos casos que precisen (hay muchos casos que pueden acabar necesitando ventilación mecánica, marcapasos, etc.) mejora claramente la calidad de vida del paciente. Además, cada vez mayor número de afectados son diagnosticados genéticamente.



C/ Mendigorría 12 bajo 31015 Pamplona Tlf: 608 774 001 asnaen@hotmail.com www.asnaen.es/

Los pacientes neuromusculares precisan la atención continuada y coordinada de un gran número de profesionales que incluyen neurólogos, neumólogos, cardiólogos, médicos de nutrición, rehabilitadores, fisioterapeutas, logopedas, médicos de atención primaria, trabajo social, etc.

"Es fundamental un abordaje multidisciplinar para lograr una mejor calidad de vida de las personas afectadas y un trabajo coordinado entre el equipo profesional y la Asociación", explica Irene Aspurz, presidenta de la Asociación navarra de enfermedades neuromusculares, (ASNAEN). La asociación, que nació en 2007 ante la necesidad de agrupar a todos los afectados, se ha convertido en la referencia en Navarra en el apoyo a las personas afectadas.

Servicios que presta la Asociación a la persona:

- Acogida, información, orientación.
- Programa de fisioterapia.
- Psicología individual y grupal.
- · Logopedia.
- Sensibilización y divulgación: jornadas, mesas informa-
- Celebración actividades socio-culturales (día nacional).

El primero de ellos es el servicio de acogida a las personas afectadas y familiares, ofreciendo la información necesaria para conseguir su mejor conocimiento e implicación. "Son enfermedades poco conocidas a nivel social y cuando una persona o una familia recibe el diagnóstico no sabe bien qué puede hacer. Desde ASNAEN les arropamos con un asesoramiento personalizado para que puedan saber a qué se enfrentan y beneficiarse de la terapia que más les convenga", afirma Aspurz.

La principal terapia que ofrece ASNAEN es la fisioterapia, "actualmente la herramienta más eficaz para retrasar el empeoramiento físico, evitar la rigidez articular y las lesiones añadidas por falta de movilidad". De esta forma, la asociación ofrece dos sesiones semanales a cargo de profesionales especializados, un servicio que complementa el



"UNA MAYOR INVESTIGACIÓN ES LA CLAVE PARA LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES"

ofrecido por la Sanidad Pública, que tiene un número limitado de sesiones anuales.

"Es fundamental que se desarrolle de forma permanente para mantener la capacidad funcional y minimizar las complicaciones derivadas de estas enfermedades", declara la presidenta, quien detalla que este servicio "no solo ayuda a nivel físico, facilitando realizar las tareas de la vida cotidiana, sino también a nivel emocional, ya que potencia la autoestima y su desarrollo personal, familiar, académico o laboral". Este servicio se complementa con un programa de logopedia dirigido a aquellas personas que por su patología ven afectada el habla o la deglución.

Asimismo, la asociación ofrece apoyo psicológico individual, tanto a las personas afectadas como a sus familiares, para favorecer la aceptación de la enfermedad y evitar el aislamiento social; además de llevar a cabo diversos talleres de autoayuda.

Sensibilización y divulgación

Además del apoyo a las personas afectadas, la asociación pone en marcha acciones para sensibilizar al conjunto de la sociedad, y en particular, a instituciones públicas y privadas, sobre estas enfermedades y la problemática de este colectivo. De esta forma, ASNAEN organiza de forma periódica charlas con especialistas para compartir conocimientos y coloca mesas informativas, además de celebrar el Día nacional de estas enfermedades con diferentes actividades tanto lúdicas como reivindicativas.

"Queremos concienciar a la sociedad sobre estas enfermedades para que la disminución de la fuerza muscular no nos deje fuera de la vida social por las barreras arquitectónicas...y para solicitar una mayor investigación", comenta su presidenta.

Por último, la asociación apoya la promoción de la investigación clínica y de base sobre estas enfermedades para mejorar las posibilidades terapéuticas, rehabilitadoras y curativas.

La mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedades neuromusculares pasa por tres aspectos, a juicio de ASNAEN, el primero de ellos "continuar y reforzar la colaboración entre la asociación y el personal médico especializado". "La unión hace la fuerza. Ellos tienen los conocimientos médicos y nosotros los conocimientos prácticos del día a día. Por ello, nos parece muy beneficioso que nos deriven a personas afectadas para que les ofrezcamos información y servicios que mejoren su calidad de vida", explican desde la asociación.

Asimismo destacan la importancia de las derivaciones de los médicos de atención primaria a los especialistas en el menor tiempo posible, ya que la valoración de los pacientes neuromusculares por médicos especializados en estas enfermedades ha demostrado que reduce el tiempo diagnóstico. "Hasta ahora podían pasar varios meses o incluso años antes de ser derivados al especialista para poder ser diagnosticados, debido al desconocimiento de estas enfermedades; pero, hoy en día, esto se ha reducido gracias a su mayor conocimiento y a la existencia de una consulta específica en patología neuromuscular del CHN".

En segundo lugar, ASNAEN apuesta por reforzar las sesiones de fisioterapia que reciben por parte de la Sanidad Pública. "Mejorar su calidad de vida y adaptación al entorno, aumentar la autonomía y prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad. El problema es que a día de hoy recibimos pocas sesiones anuales y, por ello, en la asociación buscamos recursos públicos y privados para poder ofrecer dos sesiones semanales a cada afectado, pero nos resulta muy complicado mantener este servicio", afirma su presidenta.

Por último, ASNAEN solicita un mayor apoyo a la investigación de las enfermedades neuromusculares. "Como se trata de enfermedades minoritarias, hay menos farmacéuticas o universidades dedicándose a la búsqueda de fármacos innovadores, pero no nos resignamos y necesitamos de las instituciones tanto públicas como privadas un mayor apoyo; ya que tenemos el mismo derecho a recibir los mejores tratamientos, y para ello es imprescindible la investigación".

