



Colegio Oficial de Médicos de Navarra



Tratamiento farmacológico en demencias:

¿Cuándo y cómo retirar la medicación?

Becas Senior y MIR para Patricia Fanlo, Diego Latasa y Jesús Olivas

Convención de la Profesión Médica

Trastornos de adaptación: diagnóstico y tratamiento

Fórmate en tu Colegio: Avance del Programa 2019

SUMARIO

PANACEA

Revista trimestral del COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA

Enero, 2019 - Nº 124

Consejo de Redacción:

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

Comisión Científica:

Jesús Repáraz, 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)

www.colegiodemedicos.es

Destacamos...

4 La Dra. Patricia Fanlo gana la beca Senior 2018.



Becas Dr. Ignacio Landecho para Diego Latasa y Jesús Olivas.



Médicos y jubilación: compatibilidad y concurrencias de pensiones.



Enfermedad Inflamatoria Intestinal, en Londres por Alfonso Elosua.



Profesionales sanitarios contra los bulos de salud.



...y además:

- 3 Editorial
- Homenaje en el Colegio de Médicos a sus 72 jubilados en el 2018
- 19 I Campeonato Navideño de Mus Interprofesional
- El Colegio de Médicos de Navarra en la VI Convención de la Profesión Médica
- 27 Actividades de la Junta Directiva
- Avance del programa de formación médica para el 2019
- Tratamiento farmacológico en las demencias
- 34 Cooperación: Acordes solidarios
- Exposición "Mujeres, la fuerza del cambio" de la Fundación Vicente Ferrer
- Pacientes: Asociación Navarra de Espina Bífida e Hidrocefalia (ANPHEB)
- Actualización del Código de Deontología Médica
- XIV Jornada Formativa de namFYC (Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria)
- SEMG, SEMERGEN y ANPE en el Día Mundial contra la Neumonía
- 45 XXIV Jornadas Navarras de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES-Navarra)
- Trastornos de adaptación: diagnóstico y tratamiento.
- Diagnóstico de género de la profesión médica
- 64 CLEN COLLEGE
- 67 Restaurante
- 68 Asesoría Jurídica
- 70 Libros: "El corazón en un puño"
- 72 In memoriam: Pamplona recuerda a Arazuri
- 74 Viajes: Arcos de la Frontera
- 76 Anecdotario





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

EDITORIAL

DESEOS INCUMPLIDOS

Rafael Teijeira, presidente del COMNA

¡FELIZ 2019¡

Que 2019 sea un año lleno de felicidad, paz, prosperidad y solidaridad y que se cumplan todas vuestras expectativas en lo personal y en lo profesional.

Como viene siendo ya habitual, este primer editorial recoge los deseos para este año que comienza.

En lo colegial esperamos desarrollar nuestro plan estratégico que ya comenzó en 2018, pero que tiene fases por cumplimentar. Para su despliegue necesitamos la implicación de las personas que trabajan en el Colegio y sus empresas, y también de nuestros compañeros que dedican parte de su tiempo al Colegio (Comisión Deontológica, Panacea, Comisión de Formación, Tribunales de Becas, etc). Es un plan ambicioso, pero desde la Junta estamos convencidos que es lo que necesita el COMNA para afrontar con confianza su futuro.

La Organización Médica Colegial ha comenzado la renovación de nuestro Código Deontológico. Desde el Colegio hemos puesto a vuestra disposición una herramienta en la web para recibir aportaciones de todos los colegiados. En el momento de escribir este editorial, la posibilidad de hacerlo sigue abierta. Esperamos que haya muchas aportaciones que, sin duda, enriquecerán el texto definitivo. Como bien decía la Dra. Caballín, presidenta de la Comisión Deontológica, en su invitación para participar en la actualización del Código, "esta apertura a aportaciones y comentarios, además de novedosa, es una oportunidad para reflexionar sobre lo que se ha de considerar buen hacer en Medicina, un ejercicio de responsabilidad que nos concierne a todos".

En los editoriales de años anteriores nos referíamos a la necesidad de que los médicos sean bien tratados. Hemos sostenido que, siendo el paciente el núcleo del sistema sanitario, los médicos son la médula de los profesionales de la salud. Las peticiones de estabilidad y seguridad no se están cubriendo y como señalaba recientemente Serafin Romero, presidente de la OMC, en una tribuna abierta de un diario nacional, "sigue sin concretarse un pacto por la sanidad ni un pacto por los profesionales, dando lugar a desmotivación e indignación entre ellos". Los médicos necesitan estabilidad laboral, es necesario redimensionar las plantillas para corregir la sobrecarga asistencial y recuperar la ilusión de un desarrollo profesional. Si una parte de los profesionales manifiestan sentimientos de desánimo, hastío y desmotivación, es obligación de los responsables de la asistencia pública y privada corregirlo porque el mantenimiento de situaciones como las descritas pueden dar lugar a un deterioro en la calidad de la asistencia, fin último de la actividad de los médicos.

Os reitero mis mejores deseos para 2019.



BECA SENIOR

LA DRA. PATRICIA FANLO, GANADORA DE LA VII BECA SENIOR

Viajará a Reino Unido para una estancia formativa de un mes en la Unidad de Vasculitis y Lupus del Hospital Universitario de Cambridge.



El presidente del Colegio de Médicos entregó la beca a la Dra. Fanlo el pasado 27 de noviembre.

4

Patricia Fanlo Mateo, especialista en Medicina Interna y coordinadora de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Complejo Hospitalario de Navarra, ha sido la ganadora de la VII Beca Senior, que otorga la Fundación del Colegio de Médicos de Navarra

La Beca, dotada con 2.500 euros, permitirá a la Dra. Fanlo financiar su estancia formativa en la Unidad de Vasculitis y Lupus del Hospital Universitario de Cambridge (Reino Unido), centro de referencia europea y mundial en el manejo de enfermedades raras como la vasculitis y el Síndrome de Behçet.

El objetivo de la estancia es conocer el funcionamiento y la organización de una Unidad de enfermedades autoinmunes-sistémicas-raras de referencia mundial; formarse en el manejo multidisciplinar de estos pacientes; colaborar en estudios internacionales; y perfeccionar conocimientos en en-

fermedades como Granulomatosis de Wegener, Poliangeítis microscópica, Angeítis de Churg, Strauss Poliarteritis nodosa, Arteritis de células Gigantes, Arteritis de Takayasu, Crioglobulinemia, Púrpura de Henoch-Schonlein, Lupus, Enfermedad de Behcet's, Sordera Autoinmune, Síndromes Autoinflamatorios, etc.

La estancia de la Dra. Fanlo aportará, además, un beneficio para el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en concreto para la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario que fue creada en el año 2006.

BECA SENIOR



La Dra. Fanlo es especialista en Medicina Interna y coordinadora de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Complejo Hospitalario de Navarra.

◀

DATOS PROFESIONALES

La Dra. Patricia Fanlo Mateo es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza (2002), especialista en Medicina Interna y doctora por la Universidad Pública de Navarra (2017), máster internacional en Hipertensión Pulmonar por la Universidad Menéndez Pelayo y en Enfermedades Lisosomales por la Universidad de Alcalá de Henares.

Desde el año 2008 desarrolla su labor profesional en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra y coordina la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, la Consulta Multidisciplinar de Uveítis y el Proyecto NAGEN (Proyecto Genoma Navarra).

Es profesora asociada de la Universidad de Navarra y autora de más de un centenar de trabajos de investigación, artículos y guías de recomendación, especialmente en el campo de las enfermedades autoinmunes. Forma parte de grupo de Enfermedades Raras de la Sociedad Española de Medicina Interna y de la Sociedad Española de Inflamación Ocular. Recientemente ha sido nombrada coordinadora nacional del Grupo de Trabajo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Sociedad Española de Medicina Interna.

¿QUÉ SON LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES?

La Dra. Fanlo explica que "muchas enfermedades autoinmunes sistémicas se engloban dentro del grupo heterogéneo de enfermedades raras de patologías de etiología desconocida. Su patogenia se caracteriza por la disminución del sistema inmunitario. Presentan manifestaciones clínicas floridas que se traducen en la afectación simultánea o sucesiva de la mayoría de los órganos y sistemas del organismo y tienen como marcadores biológicos diversos anticuerpos".

La posible participación de cualquier órgano o sistema del organismo humano conlleva que el diagnóstico, el tratamiento y el estudio de estas enfermedades sean efectuados por especialistas en Medicina Interna. La Unidad de Vasculitis del Hospital Universitario de Cambridge fue creada en 1987 y atiende a un total de 1000 pacientes al año con vasculitis sistémicas, lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades raras autoinmunes como la Enfermedad de Behçet y Síndromes Autoinflamatorios. Está dirigida por el Dr. David Jane.

La Unidad también se distingue por su labor investigadora, ya que desde hace 25 años lidera la realización de ensayos clínicos de intervención y estudios en biomarcadores, histopatología y epidemiología clínica de la vasculitis ANCA. Ha impulsado una amplia red de investigación, que realiza ensayos clínicos de fase temprana en más de 100 centros de todo el mundo. Sus estudios han optimizado el uso de las terapias actuales y han permitido explorar nuevos agentes biológicos en enfermedades autoinmunes.

Becas Dr. Ignacio Landecho 2018 para **Diego Latasa** y **Jesús Olivas**

Viajarán a Australia y a Francia para completar su formación MIR

La Fundación del Colegio de Médicos de Navarra, con el patrocinio de Laboratorios Cinfa, ha concedido las Becas Dr. Ignacio Landecho a Diego Latasa y Jesús Olivas. Cada uno de ellos recibirá 3.000 euros para financiar sus estancias formativas en Australia (en el John Hunter Hospital de Newcastle) y en Francia (en el Hospital CHP Saint Martin de Caen).

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, y el presidente de laboratorios Cinfa, Enrique Ordieres, entregaron el cheque a los ganadores, el pasado 18 de Diciembre, en un acto que contó con la presencia del Dr. Manuel Landecho, hermano del que fuera vicepresidente del Colegio y que da nombre a las Becas.

A esta XI convocatoria se han presentado un total de 14 solicitudes (8 de MIRes del Complejo Hospitalario de Navarra y 6 de la Clínica Universidad de Navarra). En cuanto al destino propuesto para la rotación, 5 candidatos la solicitaron en un centro de España, 4 en otros países europeos, 2 en EEUU y el resto en Centroamérica, Australia y Canadá.

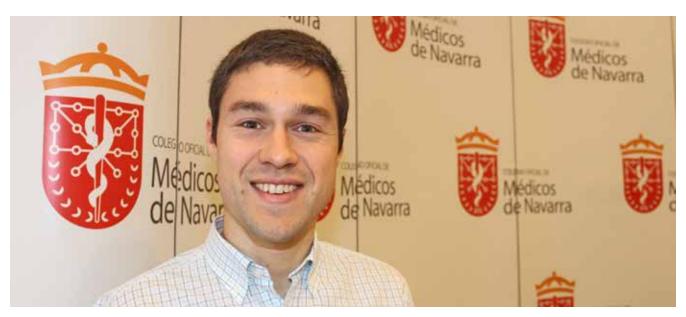


Dr. Diego Latasa: Traumatologia en el John Hunter Hospital de Newcastle, en Australia.

Diego Latasa es Médico Residente de Traumatología en el Complejo Hospitalario de Navarra. La Beca le permitirá una estancia en el Servicio de Traumatología, en la sección de fracturas, del John Hunter Hospital (JHH), de la mano del Dr. Zsolt Balogh. Según explica Latasa, supone "una gran oportunidad de aprendizaje en el campo del paciente politraumatizado y el tratamiento de las fracturas complejas, que me será útil en mi futuro ejercicio profesional".

El interés de esta rotación externa reside en el "elevado volumen de pacientes traumatológicos que se atienden en el John Hunter Hospital, tanto en urgencias como en la planta de hospitalización, y la posibilidad de asistir a cirugías para el tratamiento de fracturas en quirófano durante 14 horas al día, los 7 días de la semana, con la garantía de la calidad docente y asistencial que supone la supervisión del Dr. Balogh".

Los objetivos de esta rotación son: "adiestrarme en el manejo del paciente politraumatizado desde el punto de vista multidisciplinar, que caracteriza el plan de actuación de dicho centro hospitalario; profundizar en el control de daños, optimización del 'timing' de fijación de las fracturas para evitar el 'second hit' y fallo multiorgánico tras el politraumatismo; y avanzar en el conocimiento del



Diego Latasa es Médico Residente de Traumatología en el Complejo Hospitalario de Navarra.

tratamiento quirúrgico de las fracturas de pelvis y acetábulo, ya que el Dr. Balogh cuenta con reconocida experiencia y amplio volumen de casos". También pretende con esta rotación "acumular horas de experiencia en quirófano de traumatología gracias al gran volumen de pacientes intervenidos; y formar parte o colaborar con alguna de las múltiples publicaciones que realiza el Dr. Balogh". La rotación complementará "la formación de gran calidad recibida en el Complejo Hospitalario de Navarra, en un área en la que el Servicio de Traumatología es referencia, con elevada calidad asistencial en el manejo de fracturas complejas y fracturas de pelvis, lo que despierta el interés de sus residentes en profundizar en el aprendizaje de dicho campo".