LOS TRIBUNALES SIGUEN RESPALDANDO LA COLEGIACIÓN OBLIGATORIA

ASÍ RESULTA DE DOS RECIENTES SENTENCIAS DICTADAS EL 16 DE JULIO DEL PRESENTE AÑO 2018, UNA POR EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL Y LA OTRA POR EL TRIBUNAL SUPREMO (SALA 3º DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO).

Mariano Benac Urroz.
 Asesoría jurídica.

A) SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL 82/2018, DE 16 DE JULIO.

El supuesto de hecho que conoce la sentencia es el de un veterinario que solicitó su baja en el Colegio Oficial de Veterinarios de Cantabria, al amparo de lo establecido en el artículo 17 de la Ley de Colegios Profesionales de aquella Comunidad Autónoma, que establece:

"Será requisito indispensable para el ejercicio de las profesiones hallarse incorporado al Colegio Profesional correspondiente cuando así lo establezca una ley estatal... El requisito de colegiación previsto en este apartado no podrá ser exigido a los profesionales vinculados con la Administración Pública mediante relación de servicios regulada por el derecho administrativo o laboral. No obstante, precisarán de la colegiación para el ejercicio privado de su profesión... La exención de colegiación prevista no resultará de aplicación al personal médico y de enfermería cuyas funciones comprendan la realización de actos profesionales que tengan como destinatarios inmediatos a los ciudadanos".

El veterinario en cuestión alegó su condición de funcionario facultativo

de producción y sanidad animal y, por tanto, el hecho de que presta directamente sus servicios profesionales a una Administración Pública, junto a la aportación de una declaración jurada de no ejercer libremente la profesión por cuenta propia ni al servicio de un tercero.

El Colegio desestimó la solicitud de baja con fundamento en el artículo 3 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales (estatal), cuyo precepto, en cuanto regulador de una materia de competencia estatal, vendría a determinar la inconstitucionalidad de las normas autonómicas que pretenden introducir excepciones como la invocada por el solicitante.

El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo de Santander planteó cuestión de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional para que se pronunciara si el artículo 17 de la Ley de Colegios Profesionales de Cantabria podría infringir el artículo 3 de la Ley de Colegios Profesionales estatal, y ser este último precepto normativa básica y, por tanto, vinculante para las Comunidades Autónomas.

El Tribunal Constitucional recuerda que en numerosas ocasiones se ha pronunciado en sentido similar, y que su jurisprudencia ha dejado claro que la adscripción forzosa a un Colegio Profesional tiene cobertura en el artículo 36 de la Constitución, y no vulnera ni el derecho a la asociación del artículo 22, ni la libertad sindical del artículo 28 del mismo texto constitucional.

La sentencia resume su argumentación en cinco argumentos:

- a) La exigencia de colegiación obligatoria de determinados colectivos profesionales para poder ejercer su actividad corresponde al Estado, y éste puede imponer la colegiación forzosa como forma de asegurar ciertas garantías de interés general en la prestación de servicios en un sector profesional.
- b) Cuando el Estado sujeta a colegiación obligatoria al ejercicio de una concreta profesión, está ejerciendo una condición básica que garantiza la igualdad en el ejercicio de los derechos y deberes constitucionales en todo el territorio del Estado.
- c) El Estado ha ejercido esa competencia exclusiva previendo la sujeción a colegiación de profesiones

A SESORÍA JURÍDICA



gimen Interior del Colegio de Ópticos Optometristas de la Comunidad Valenciana. En el control de legalidad efectuado por la Generalitat de aquella Comunidad Autónoma, la Consellería de Gobernación y Justicia suprimió el artículo 4 que establece que "cuando una persona cumpla los requisitos del artículo 10 de los estatutos y esté ejerciendo la profesión de óptico-optometrista sin estar colegiado se procederá a su colegiación de oficio para que, velando por la garantía y seguridad de los pacientes, lo ejerza legalmente y no incurra en

Se trata del Reglamento del Ré-

El señalado Colegio interpuso recurso contra la supresión del referido artículo 4, y la Sala de lo Contencio-so-Administrativo del TSJ de Valencia estimó el recurso, anulando la resolución de la Consellería de Gobernación y Justicia por entender que no es conforme a derecho la supresión del precepto que establece la colegiación de oficio del profesional que ejerce sin estar colegiado.

actos ilegales".

Con cita de jurisprudencia del Tribunal Constitucional, el Tribunal Supremo afirma que el establecimiento por el legislador por la colegiación obligatoria para el ejercicio de una profesión (art. 3 de la Ley de Colegios Profesionales estatal) responde a una valoración y se justifica por un interés público de que su ejercicio se ajuste a las normas o reglas que aseguren tanto la eficacia como la eventual responsabilidad en tal ejercicio, para cuya efectividad se atribuye al Colegio las funciones de tutelas del interés de quienes son destinatarios de los servicios prestados por los profesionales que lo integran.

Y que ha de entenderse que pertenece al ámbito de la voluntad del interesado la decisión sobre el ejercicio de una profesión de colegiación obligatoria e incluso de continuar en el ejercicio de la misma, pero queda fuera de su facultad de decisión el ejercicio de la profesión sin la correspondiente colegiación, pues ésta es una obligación impuesta legalmente cuyo cumplimiento queda bajo la tutela del correspondiente Colegio profesional, que puede y debe exigir su cumplimiento en cumplimiento de las funciones que le atribuye el ordenamiento jurídico.

La sentencia interpreta que las previsiones del controvertido artículo 4 del Reglamento del Régimen Interior referido han de considerarse amparadas por las normas examinadas, por cuanto suponen la apertura de un expediente instando de oficio la colegiación, no para entrar a desempeñar la profesión, lo que solo puede decidir el interesado, sino para exigir el cumplimiento de la obligación de colegiación a quien ya ha decidido y está en el ejercicio de la profesión.

Por lo que finalmente, desestimando el recurso de la Generalitat Valenciana, el Tribunal Supremo considera ajustado al ordenamiento jurídico que los Colegios dispongan de la normativa que les permita la apertura de un expediente de colegiación de oficio de quienes, sin estar colegiados, ejercen la profesión, garantizando en su tramitación el derecho del interesado a decidir sobre la continuación o cese en el ejercicio de la profesión en las condiciones que se le exigen.