El John Hunter Hospital (JHH) es el Centro de Trauma con mayor volumen asistencial de Nueva Gales del Sur. Es el único "Major Trauma Service" (Centro de Traumatologia de Nivel 1) fuera de Sydney y el único centro de trauma pediátrico y de adultos en la ciudad de Newcastle.

El Hospital dispone de 550 camas para adultos, 101 camas pediátricas y ofrece todos los servicios quirúrgicos especializados relacionados con el trauma (desde leve hasta el politraumatizado grave). Su Departamento de Emergencias es el de mayor volumen asistencial del Estado. El JHH está entre los centros de referencia mundial en cuanto a formación MIR de Traumatología y está avalado por la Fundación AO.

El Hospital dispone de 15 quirófanos, excluyendo las salas de endoscopia, de radiología intervencionista y de cateterización cardíaca. Hay cuatro quirófanos para ortopedia electiva (mano, columna vertebral, artroplastia, pediatría, reconstrucción de traumatismo en el hombro y post traumatismo). El quirófano de traumatología ortopédica funciona 14 horas diarias (7 días a la semana) independientemente de las salas de traumatismos de emergencia. El Servicio de Traumatología Ortopédica trata aproximadamente 150-180 fracturas de huesos largos al mes.

Con el Dr. Zsolt Balogh

En concreto, dentro del Servicio de Traumatología la rotación se realizará con el Dr. Zsolt Balogh, referencia mundial de traumatología en el apartado de fracturas. El profesor Balogh es el jefe de Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica y dirige el Grupo de Investigación en Traumatología de la Universidad de Newcastle. También es el Director de Cirugía de Trauma en el Hospital John Hunter y en el distrito de salud local de Hunter New England. Además de profesor e investigador, es un cirujano de traumatología y ortopedia activo con un gran interés en pacientes con politraumatismo complejo y con fractura de pelvis y acetábulo.

Colabora con centros de traumatología académica y con universidades de Europa, Estados Unidos y Australia. El profesor Balogh supervisa el programa de doctorado en Traumatología en la Universidad de Newcastle y los programas de becas clínicas y de investigación en el Hospital John Hunter.

BECA MIR



Dr. Jesús Olivas: Cirugía Facial en el Hospital CHP Saint Martin de Caen, en Francia.

El Dr. Jesús Olivas, Médico Residente de Cirugía Plástica y Reparadora en la Clínica Universidad de Navarra, realizará la estancia en el Hospital CHP Saint Martin de Caen, en Francia, con el fin de completar su formación en cirugía de la parálisis facial, tema principal de su Tesis Doctoral. Esta estancia le permitirá trabajar con un alto volumen de pacientes que solicitan este tipo de cirugía junto al Dr. Daniel Labbé, una reconocida eminencia mundial en este ámbito.

Los objetivos que se marca el Dr. Olivas con esta rotación externa en Francia son: "aumentar las tasas de espontaneidad en los pacientes intervenidos mediante transferencia masetérico-facial con la adecuada selección del caso; continuar y ampliar mi formación en el tratamiento quirúrgico de la parálisis facial; desarrollar protocolos que permitan estandarizar el tratamiento quirúrgico de la parálisis facial en todos los rangos de edad; y establecer relaciones entre la Clínica Universidad de Navarra y el centro francés para realizar, en un futuro, estudios multicéntricos en el ámbito de la parálisis facial".

El Dr. Olivas destaca también que "la falta de especialización en el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de la parálisis facial hace que gran cantidad de pacientes que sufren esta afección no puedan encontrar en nuestro país un tratamiento estándar adecuadamente protocolizado, obligándoles a someterse a cirugías experimentales sin garantías". Por ello, considera muy impor-

tante su formación en esta área y la realización de protocolos para el tratamiento de las parálisis faciales, basados tanto en el tipo de parálisis como en la edad del paciente.

En concreto, Jesús Olivas subraya que otra de las actuales limitaciones en la reanimación de la parálisis facial es la edad de los pacientes afectos, ya que "la comorbilidad de algunas técnicas, unida a los cambios que el envejecimiento provoca en los diferentes planos faciales y la plasticidad cerebral, supone rechazar este tipo de pacientes con cierta frecuencia". A este respecto, destaca que este año el Dr. Labbé y su equipo han publicado un importante estudio que indica diferentes técnicas que tienen como base la inervación del trigémino para lograr óptimos resultados en pacientes con rangos de edad situados en la séptima y octava décadas de la vida.

Jesús Olivas, es Médico Residente de Cirugía Plástica y Reparadora en la Clínica Universidad de Navarra.



El Hospital CHP Saint Martin es un hospital a la vanguardia en tecnología, inaugurado en el año 1993 con la finalidad de ofrecer cirugías de alta especialización. Dispone de 17 quirófanos, 2 de ellos híbridos, donde se realizan más de 40.000 intervenciones anuales gracias a la hospitalizaciones de corta estancia por la aplicación sistemática de los protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).

Con el Dr. Daniel Labbé

El Dr. Labbé ha desarrollado numerosas técnicas en una excelente trayectoria profesional dedicada a esta afectación, "lo que le permite recibir anualmente cirujanos de todas las partes del mundo en unos de los hospitales más internacionales y con mayor proyección en este ámbito. Además, anualmente organiza cursos y simposios internacionales que incluyen cirugías en directo y clases magistrales".

Para Jesús Olivas otra razón más para aprender del Dr. Labbé es su amplia experiencia en el uso de las transferencias del nervio trigémino para la reanimación del nervio facial. "Al inicio, antes del desarrollo de la microcirugía, desarrolló la mioplastia de elongación del músculo temporal para lograr el arrastre comisural mediante una técnica que permite aumentar la longitud de dicho músculo (inervado por ramas del trigémino). La posterior evaluación de los resultados a largo plazo permitió

observar que los pacientes no solo lograban recuperar el lado paralizado, sino que algunos pacientes también desarrollaban espontaneidad de la sonrisa. Posteriores estudios han demostrado que es fruto de la superposición de áreas cerebrales de los nervios facial y trigémino. El desarrollo de las técnicas microquirúrgicas ha permitido aislar determinadas ramas del nervio masetérico (rama de la división mandibular del nervio trigémino) para la reanimación del nervio facial. De esta manera se logra minimizar la comorbilidad en la rama mandibular que presentaban las técnicas clásicas".

Además, el Dr. Labbé ha sido el primero en describir las tres fases de rehabilitación que deben seguir los pacientes para lograr una sonrisa espontánea. Estas fases son la sonrisa mandibular, la temporal y la espontánea. "En la sonrisa mandibular, el paciente realiza movimientos de mordida, para así activar el nervio masetérico. En la sonrisa temporal, consigue el arrastre comisural mediante un gesto de mordida pero sin llegar a realizar la oclusión mandibular completa, fruto de la disociación entre la sonrisa reconstruida y el cierre de la mandíbula. Y en la última fase (la sonrisa espontánea) logra el arrastre comisural sin tener que "pensar" ni realizar movimientos mandibulares. Este proceso es fruto de la rehabilitación y la reorganización cerebral", explica el Dr. Olivas.

21 residentes han sido becados desde el año 2008

Las citadas becas llevan el nombre del Dr. Ignacio Landecho, en memoria del psiquiatra y vicepresidente segundo del Colegio de Médicos de Navarra fallecido en 2010. Desde su primera edición, un total de 21 médicos en formación de Navarra han sido becados:

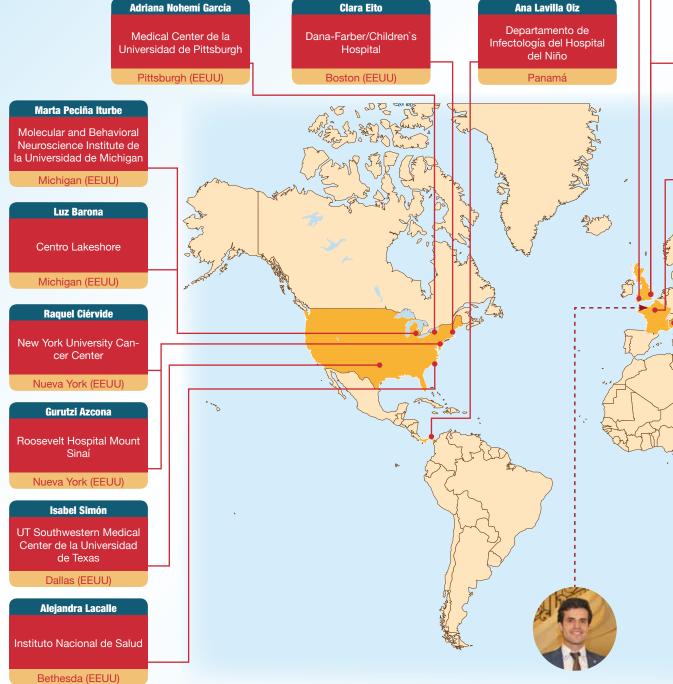
- 1. Ana Lavilla,
- 2. Marta Peciña,
- 3. Raquel Ciérvide,
- 4. Marcos Kutz,
- 5. Elena Hernández,
- 6. Shan Shan Qiu,
- 7. Clara Eito,
- 8. Marta Gómez,
- 9. Isabel Simón,
- 10. Victoria Díez,
- 11. Luz Varona.
- 12. Helena León,
- 13. Carlos Javier Chaccour,
- 14. Gurutzi Azcona,
- 15. Álvaro Cabello,
- 16. Adriana Nohemí García,
- 17. Ester Moreno,
- 18. Alfonso Elosua
- 19. Alejandra Lacalle
- 20. Diego Latasa y
- 21. Jesús Olivas.





BECA MIR

Historial de la Beca Dr. Landecho Adriana Nohemí García Medical Center de la Universidad de Pittsburgh Clara Eito Dana-Farber/Children`s Hospital



BECA MIR



COLEGIO DE MÉDICOS

Homenaje en el Colegio de Médicos a sus 72 jubilados en el 2018

40 médicos recibieron, además, la distinción de colegiado



que se han jubilado ha sido la más alta de los últimos años. Un total de 72 profesionales fueron homenajeados, el pasado 12 de diciembre, por el Colegio de Médicos de Navarra. Además, 40 médicos y médicas fueron distinguidos como honoríficos por cumplir más de 70 años.

La entrega de insignias y diplomas fue el cierre de los actos organizados por la Vocalía de Médicos Jubilados del Colegio de Médicos de Navarra, que durante los días 10, 11 y 12 de diciembre celebró su Reunión Anual.

El Dr. Juanjo Unzué, vocal de Médicos Jubilados, animó a este colectivo a seguir activo en solidaridad e implicación con la Profesión y a participar en las iniciativas colegiales. Hizo especial hincapié en la importancia de que, también como jubilados, se continúe abonando la cuota perteneciente a la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC), que es un órgano de solidaridad colectiva con los compañeros médicos más necesitados, así como con los familiares que precisen ayuda, como huérfanos/as, viudos/as, padres mayores, etc. Recalcó que la cuota cuenta, además, con una deducción fiscal de hasta el 80%.

Presentación del acto central de la Reunión de Médicos
Jubilados 2018 con Rafael
Teijeira, Juanjo Unzué (vocal
de Jubilados) y Juan Manuel
Cenzano.

Charla, conferencia y misa

El programa comenzó con una charla-debate sobre "La jubilación y los médicos", en la que participaron Francisco Calvo, jubilado y experto en Seguridad Social, y Mariano Benac, asesor jurídico del Colegio de Médicos de Navarra.

Los actos programados incluyeron, además, una Misa en la Capilla del Seminario Diocesano de Pamplona, en recuerdo a los 12 profesionales fallecidos durante 2018, que contó con la actuación del Coro del Colegio de Médicos de Navarra, y una conferencia sobre "La disipada vida de Isabel II" a cargo del Dr. Juan Manuel Cenzano, pediatra jubilado y escritor. La entrega de diplomas e insignias a los médicos jubilados y honoríficos se realizó en el marco de una comida de Hermandad celebrada en el Restaurante El Colegio.

Colegiados

▼ honoríficos.

En la página siguiente, jubilados en 2018





- Gabriel Agote Cuesta,
- Francisco Javier Ágreda Peiró,
- Fernando Alfaro Lecumberri,
- María Julia Alonso Yerro,
- Javier María Arana Seguin,
- Trinidad Bandrés Echeverri,
- María Carmen Barricarte Sarabia,
- Rosa Blanca Brun Heras,
- Antonio Cabrerizo Sanz,
- Garbiñe Caminos Valencia,
- Juan Ramón Corpas Mauleón,
- Fernando Cortes Ugalde,
- Margarita De Miguel Maiza,
- Alberto Díaz Alfaro,
- Maravillas Díaz de Cerio Fernández,
- Ana Erneta Azanza,
- Fernando Escolar Castellón,
- Francisco Javier Escribano Sánchez,
- Itziar Esparza Murillo,
- · Carmen Estebánez Estebánez,
- José Fernández de Luco Sainz de Ugarte,
- Uxua Flores Erro,
- María Teresa Franco Clemente,
- · Luis Gabilondo Pujol,
- Francisco Javier Gambra Caminos,
- Jesús Ganuza Arbizu,
- José Luis García Sanchotena,
- Federico García-Bragado Acín,
- Placido Fernando Gascó García,
- Juan Guerqué Irazabal,
- Antonino Goicoechea Galarza,
- Miguel Ángel González Moreno,
- Roberto Hernández Galindo,
- Rosario Ibáñez Bosch,
- Víctor Manuel Idoate García,