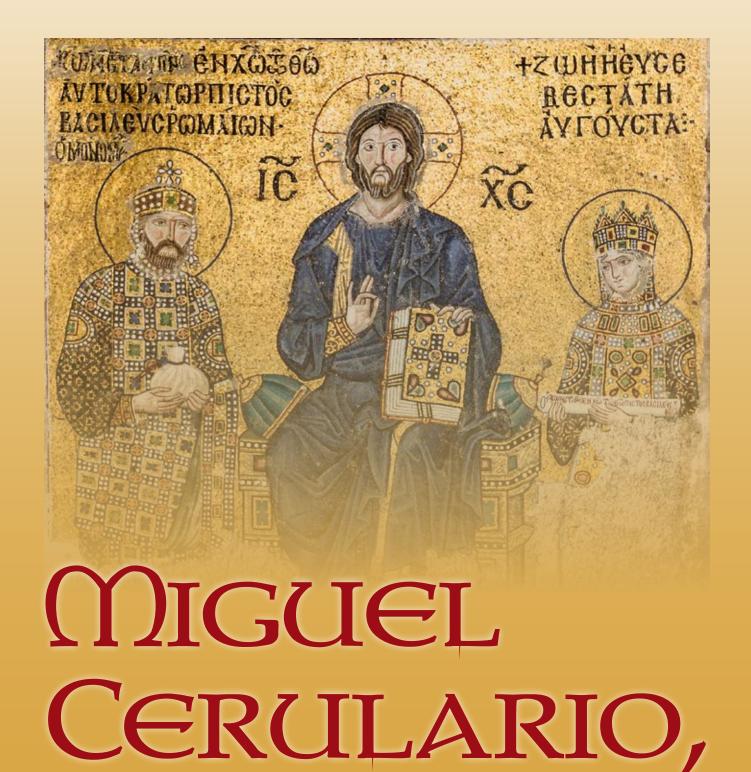
tituladas, estableciéndolo en el artículo 3 de la Ley 2/1974, de Colegios Profesionales estatal.

- d) La normativa estatal no exceptúa a los empleados públicos en general de la necesidad de colegiación en el caso de que presten servicios solo para, o a través, de una Administración Pública.
- e) Las Comunidades Autónomas no pueden introducir excepciones a la exigencia obligatoria de colegiación, aunque sea de manera limitada -determinados colectivos, como puedan ser los empleados públicos-, porque ello no constituye un desarrollo sino una contradicción con las bases estatales.

En atención a todo ello, el Tribunal Constitucional declara la inconstitucionalidad del artículo 17 de la Ley de Colegios Profesionales de Cantabria por contravenir la legislación básica dictada en la materia (artículo 3 de la Ley de Colegios Profesionales estatal).

Y, consiguientemente, es de suponer que el Juzgado de Santander confirmó como ajustado a derecho la resolución del Colegio de Veterinarios de Cantabria, denegando la baja solicitada.

BIOGRAFÍAS MÉDICAS



PATRIARCA DE CONSTANTINOPLA

 $(2^{\underline{a}} \text{ PARTE})$

BIOGRAFÍAS MÉDICAS

En la página anterior: Constantino IX Monomachos, a la derecha de Christ Pantocrator; A su izquierda, la emperatriz Zoe. Hagia Sophia (Estambul, Turquía). Siglo XI.

44

«A RAÍZ DE LA RUPTURA COD ROMA SE CODVIRTIÓ ED EL HOMBRE MÁS PODEROSO DEL IMPERIO»

§ Jesús Repáraz Padrós



ras su retorno a la capital bizantina (1041) y conservando aún su condición de monje, Cerulario consiguió ganarse la confianza del nuevo emperador, el anciano y excéntrico Constantino IX Monómaco. Al igual que Cerulario, Monómaco había participado en la

conspiración contra Juan Orfanotrofo y, por aquel tiempo, ambos hombres habían mantenido una relación amistosa, aunque superficial. Ahora, Monómaco nombró a Cerulario secretario de la Corte y consejero particular del Patriarca de Constantinopla. Pese a tratarse de un hombre de carácter violento e irascible, Cerulario debió de desempeñar los cargos que le fueron confiados de un modo extremadamente satisfactorio, puesto que a principios del año 1043 fue ordenado sacerdote y ascendido al patriarcado por voluntad expresa del emperador. Una vez convertido en la primera autoridad religiosa del Imperio, Cerulario comenzó a dar muestras de su verdadera personalidad al encarcelar a Juan Orfanotrofo (el responsable de su exilio) y hacerlo cegar mediante una barra de hierro calentada al rojo vivo. A continuación, lo desterró a Mitilene -en la isla de Lesbos-, donde Orfanotrofo terminó sus días ejecutado por orden del emperador.

Fue por aquella época cuando los primeros grupos de normandos comenzaron a infiltrase en las posesiones bizantinas en Italia. El Papa León IX, considerándose favorecido por la ocupación, se abstuvo de pronunciarse contra ella. Todo lo que contribuyese a debilitar la presencia bizantina en Italia, pensó León, resultaría beneficioso para los intereses del papado, especialmente teniendo en cuenta la fidelidad de los normandos a la sede romana. Por contra, Cerulario, herido en su ambición al ver cómo aquellos territorios eran arrebatados de su jurisdicción, resolvió reaccionar contra Roma de forma violenta e inmediata. Necesitaba, no obstante, un pretexto teológico para justificar su iniciativa, y lo encontró en la utilización de pan ácimo para la celebración de la Eucaristía, una práctica

propia del rito cristiano occidental y que Cerulario se apresuró a calificar de herética y judaizante. No contento con este primer ataque, pasó a criticar con igual dureza otros preceptos latinos como el ayuno sabático y el celibato sacerdotal, de los que afirmó no ser propios de cristianos sino de "perros turcos, cismáticos, hipócritas y mentirosos".