- María Dolores Iriarte Maiza,
- María Camino Irigoyen Ara,
- María José Irigoyen Malón,
- David Iturbe Larena,
- Jesús Iturralde Yániz,
- José Antonio Janín Mendia,
- María Jiménez Moreno,
- Matías Jurado Chacón,
- Orlando Liberal Lizarraga,
- José Manuel Luquin Garrués,
- Lucia Marín Alcalá,
- Laura Martínez Alonso,
- María Dolores Martínez Mazo,
- María Isabel Martínez Montero,
- Koldobika Mtnez. Urionabarretxea,
- Ana Luisa Mazón Ramos,
- Gonzálo Morales Blánguez,
- Manuel José Mosquera Pérez,
- María Coro Oreja Arrayago,
- José María Ortigosa García,
- Ángel Benito Oscáriz Esandi,
- Mercedes Palacios Sarrasqueta,
- Luis Pezonaga Pérez,
- José Ramos Castro,
- Luis María Ripa Saldías,
- Francisco Javier Sada Goñi,
- Trancisco Javier Jada doi
- Francisco Sala Pericas,
- María Teresa Salinas Vidondo,
- Ricardo Tejedor Arizmendi,
- María Ángeles Temiño Solana,
- María Teresa Tuñón Álvarez,
- María Victoria Úcar Echagüe,
- María Lourdes Ugalde Sarasa,
- Francisco Vicente García,
- · Alejandro Román Vicondo Peña,
- María Josefa Vigata López y
- Jesús María Villalba Plano.

- María Desamparados Calleja Canelas,
- Ramón Cano Lafita,
- Juan Carlos Chasco Pérez de Arenaza.
- · María Isabel Coma Canella,
- Purificación de Castro Lorenzo,
- Javier Luis Echevarrieta Arana,
- Pedro María Eraso Arregui,
- Pedro Errasti Goenaga,
- Fermín García Alonso,
- María Carmen Goldáraz Prados,
- Amador González Alfageme,
- Ramón Huguet Fa,
- José Juan Iñigo Noain,
- Iñigo Jaca Arrizabalaga,
- Jorge Carlos Lampérez Gorria,
- José Miguel Lera Tricas,
- Víctor Martínez de Artola González.
- Ana María Moreno Aliaga,
- Pedro Javier Muerza Chocarro,
- María Raquel Negro López,
- Miguel Ángel Ortega González,
- Alba Petit Colell.
- Pedro José Polo Urtasun,
- María Jesús Ramos Martínez,
- Cayo Reinares Diez,
- María Ester Salcedo Garayalde,
- Juan Carlos Sánchez De La Nava,
- Alfonso Sánchez Ibarrola.
- José Félix Santacilia Galar,
- Juan Luis Santesteban Vidaurre,
- Rosario Sulleiro Carnero,
- Juan Urtiaga Pozueta,
- María Pía Velilla Arrieta y
- José Luis Zabalegui Reclusa.



Médicos y jubilación: compatibildad y concurrencia

Trini Díaz

El 15,1% de los colegiados en Navarra están jubilados. El porcentaje de profesionales que cuelgan la bata se incrementa cada año. En el 2018, 72 médicos se incorporaron a la Vocalía de Médicos Jubilados, que en la actualidad cuenta con 636 miembros.

El Estudio sobre Demografía Médica de la Organización Médico Colegial (OMC) y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos pone de manifiesto que el promedio de edad del médico en activo en España es de 49,2 años, con una tendencia al envejecimiento de las plantillas. Se calcula que, en los próximos 10 años, se podrían jubilar más de 70.000 facultativos en toda España.

Conscientes de la creciente preocupación de los colegiados por su jubilación, la Vocalía de Médicos Jubilados incluyó entre las actividades programadas para la Reunión Anual de la Vocalía una charla-debate sobre "Jubilación y Médicos", en la que participaron Francisco Calvo, experto en Seguridad Social; Juanjo Unzué, vocal de Médicos Jubilados; y Mariano Benac, asesor jurídico del Colegio de Médicos de Navarra.

Ejercicio por cuenta propia

Mariano Benac, asesor jurídico del Colegio de Médicos de Navarra, subrayó que la normativa vigente permite que los médicos que ejercen por cuenta propia, antes del 10/11/95, no tengan ningún problema para hacer compatible la percepción de la pensión de jubilación del Régimen General de la Seguridad Social con el ejercicio de la medicina por cuenta propia. "Al haber iniciado el ejercicio antes de la fecha indicada, no están obligados a afiliarse al RETA (Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos) por la realización de tal actividad profesional", aclaró Benac.

En el supuesto de que el médico tuviera participación mayoritaria en una sociedad profesional (anónima, limitada o civil), podría estar obligado a su afiliación al RETA si, conforme a lo previsto en el artículo 305.2.b/ LGSS 2015, concurriera la circunstancia de poseer el control efectivo de tal sociedad (al menos la mitad del capital social, directa o indirectamente; o más del 25% si desarrolla funciones de dirección o gerencia).

El asesor jurídico destacó que "tampoco es impedimento acceder a la jubilación ordinaria dos años antes de la edad reglamentaria, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 208 LGSS 2015. Sin que ninguna repercusión tenga ello para la compatibilidad entre pensión de jubilación y ejercicio profesional por cuenta propia de la Medicina. Es decir, es compatible la pensión de jubilación anticipada (dos años antes de la edad reglamentaria) con el ejercicio por cuenta propia".

Incompatibilidades después del año 95

Para aquellos profesionales de la Medicina que no hayan ejercido por cuenta propia antes del 10/11/95, es incompatible la percepción de la pensión de jubilación con esta actividad profesional, salvo:

- a) La realización de trabajos por cuenta propia cuyos ingresos anuales totales no superen el Salario Mínimo Interprofesional, en cómputo anual. Quienes realicen estas actividades no estarán obligados a cotizar a la SS (art. 213.4 LGSS 2015; desde la Ley 27/2011).
- b) Pensión de jubilación y envejecimiento activo (Real Decreto-Ley 5/2013; artículo 214 LGSS; Jubilación activa). Es compatible percibir el 50% de la pensión de jubilación con la realización de cualquier trabajo por cuenta propia o ajena del médico pensionista.

El letrado destacó que por este nuevo trabajo debe efectuarse la llamada cotización especial de "solidaridad" (8%). Y no es preciso que este trabajo se efectúe en el 50% de la jornada, sino que puede ser por el 100%.