En el año 1052, alegando estos y otros argumentos, el patriarca de Constantinopla ordenó el cierre de todos los templos bizantinos que hasta entonces hubieran seguido la liturgia romana. León IX, adivinando al instante el riesgo de una ruptura que en el fondo no deseaba, trató de contemporizar. Escribió a Cerulario y al emperador, asegurando al primero que no era intención de Roma clausurar ni uno solo de los monasterios bizantinos existentes en suelo occidental, y urgiendo a Monómaco a llegar a un entendimiento. Tuvieron lugar entonces varios intentos de negociación entre las delegaciones diplomáticas de Roma y de Constantinopla. Los legados pontificios enviados a la capital bizantina fueron amablemente recibidos por Constantino Monómaco (quien tampoco deseaba un cisma) y alojados en calidad de huéspedes en el palacio imperial. Pero Cerulario, que ya había decidido anular cualquier posibilidad de reconciliación, se mostró airadamente ofendido cuando los cardenales, llevados a su presencia, se negaron a postrarse ante él. Para asegurar la ruptura, envió con gran parafernalia un escrito al patriarca Pedro de Antioquía en que calificaba a los legados papales de "arrogantes, insolentes, presumidos y estúpidos". De ese modo, y pese a la voluntad de cooperación manifestada en todo momento por Monómaco, la postura intransigente del patriarca bizantino condujo las conversaciones al fracaso. El 16 de Julio de 1054, León IX excomulgó a Cerulario. Éste respondió al momento rechazando el decreto pontificio y dictando, a su vez, excomunión contra los legados papales.

BIOGRAFÍAS MÉDICAS



San León IX. Iglesia de St. Kilian (Alsacia). Pintura del siglo XIX.

de 1056. Poco antes morir, la emperatriz -aconsejada por Cerulario- designó como sucesor a un anciano patricio llamado Miguel Bringas, un simple

hombre de paja destinado a ser un títere en manos

del patriarca.

Durante el breve reinado de Bringas, Cerulario fue quien realmente dirigió los destinos de Bizancio. Su dominio sobre el emperador era absoluto. En cierto momento, haciendo gala de una vanidad infantil muy propia de su carácter, el patriarca decidió usurpar algunos de los símbolos externos de la dignidad imperial como, por ejemplo, el calzado de color púrpura. No fue esta la única provocación que hubo de soportar el emperador. En realidad, ni siquiera en público se molestaba Cerulario en ocultar su desprecio por Bringas, a quien en una ocasión -y en presencia de testigos- dirigió estas duras palabras: "Recuerda, imbécil, que yo te creé, y que

puedo destruirte también". El emperador, que aunque anciano y débil de espíritu conservaba un mínimo de amor propio, trató desesperadamente de poner fin a aquella penosa situación, pero entonces Cerulario instigó al Ejército a amotinarse. En el verano de 1057, Miguel Bringas fue depuesto y, aunque salvó la vida, se le recluyó a perpetuidad en un monasterio. Para ocupar su puesto, el patriarca eligió a un general llamado Isaac Comneno.

Paradójicamente, la llegada de Comneno al trono iba a resultar fatal para los proyectos de Cerulario, quien, instalado en la cima del poder absoluto, aún trató de hacerse recompensar por el nuevo soberano y exigió de él nuevas y más amplias prerrogativas. En palabras de un cronista de aquel tiempo, Cerulario, "perdida ya toda vergüenza, unió en su persona el poder secular y el espiritual; su mano blandía la cruz, al tiempo que su boca dictaba las leyes del Imperio". Semejante estado de cosas, sin embargo, iba a cambiar de forma radical a partir de la entronización de Comneno. Éste, aunque inicialmente aparentó mostrarse dócil y sumiso, era en realidad un hombre enérgico y astuto que no estaba en absoluto dispuesto a permitir que nadie lo manejara. Poseía las cualidades necesarias para gobernar un imperio como el bizantino y contaba, además, con una amplia experiencia militar forjada en mil batallas

Aquella mutua excomunión no logró, evidentemente, que ninguna de las partes en conflicto renunciara a sus posiciones. Ante el desafío que Cerulario había planteado a Roma, los restantes patriarcados orientales (Alejandría, Antioquía y Jerusalén) se alinearon con Constantinopla. Todo Oriente, pues, hizo causa común frente al Papa, consumándose así el cisma del que surgió la llamada Iglesia Ortodoxa.

A raíz de la ruptura con Roma, Cerulario no sólo consiguió la independencia religiosa para la Iglesia Oriental (la denominada "autocefalia"), sino que él mismo, contando con el apoyo de un pueblo bizantino al que desde los tiempos de Focio se le había inculcado el odio a todo lo latino, se convirtió en el hombre más poderoso del Imperio. Su autoridad, que ya había quedado patente al imponerse a los deseos conciliatorios del emperador, se hizo ahora indiscutible. Muchos historiadores piensan que ese fue, desde un principio, el verdadero objetivo de Cerulario y la razón que explicaría su deliberado alejamiento de la obediencia papal. Constantino Monómaco murió en el año 1055 después de haberse enemistado con Cerulario, y fue sucedido por su cuñada Teodora Porfirogeneta, última representante de la dinastía de Basilio II. Teodora apenas sobrevivió un año a su coronación, falleciendo en Agosto



Entrada de los cruzados en Constantinopla. Eugene Delacroix (1840). Museo del Louvre (París).

contra los bárbaros del norte. Así pues, esperó pacientemente a que el poder de Cerulario mostrase una mínima fisura, y cuando creyó haberla hallado, atacó directamente y sin piedad. Aprovechando una disputa surgida entre las autoridades civiles y religiosas de Bizancio en torno a la titularidad de las

propiedades eclesiásticas, Comneno envió al todopoderoso patriarca al exilio en Noviembre del año 1058. Ni siquiera entonces consintió Cerulario en abdicar de su cargo. Al contrario, sabiéndose respaldado por el influyente clero bizantino, llegó incluso a planear un levantamiento popular que debería derrocar a Comneno y colocarlo a él en el trono. Pero Comneno, una vez dado el primer paso contra el patriarca, ya no vaciló: ratificó la orden de destierro y convocó a juicio a Cerulario, encargando su acusación a Miguel Psellus, el más prestigioso erudito de la época. En su escrito "Acusación contra Cerulario ante el Sínodo", Psellus calificó al patriarca de "impío, tirano, asesino y sacrílego", y lo acusó de practicar "la traición, el paganismo y la magia". No cabe duda de que si el juicio hubiera llegado a celebrarse, las consecuencias para Cerulario habrían resultado fatales; sin embargo, no hubo lugar a ello, ya que, por causas no conocidas, Cerulario falleció de forma repentina en la localidad asiática de Madytus, el 21 de Enero de 1.059.

La muerte de Cerulario trajo consigo, como a menudo sucede con ciertos personajes populistas, la exaltación de su figura. El emperador Comneno, temeroso de ser culpado del fallecimiento y con el fin de evitar posibles disturbios, manifestó ostentosamente su dolor por todo lo ocurrido; el pueblo aclamó a Cerulario como si de un héroe nacional se tratara, y hasta el propio Psellus se apresuró a publicar un entusiasta panegírico del que ahora resultaba haber sido "el más sabio e incomprendido de los hombres". Rodeado de honores, el cadáver de Cerulario fue trasladado desde Madytus hasta Constantinopla e inhumado con gran pompa entre el fervor popular.

Cabría pensar que un cisma como el de Oriente, que aparentemente tuvo su origen en la ambición política de un solo hombre, hubiera debido resolverse sin mayores dificultades una vez desaparecido éste. Sin embargo, no ocurrió así. La ruptura, aunque consumada por Cerulario, venía gestándose sobre siglos de incomprensiones y recelos

«LA MUERTE DE CERULARIO TRAJO CODSIGO, COMO A MEDUDO SUCEDE COD CIERTOS PERSODAJES POPULISTAS, LA EXALTACIÓD DE SU FIGURA»

mutuos entre Constantinopla y Roma, lo que hacía muy difícil la reconciliación. Por otra parte, los Papas posteriores a León IX se aliaron con los normandos contra Bizancio, y el brutal saqueo de Constantinopla llevado a cabo por los ejércitos cruzados en la primavera de 1204 no hizo sino alimentar el odio de los bizantinos contra Occidente. Más aún, desde finales del siglo XIII hasta mediados del XV los reinos cristianos de Europa contemplaron indiferentes cómo la presión turca sobre Constantinopla crecía de día en día sin mover un dedo en su ayuda. Ni siquiera la caída definitiva del Imperio en manos otomanas en 1453 sirvió para aproximar a católicos y ortodoxos. Novecientos años habrían de transcurrir desde la muerte de Cerulario para que, durante la celebración del Concilio Vaticano II, el Papa Pablo VI y el Patriarca Athenágoras revocasen la mutua excomunión dictada por sus predecesores en 1054. Aquél fue, sin duda, un paso significativo hacia la restauración de la unidad entre dos Iglesias hermanas que, pese a todo, hoy en día continúan separadas.



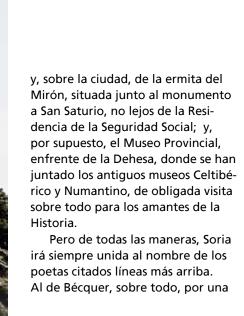
oria, capital de la provincia de igual nombre, se encuentra situada casi a mitad de camino entre Madrid y Pamplona, siendo una más de esas ciudades de paso en la que poca gente para, menos ahora que con la variante So-20 la ciudad queda rodeada y sólo pasa por la población el que de verdad quiere ir a ella. Y, sin embargo, Soria ciudad, más allá de Gustavo Adolfo Bécquer, Antonio Machado o Gerardo Diego, tiene una larga historia que ha ido dejando en ella un patrimonio cultural digno de ser conocido. Para quien lo dude no estará de más pasar, a vuela pluma, una ojeada por ese rico patrimonio.

Al otro lado del Duero, antes de llegar al Puente de Piedra por la carretera antigua que unía Pamplona con Madrid, a mano izquierda, la

iglesia de San Polo, de origen templario, camino obligado para alcanzar la ermita de San Saturio, patrón de la ciudad. Más allá, un poco más cercano a la población, a la derecha, San Juan del Duero, con su magnífico claustro influido por el arte musulmán, verdaderamente único. Al otro lado del río, subiendo ya hacia el centro de la ciudad, la Concatedral de San Pedro, con una sencilla portada plateresca, coronada por una hornacina con un San Pedro sedente, y en el interior un señero claustro perteneciente a la primitiva iglesia del siglo XII, que invita

al sosiego y a la meditación. Ya en la cima de la antigua carretera que bordeaba el casco histórico, donde comienza la calle de la Aduana Vieja, la gran sorpresa de la belleza de Santo Domingo, referente del románico poitou en España. Un poco más adelante, pasada la plaza de toros, a la izquierda, queda la Alameda de Cervantes, para los sorianos la Dehesa, en cuya linde, pero ya dentro de ella, se encuentra la pequeña Ermita de la Soledad. No mucho más allá -en Soria no hay distancias- en la subida hacia el cementerio, otra sorpresa: el magnífico ábside ro-

VIAJES



de sus leyendas: El monte de las ánimas, que el poeta sevillano situó en la ciudad. Al del menor de los Machado, tanto por su historia personal de profesor de francés de su Instituto y su matrimonio con Leonor como, sobre todo, por su obra Campos de Castilla. También a la de Gerardo Diego, que fue catedrático de Lengua y Literatura en el mismo instituto en el que enseñó francés Antonio Machado, y que nos dejó una obra titulada precisamente Soria.