- c) Otra opción es la suspensión de la pensión de jubilación (artículo 16.2 Orden Ministerial de 18/1/67). Una vez causada la pensión, puede solicitarse del INSS su suspensión para desarrollar cualquier trabajo por cuenta propia o ajena. Una vez finalizado el citado trabajo, y cotizado por él, se recupera la percepción de la pensión de jubilación.
- d) Jubilación parcial: se requiere haber cumplido la edad reglamentaria y que se produzca una reducción de la jornada de trabajo entre el 25 y el 50% (sin necesidad de la celebración simultánea de un contrato de relevo). La cuantía de la pensión de jubilación parcial será el resultado de aplicar el porcentaje de reducción de jornada a la pensión. Es decir, que se cobra la pensión en el porcentaje correlativo a la reducción de la jornada.

Francisco Calvo ha ocupado durante más de treinta años puestos directivos en el Instituto Nacional de la Seguridad Social de Navarra, inicialmente como subdirector provincial de Información y Pensionistas y hasta su jubilación como subdirector de Incapacidades y presidente de la Comisión de Evaluación de Incapacidades.

e) Cotización a Mutual Médica Catalano-Balear. Se trata de una Mutualidad de Previsión Social que tenían los Colegios de Médicos de Cataluña y Baleares, que en su momento fue autorizada por la Seguridad Social para extender su ámbito a todo el territorio nacional y para operar como alternativa y sustitutiva del RETA.

Es decir, que se cumple con la obligación de cotización afiliándose a dicha Mutualidad, pero no por ello cambia su naturaleza de entidad privada; por lo que la pensión de jubilación que satisface esta Mutualidad no es una prestación pública. "Y por ello, sería compatible la pensión de jubilación de la SS con el ejercicio privado de la profesión, pues tal ejercicio no conllevaría la obligación de afiliación al RETA (pues se está afiliado a esta Mutualidad alternativa). Al menos, ello es lo que afirman los gestores de la Mutual Médica Catalano-Balear", subrayó Benac.

Terminó su exposición aclarando que en el caso de funcionarios de los Montepíos de la Administración Foral, la Ley Foral 10/2003, de 5 de marzo, de Derechos Pasivos del Personal Funcionario de los Montepíos (artículos 36 y 40), establece que el disfrute de la pensión de jubilación será incompatible con el desempeño de un puesto, cargo o actividad en el sector público o privado. "Por tanto, los médicos que perciben pensión de los Montepíos de la Administración Foral no pueden compatibilizar la percepción de tal pensión con el ejercicio por cuenta propia de la medicina, ni aun cuando hubieran iniciado tal ejercicio antes del 10/11/95".



Seguridad social, colegios profesionales y colegiados

Francisco Calvo, que ha sido subdirector de Información y Pensiones del INSS de Navarra, explicó en su charla los fundamentos y evolución de la protección social en España, los regímenes de seguridad social y los colegios profesionales, el régimen jurídico de la pensión de jubilación y la compatibilidad y concurrencia de la pensión de jubilación.

Explicó Calvo que la pensión de jubilación es la principal prestación del Sistema de Seguridad Social. Afecta al 55% de los 9,5 millones pensionistas de España y a más de 80.000 navarros. Estadísticamente se consideran jubilaciones las incapacidades de mayores de 65 años. La cuantía media oscila por Comunidades entre 1.000 y 1.400 euros por 14 pagas (1.250 por 14 pagas en Navarra).

Francisco Clavo se refirió a la compatibilidad de pensiones. "La norma general establece que las pensiones son incompatibles entre sí cuando coincidan en el mismo beneficiario". Con las siguientes matizaciones: son compatibles dos pensiones de jubilación causadas en dos Regímenes distintos, reuniendo todos los requisitos en ambos separadamente; es compatible la pensión de jubilación y la de viudedad, por ser causadas por distinto cotizante. La suma de ambas pensiones no podrá superar el tope máximo de pensión (en 2018, 2.614,96 € por 14 pagas).

En cuanto a las ajenas, siempre y cuando sean pensiones púbicas, se sumarán todas ellas y se minorarán proporcionalmente al tope máximo de pensión (2.614,96 €).

Envejecimiento activo

El trabajador jubilado al 100% por alcanzar la edad y años de cotización ordinarios, podrá compatibilizar el 50% de su pensión con un trabajo a tiempo parcial o a tiempo completo. Calvo aclaró que se realizará por dicho trabajo una "cotización de solidaridad" del 8% (6% empresa; 2% trabajador).

Una vez concluido el trabajo se retomará la pensión recalculada. Si la actividad se realiza por cuenta propia y se contrata un sustituto a tiempo completo, el jubilado podrá percibir el 100% de la pensión.

El video completo de la actividad puede verse en la página web del Colegio de Médicos https://colegiodemedicos.es/video-medicos-y-jubilacion/



La disipada vida de Isabel II

Conferencia de la Reunión Anual de Jubilados 2018



A los trece años fue declarada mayor de edad y reconocida como reina, a todos los efectos. No resulta difícil imaginar a una adolescente insumisa (y poderosa), inmadura y descarada, "hacer de su capa un sayo".

Por José Manuel Cenzano.

Pediatra jubilado y escritor.

La apasionante vida de Isabel II constituye, desde el punto de vista médico un enigma. ¿Fue una ninfómana furibunda o padeció un severo trastorno emocional que la condujo hacia una actitud desmadrada proclive a la promiscuidad y el desenfreno? Por otra parte, el hecho de no interesarse en otros temas que no fuesen la música y el bel canto, la falta de concentración, su carácter indómito y rebelde, su tendencia sexual libertina en contraste con su profunda religiosidad, rayana en la beatería... es decir, ese balancín compulsivo entre pasión descontrolada y arrepentimiento, llevan a sospechar, aunque se carezca de pruebas irrefutables, de hallarnos ante un síndrome de TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad).

Isabel fue la primogénita y heredera del rey Fernando VII, en su cuarto matrimonio con María Cristina de Borbón Dos Sicilias. Tuvo, por parte de ambos progenitores, una hermana un año menor, María Luisa Fernanda, y una serie notable de hermanos uterinos fruto de la relación matrimonial secreta y morganática que su madre tuvo con Agustín Fernando Muñoz (con posterioridad duque de Riansares) tras su viudedad.

El rey Fernando falleció cuando Isabel contaba tres años de edad. Fue declarada princesa de Asturias, pero el inconformismo de su tío Carlos María Isidro, apoyado en el pretexto de la vigencia de la ley Sálica, dio origen a la primera guerra carlista de siete años de duración. En primera instancia, su madre ejerció como regente, pero la intensa relación sostenida con Agustín Muñoz que le proporcionó embarazos sucesivos, junto a las amenazas de algunos inconformistas, la empujó a declinar su responsabilidad y pasar la titularidad de la regencia al general Baldomero Fernández Espartero. Tanto Isabel como Luisa Fernanda quedaron al amparo del regente bajo la tutela de ayas y tutores, y alejadas, de hecho, del afecto materno, desentendida de la Corte y refugiada en un dulce retiro.