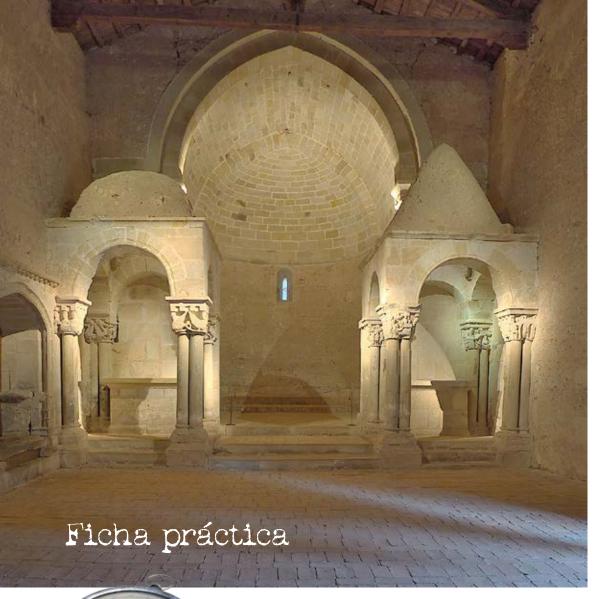
◀ Ermita de San Saturio. Soria.

Burgo de Osma. Calle Mayor. ▼



mánico de San Juan de Rabanera, y ya en el cementerio, a la vera del olmo viejo y hendido por el rayo de Machado, la Iglesia del Espino. Pero eso no es todo, se hace inevitable recordar el hermoso Palacio de los Condes de Gómara, verdadera joya renacentista de la ciudad, con una fachada perfecta en su seriedad y una doble logía italianizante; la Casa de los Doce Linajes, hoy sede municipal; los Palacios de los Castejón y los Del Río, restos del antiguo esplendor de la ciudad allá por los siglos XVI y XVII; los magníficos miradores, sobre el río, del Parador Antonio Machado





Monasterio de San Juan de Duero. Soria.

Cualquier

tiempo es bueno para visitarla, aunque en invierno suele hacer bastante frío y nieva más de lo que fuera de desear. De los alrededores de la ciudad y en una provincia como la de Soria, tan importante históricamente y en la que hay tanto que ver, resulta difícil abreviar. Empezaremos recordando que las ruinas de Numancia, están a 8 kilómetros por la N-111, se accede desde Garray. Luego que, a través de la N-122 en dirección Aranda, se encuentran Catalañazor (sí, donde Almanzor perdió el tambor); El Burgo de

monumental torre, lugar sin duda importante que merece más espacio del que aquí se le puede destinar; Gormaz, con su impresionante castillo califal, si bien queda a la derecha a 15 kilómetros por una carreterilla, la SO-920, que viene de Ucero y el Cañón de Río Lobos atravesando El Burgo; y finalmente San Esteban de Gormáz con sus iglesias románicas, desde donde cruzando el Duero, vía Liceras, se puede llegar a las ruinas de la celtibérica y posteriormente romana Tiermes. Así mismo si tomamos en Soria la A-15 a 32 kilómetros, en un altozano que domina el Duero, está Almazán, con sus restos de

muralla y tres de las primitivas puertas, así como un conjunto de iglesias entre las que destaca San Miguel por su sorprendente

cúpula califal, ubicada en su magnífica plaza mayor, presidida por el Palacio de Altamira. Si desde aquí se toma la CL-116 se puede acceder a Berlanga de Duero, con su castillo y la Colegiata de Santa María del Mercado, camino obligado para alcanzar la increible ermita mozárabe de San Baudelio (dicen que posiblemente un antiguo morabito de la época califal). Si por el contrario seguimos desde Almazán la dirección a Madrid, a 41 kilómetros está Medinaceli, con su arco romano, parte de sus murallas y alguna puerta, donde en un extraordinario ejercicio de recuperación, dado el grado de abandono en que se encontraba hace 45 años, se está devolviendo al pueblo su natural encanto.

Osma, con su catedral y su

A 29 kilómetros, tomando en Medinaceli la A-II en dirección a Zaragoza, se encuentra el Monasterio de Santa María de Huerta, otra de las joyas importantes de la provincia. Finalmente saliendo de Soria por la N-122 (queda a un lado por la N-234, Almenar, con el Castillo en el que nació Leonor, la mujer de Machado), a 43 kilómetros, se encuentra Ágreda, con su historial guerrero, sus restos de muralla y alguna puerta califal, sus iglesias románicas y el recuerdo permanente de la Venerable Sor María de Ágreda, nada más y nada menos que consejera de Felipe IV.

Pero hay más, Soria es una provincia serrana que encierra otros lugares notables por su historia, sus tradiciones o su belleza. Y así por la SO-615, pasando el Puerto de Oncala, están Yanguas -que además de poseer un conjunto histórico-artístico notable, en su tiempo fue la residencia de la banca de la Mesta- y San Pedro Manrique con sus viejas tradiciones de pasar las brasas

y de las móndidas. De la misma manera que por la CL-117, desde Cidones, está ese reguero de pueblos pinariegos preciosos (lo decía así Gaya Nuño) que siguen al primer Duero: Duruelo, Navaleno, Covaleda, Salduero, Molinos de Duero y Vinuesa, este último lugar ya en la

SO-830, desde la que más adelante arranca la carreterilla que asciende hasta la Laguna Negra de Urbión.

De las muchas veces que he pernoctado en la capital soriana tengo un buen recuerdo del Parador Nacional Antonio Machado, mirando al Duero frente a San Polo, en el paseo de Fortún López; lo mismo que del Alfonso VIII, del Leonor del Mirón y del Cadosa, a pocos kilómetros antes entrar en la ciudad, en la intersección de la N-122 y la N-234, cada uno en su nivel; pero la oferta es amplia. Lo mismo diría en cuanto a la hora del yantar, aunque yo lo hice bien en el propio Parador, en el 87, en el Fogón del Salvador y hasta en el Kiosko de la Dehesa. No puedo decir lo mismo en cuanto a lo variado de sus especialidades culinarias

constituida fundamentalmente por los torrenillos, los níscalos y boletus, las migas de pastor (con uvas), la caldereta, el cordero asado, las chuletillas de lechal y el chuletón de vaca, así como la tarta costrada, las pastas de las Clarisas de Santo Domingo y la célebre mantequilla soriana. Por supuesto, para beber cualquier Ribera del Duero y el agua de la fuente, que aquí no tiene nada que envidiar a la del Lozoya. Para leer está claro por qué me decantaría: Antonio Machado y Bécquer, y como guía, pese a estar descatalogada hace ya muchos años, la de Everest, firmada nada más y nada menos que por Juan Antonio Gaya Nuño y Concha de Marco, aunque supongo habrá alguna más actualiza del País.