Así como la hermana menor era dulce, obediente y disciplinada, Isabel se mostró siempre atrevida, indómita, rebelde y pésima estudiante. Según declaraciones del conde de Romanones, la ortografía era pésima, la aritmética básica para resolver sumas sencillas, su comportamiento en la mesa carecía de la elemental urbanidad, y sólo mostraba afición por la música. Pese a que el gran jurista Salustiano Olózaga, junto a Argüelles, Valldemosa y Frontela, se esforzaban por enseñarle cultura general y política, sin el menor éxito en su empresa, la niña esquivaba todo plan de estudio dando como resultado una ignorancia supina. A los trece años fue declarada mayor de edad y reconocida como reina, a todos los efectos. No resulta difícil imaginar a una adolescente insumisa (y poderosa), inmadura y descarada, "hacer de su capa un sayo". Al parecer, su curiosidad precoz por el sexo, facilitó a Olózaga su primera lección para "deshojar la margarita" y desflorarla.

COLEGIO DE MÉDICOS

Poco después Frontela fue expulsado de la Corte por sobrepasarse con la niña de forma descarada. A los guince años conoció al general Serrano que ostentaba el cargo de ministro de la guerra, que la forzó a una relación íntima (a día de hoy se hablaría de violación), pero, pese al atropello, la jovencita quedó prendada del general que le pasaba veinte años y lo convirtió en su amante. La traviesa reina visitaba los cuarteles por donde andaba Serrano, de improviso. Sin aviso previo se presentaba y revolvía la disciplina cuartelaría para rendirle honores, mientras ella se divertía poniendo en apuros al bregado general.

Dadas las circunstancias, Espartero, Narváez y Prim decidieron que había que casar a la reina para garantizar la sucesión de la estirpe y frenar su desatino. Tras la búsqueda de varios pretendientes entre las casas reinantes de Europa, y siempre bajo el criterio de mantener el equilibrio político y diplomático, quedaron tres candidatos: el conde de Trapani, hermano de la reina María Cristina y más de veinte años mayor que la novia; el conde de Montemolín, hijo del pretendiente carlista Carlos María Isidro, con cuyo matrimonio se pretendía resolver el conflicto de sus aspiraciones; y Francisco de Asís Borbón, cuyos padres eran respectivos hermanos de Fernando VII y María Cristina (es decir, primo carnal por doble vía). A Isabel únicamente le quedaba el privilegio de descartar: al primero lo desechó por viejo; al segundo por bizco (¡Con un biz-conde, no!, exclamaba) y aceptó resignada al tercero, de carácter afeminado, pero que no planteaba inconvenientes para política exterior con las naciones más poderosas.

La boda se celebró el día que la reina cumplía dieciséis años y su hermana María Luisa Fernanda, que todavía no había cumplido quince, se



¿Fue una ninfómana furibunda o padeció un severo trastorno emocional?

COLEGIO DE MÉDICOS



casó con Antonio de Orleans, duque de Montpensier, hijo de Luis Felipe de Francia, en la misma ceremonia.

Desde el primer día de matrimonio la relación con Francisco de Asís fue desafortunada e insatisfactoria, por lo que continuó su afán con Serrano durante un año más. Ante tan insostenible situación, Espartero y Narváez advirtieron a Serrano de tal inconveniencia y lo trasladaron a Granada. La reina aceptó tal separación a regañadientes, pero amenazó de que "si bien aceptaba como reina" no se resignaría como mujer a tal desamparo. Por su lecho pasaron el coronel Gándara, el cantante José Miral, el marqués de Bedma, Emilio Arrieta (para quien construyó un teatro en palacio para oírle cantar), José María Ruiz de Arana (le daría la primera hija viva y sana), Enrique Puig Moltó (padre de Alfonso XII), Miguel Tenorio que ejerció de secretario personal solícito (tres hijas con él), el cantante Tirso Obregón, el teniente Ramiro Lapuente, el político González Bravo, su sobrino (gobernador de Madrid) Carlos Marfiori y el húngaro Josef Haltmann. Con Leopoldo O' Donnell mantuvo una relación platónica en la que el general admiraba a la reina por su personalidad y ella le correspondía por su integridad.

El número de embarazos de la reina fue elevadísimo y casi salía a parto por año, si bien muchos de ellos resultaron malogrados. Los más destacados fueron su primera hija, Isabel, la araneja, conocida más tarde por su simpatía madrileña como "la Chata"; Alfonso, el puigmontejo, que tras la Restauración se convertiría en Alfonso XII (y que los modernos historiadores atribuyen su engendramiento al conde Clonard –La forja del león– y no a Puig Moltó); y las tres hijas de

Miguel Tenorio, Pilar, Paz y Eulalia.

Las desafortunadas decisiones, el gasto desmedido y la apropiación del veinticinco por ciento de las ventas del Patrimonio Real, hicieron que Castelar publicara unos incisivos artículos de prensa muy críticos con la reina y sus desvaríos. Mientras el rey consorte vivía ajeno a las decisiones de su esposa, retirado en Riofrío en compañía de su fiel secretario, Antonio Ramos Meneses, el malestar político se hacía patente en sublevaciones y algaradas (Vicalvarada, noche de San Daniel, cuartel de San Gil) que dieron lugar al derrocamiento de la monarquía y la expulsión de la familia real al exilio francés (Revolución La Gloriosa).

De poco habían servido los buenos consejos del Padre Claret y Sor Patrocinio (la monja de las llagas) en orden a restituir la buena conducta de la reina con el ánimo de evitar el desastre.

Los generales Serrano y Prim, y almirante Topete, se dieron prisa en buscar por Europa un nuevo monarca para España que quisiera ocupar el trono vacío. Amadeo de Saboya fue el afortunado, pero su inadaptación e incapacidad para dar solución a los conflictos políticos le hicieron desistir a los dos años y retornar a su tierra de origen. Después se instauró la I República. Cinco presidentes en menos de dos años la condujeron al fracaso, y los golpes de Estado de Pavía y Martínez Campos consiguieron la Restauración Monárquica trayendo a Alfonso XII. La Reina Isabel II, jamás volvió a pisar territorio español, muriendo en París en 1904. Está enterrada en El Escorial en el Panteón de los Reyes.

Entrega de premios del I Campeonato Navideño de Mus Interprofesional

Organizado por los colegios de Médicos, Ingenieros Industriales e Ingenieros Agrónomos

El pasado 3 de enero, se entregaron los premios del I Campeonato Navideño de Mus Interprofesional, organizado por los colegios de Médicos, Ingenieros Industriales e Ingenieros Agrónomos. El Campeonato se desarrolló durante cuatro días (26 y 27 de diciembre, y 2 y 3 de enero)

Participaron 16 parejas: 10 parejas de ingenieros industriales, 5 de médicos y 1 de ingenieros agrónomos.