Calatañazor, Soria ▼



Hay la misma diferencia entre un sabio y un ignorante que entre un hombre vivo y un cadáver.

Aristóteles. Filósofo griego. (384 AC-322 AC)

• IÑAKI SANTIAGO

Ya lo decía mi querido padre: "¡Qué atrevida es la ignorancia!". Atrevida es poco. Es una de las peores condiciones de la vida. Tendría que ser el octavo pecado capital (para los de la LOMCE, agnósticos y ateos les recomiendo la revisión del catecismo del padre Astete).

Y no se trata de la tontería o del desconocimiento. Conocí a un psiquiatra que afirmaba que "en este mundo el que no está loco, es porque es tonto". No me dijo en qué saco me encuadraba a mí, ni en cuál se incluía él. El caso es que lo que llamamos tontería, estupidez, necedad, tontez o simpleza (denominación de la misma condición según la zona) se podría definir como la condición de una persona que, por diversas circunstancias de la vida, se ve abocada a una falta de normal raciocinio, derivando en una incapacidad de entente total y en incompetencia absoluta para el aprendizaje. O sea, que no dan para más.

Dejando aparte las lamentables situaciones congénitas o debidas a malditas anoxias periparto, donde la capacidad intelectual se ve mermada de por vida por la condenada mala suerte, nos centraremos en aquellos casos en los que la ignorancia o la idiocia son de carácter adquirido y,

por tanto evitable, lo cual no deja de tener su aquel.

Unas veces esa ausencia de saber procede de una falta de inteligencia que, aunque adquirida, es tristemente involuntaria. Es decir, el sujeto o sujeta en cuestión (perdón por la forma lingüística pero es lo que tiene la bendita equidad) no tiene culpa de su insulsez, ya que viene determinada por una falta total de estímulo externo, bien por parte de sus progenitores, bien por parte del resto de congéneres. Hasta hace poco se le conocía como "el tonto del pueblo". No había pueblo que no se jactase pública y notoriamente de contar entre sus convecinos con al menos un tonto. En según qué lugares llegaban a tener varios, pero la lógica se impone y siempre había uno que destacaba sobre los demás, lo cual derivaba en una inevitable sentencia: tonto como tal, solo hay uno, por mucho que se quieran chulear los del pueblo. Eran (son) personas que, una vez venidas a esta mundanal existencia, se veían tristemente abocadas a la más absoluta ausencia del más mínimo aprendizaje intelectual, entendido éste como algo tan básico como aprender a leer y escribir o saberse de memoria la tabla del uno, por poner algo fácil (para los de la LOMCE,

esto va de multiplicaciones). Nada más nacer se les asignaba un rol del que ya no podrían librarse en toda su vida. Uno iba para pastor. El otro iba para labriego. ¿Para qué iba a gastar la familia tiempo y dinero en educación si esas labores no requerían ningún docto adiestramiento intelectual? A otro, directamente se le asignaba como tonto del pueblo. Para los pueblos era tan importante tener su tonto, como esencial era disfrutar de médico, boticario y, por supuesto, cuartelillo de la Guardia Civil con al menos un sargento del benemérito cuerpo. Esto, el señor alcalde lo agradecía sobremanera, ya que aquel orden social le permitía poder jugar reñidas partidas de mus o dominó en la taberna, bajo la atenta mirada del tonto del pueblo.

Dicen que en un pueblo, el tonto de la localidad tuvo en vilo a todos los vecinos por un suceso que paso a relatar. Resulta que unos rufianes, amparados en la turbadora oscuridad de la noche, se habían apropiado, de forma claramente ilícita, de la colecta del cepillo de la iglesia. Que roben en la cantina mal, aunque podría sobrellevarse, pero ¿en la sagrada parroquia? Todo el mundo estaba estupefacto. Todos, salvo el tonto del pueblo, que al parecer insinuó

ANECDOTARIO

conocer la identidad de los malvados malhechores. Ante semejante noticia el alquacil, junto con el cura y el alcalde, visiblemente desconcertados. Ilamaron a capítulo a su tonto particular y dado que el tonto además de eso era parco en palabras, no tuvieron más remedio que agasajarlo con diferentes dulzainas y refrescos a fin de conseguir ganarse su confianza. Con el individuo en cuestión va ahíto, los nerviosos próceres le rogaron, con evidente impaciencia, que les dijera de una vez quién diablos había cometido el abominable latrocinio. El tonto, introduciendo con tranquilidad en la boca una migaja de pastelillo de crema que se le había quedado pegada a la comisura, se relamió el dedo y con casi estudiada naturalidad y voz medio gangosa dijo en un animado grito:

 ¡Pos quién va sé…! ¡Loh ladroneh! –procediendo orgulloso a sorber ruidosamente un nuevo refresco de naranja.

Crónicas jocosas aparte, a este personaje, el tonto del pueblo, se le reconoce fácilmente porque habitualmente es una buena persona, llena de bondad, dispuesta a ayudar a cualquiera que se lo solicite y, por qué no decirlo, más simple que el mecanismo de un lápiz.

Y en el polo opuesto tenemos al peor tonto de todos: al ignorante voluntario. Al auténtico ignorante. Al único en su género. Al que es ignorante por decisión propia. A aquél lleno de oportunidades en la vida y que, vaya usted a saber por qué extraños motivos, ha ido desaprovechando voluntaria y conscien-



temente una ocasión tras otra. Es el ignorante atrevido. El que va de listo por la vida. Resumiendo, es de auténtico bofetón. Se le reconoce por sus actos, que suelen ser peregrinos e insólitos, cuando no exóticos. Es insufrible, porque su ignorancia es tan supina que le impide darse cuenta de su propia condición de ignorante. Se le reconoce porque cuando le preguntan algo, es incapaz de quedarse callado, aceptando que no sabe, y siempre contesta a todo. Los podemos encontrar en diferentes tribus de poligoneros, chonis, tipos con la visera de la gorra girada a un lado en plena noche y demás. Hoy día es fácil encontrarlos en diferentes programas televisivos de dudosa catadura moral periodística, intentando parecer normales. Pero solo

intentándolo. Una pena, vamos. Lo dicho, de bofetón.

¿Tan difícil es reconocer que no sabes algo? Al parecer sí. Sobre todo si eres ignorante, porque tu propia mentecatez te impele a contestar para no dar pie a que se dude de tu intelecto. Craso error, amigo. Espero que aquel psiquiatra que he comentado cuando decía "tonto" se refiriera a estos ignorantes de puro bofetón.

¡Ah!, algunos llegan a políticos. Ahí lo dejo. No seré yo quien dé nombres.

En el mundo sanitario tampoco nos libramos de estos insufribles personajes. Cualquiera diría que son legión. Afortunadamente no, pero se dejan notar. ¡Ya lo creo que se dejan notar!



ANECDOTARIO

QUÉ IMPORTANTES SON LAS VITAMINAS

Aquel médico entraba en los últimos minutos de su trabajo en planta, observando con interés la analítica de sangre que le acababa de llegar de un paciente a su cargo. Ante los resultados, que no vienen al caso, decidió añadir al tratamiento la aplicación intramuscular de una ampolla de vitamina B12. Para ello, rellenó la preceptiva hoja de tratamiento y puso en conocimiento de la enfermera de turno la decisión para que procediera a su administración. Posteriormente, y ya acaba su jornada laboral y con esa sensación de placer que da el trabajo bien hecho y, sobre todo, abandonarlo, se fue tranquilamente a su domicilio.

A la mañana siguiente su primera preocupación fue hablar con la enfermera del día anterior a la que le indicó la administración de la vitamínica inyección.

- ¿Le pusiste al paciente que te comenté la ampolla de vitamina B12 intramuscular?
- Sí, sí, claro. Lo que pasa es que como no tenía en ese momento vitamina B12 y la farmacia ya estaba cerrada, le administré dos ampollas de vitamina B6 que había por aquí –contestó ufana la enfermera, con una insulsa sonrisa, dando a entender lo bien que había sabido salir del entuerto, ante la boquiabierta y ojoplática mirada del médico, que no conseguía digerir lo que acababa de oír, mientras se pellizcaba por si aquello era un absurdo sueño.

Al final, el médico debió pensar que más vale que había vitamina B6 y no tuvo que solucionarlo ¡pinchándole doce ampollas de vitamina B1 en el culete!

DÉJENME RESPIRAR

Situémonos en una época pretérita, cuando el transporte sanitario recaía exclusivamente en abnegados voluntarios de Cruz Roja, imbuidos de unas infinitas ganas de ayudar al prójimo.

La ambulancia, un Seat 1500, paró bruscamente en la misma puerta de Urgencias, con un agudo frenazo acompañado de un desagradable sonido proveniente de una disonante sirena. De la parte de atrás descendieron raudos y veloces dos sudorosos voluntarios, correctamente uniformados y tirando con decisión de una camilla en la que yacía un varón víctima de un accidente de tráfico, que portaba un apretado collarín de inmovilización cervical de los de antes, cerrados por todos los lados, y perfectamente atado a la camilla a fin de evitar que se cayera de la misma. Llamaba la atención el estado de agitación del pobre accidentado, con una facies color azul marino casi negro e intentando emitir algún que otro sonido que, estaba claro, no podía exteriorizar.

Cuando pasó ante un celador, éste lo reconoció y con ojos desorbitados gritó:

- ¡¡Pero si es Pedro, el celador!!
- ¿Le conoces? –preguntó uno de los voluntarios, mientras empujaba la camilla con un brío solo entendible en alguien joven que lo que quiere es quitarse semejante marrón de encima.
- Por supuesto. Trabaja aquí de celador, pero... si está traqueotomizado... ¡¿cómo puñetas puede respirar?!

Una médico que estaba al tanto de la jugada se acercó al paciente y rápidamente le retiró el collarín cervical. ¡Efectivamente! ¡Era Pedro con su traqueotomía!

El pobre Pedro, tras verse liberado de la apretura del collarín, con gran ansiedad tomó aire durante varias veces a través de su traqueotomía, para, con ese hablar a base de eructos que utilizan estos pacientes, acabar soltando un sonoro:

- ¡¡Cabrones!! ¡¡Casi me asfixiais!!
 -dirigiendo una amenazadora y agresiva mirada a los de la Cruz Roja, llena de un odio solo propio de quien ve que su vida pende de un hilo... o, en este caso concreto, de un endemoniado collarín.

Tras las obligadas disculpas de los pobres voluntarios, la cosa quedó en un susto y Pedro pudo irse a su casa ¡con viento fresco!



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 sanitarios





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

Teléfono 948 226 093 - Fax 948 226 528

www.pamplonacongresos.es

Salón "La Pérgola" con capacidad

pata 200 personas.

Seguro de **Baja Laboral**





ESTAMOS CON USTED DURANTE SU BAJA LABORAL

Siéntase seguro en situaciones adversas

LE ASEGURAMOS EN CASO DE QUE TENGA UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

Con el nuevo Seguro de Baja Laboral, A.M.A. proporciona a sus mutualistas una cantidad económica* para compensar la falta de ingresos durante la baja laboral.



COBERTURAS BÁSICAS:

- ✓ INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD
- ✓ INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

www.amaseguros.com 902 30 30 10 / 913 43 47 00



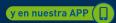












A.M.A. PAMPLONA

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

(*) La cantidad económica diaria queda previamente fijada en las condiciones de la póliza. Indemnización según baremo