Clasificación

- Recibieron la txapela de campeones la pareja formada por Jesús Elso y Carlos Oroz (médicos).
- Los segundos clasificados fueron José Antonio Ayesa y José Antonio Villanueva (ingenieros industriales), y el tercer puesto fue para la Julio Oroquieta y Miguel Yoldi (ingenieros industriales).
- Por equipos, el primer premio fue para el Colegio de Ingenieros Industriales.

El acto de entrega de los premios se realizó en la sede del Colegio de Médicos de Navarra. Entrega de premios (de izquierda a derecha): Jesús Jamar (decano del Colegio de Ingenieros Agrónomos); Juanjo Unzué (vocal de Médicos Jubilados del Colegio de Médicos); Rafael Teijeira (presidente del Colegio de Médicos); José Antonio Villanueva (médico y segundo clasificado); Jesús Elso y Carlos Oroz (médicos y ganadores); José Antonio Ayesa (ingeniero industrial y segundo clasificado); y Fernando Llarena (responsable de la Comisión de Cultura del Colegio de Ingenieros Industriales).

Medicon de Novaria

Medicon de Novaria

Michael de Novaria

Alle Groot de Novaria

Alle Gro



El Colegio de Médicos de Navarra en la VI Convención de la Profesión Médica

Liderando la profesión, comprometidos con la sociedad y con los médicos

■Trini Díaz

La VI Convención de la Profesión Médica, bajo el lema "Liderando la profesión, comprometidos con la sociedad y con los médicos", reunió a unos 600 médicos de toda España en Madrid los días 16 y 17 de noviembre para debatir los temas que ocupan y preocupan, en estos momentos, a la profesión.

El Colegio de Médicos de Navarra estuvo representado por miembros del Comité de Dirección, Junta Directiva y Comisión Deontológica, que asistieron a sus respectivas reuniones nacionales de vocalías y secciones.

El presidente del Colegio de Navarra, Dr. Rafael Teijeira, participó en la ponencia satélite "Biografía Médica. Entrada y salida al servicio de la profesión" y presentó la experiencia colegial con los estudiantes

de Medicina de la Universidad de Navarra.

Del Colegio de Médicos de Navarra asistieron, además de su presidente, Alberto Lafuente (vicepresidente 1°), Julio Duart (secretario), Tomás Rubio (tesorero), Juan José Unzué (vocal de Médicos Jubilados), Fernando Artal (vocal de Medicina Extrahospitalaria), María Sagaseta de Ilurdoz (vocal de Medicina Hospitalaria), Pilar León (secretaria de la Comisión de Deontología) y Mariano Benac (asesor jurídico).



Representación del Colegio de Médicos de Navarra en la VI Convención de la Profesión Médica: Juan José
Unzué (vocal de Médicos Jubilados), Fernando Artal (vocal de Medicina Extrahospitalaria), Pilar León (secretaria de la Comisión de Deontología), Rafael Teijeira (presidente), Julio Duart (secretario), Mariano Benac
(asesor jurídico), Alberto Lafuente (vicepresidente 1°). Faltan en la foto: Tomás Rubio (tesorero) y María
Sagaseta de Ilurdoz (vocal de Medicina Hospitalaria).

Biografía Médica. Entrada y salida al servicio del paciente

Intentar ser médico hoy en día implica superar importantes obstáculos, como son la nota de selectividad para entrar en la licenciatura (de las más altas de todas las carreras), y una vez terminada ésta afrontar el examen MIR, verdadera obsesión de los alumnos ya en los últimos años del grado. La jubilación forzosa tampoco favorece la salida del sistema, porque supone un desperdicio de talento de profesionales en plenas facultades. Por este motivo, los conocimientos adquiridos en la carrera profesional deberían habilitar la posibilidad de prolongar voluntariamente el ejercicio de la profesión, según se puso de manifiesto en la mesa redonda sobre 'Biografía Médica. Entrada y salida al servicio del paciente', que contó con la participación del presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira quien planteó preguntas a los ponentes.

Los expertos reunidos para abordar esta cuestión, concluyeron que:

- 1 Los estudiantes de Medicina seleccionados entre los de mayor talento y capacidad deben tener una formación en las Facultades en consonancia con los requerimientos que se exigen en la futura práctica médica, como así asegura el examen MIR, referente de la formación médica en el entorno europeo.
- 2 La feminización de la profesión médica, la exigencia profesional y de desempeño, la conciliación laboral y familiar hacen precisos cambios estructurales y organizativos para dar respuesta en el contexto biográfico médico a situaciones claramente injustas y discriminatorias que han de ser abordadas con premura.
- 3 Es imprescindible estimular la vocación, favorecer la adquisición de competencias y fomentar las capacidades y el profesionalismo médico a lo largo de toda la vida profesional. La humanización de la asistencia sanitaria y la empatía con el paciente deberían prevalecer como eje fundamental en el ejercicio de la Medicina.
- 4 Los conocimientos y capacidades adquiridos a lo largo de la carrera profesional, debidamente acreditados, deberían favorecer la posibilidad de prolongar voluntariamente el ejercicio de la profesión más allá de la actual edad de jubilación.

VI_{CONVENCIÓN} DE LA PROFESIÓN MÉDICA

La experiencia del Colegio con los estudiantes de Medicina

En el espacio reservado a las experiencias colegiales, Navarra presentó su experiencia con los estudiantes de Medicina de la Universidad de Navarra. "Entendemos el Colegio como referente de la Profesión y cómo espacio de apoyo, orientación y formación para los futuros médicos. Los estudiantes ven con lejanía a los colegios. Para aproximarlos es necesario escuchar a las nuevas generaciones de médicos desde la idea de que el Colegio puede ser una institución que permita acercar a los estudiantes a la actividad médica práctica y a otras áreas no suficientemente tratadas en la actividad curricular", explicó Rafael Teijeira.

La puesta en marcha, hace ya diez años, de la figura de la precolegiación para estudiantes de segundo ciclo de Medicina no está siendo una herramienta suficientemente atractiva, por lo que el Colegio de Médicos de Navarra inició en el año 2018 reuniones con los delegados de Facultad para recabar sus ideas e inquietudes. "A la vista de las mismas se han desarrollado una serie de líneas de colaboración que están resultando positivas para ambos y que incluyen colaboración en la revista del Colegio, formación en la Facultad mediante charlas informativas y seminarios, acceso a información colegial y participación en un certamen de casos clínicos ético-deontológicos para estudiantes en el que la Comisión Deontológica califica y premia casos elaborados por los alumnos de sus vivencias como estudiantes o pacientes", concluyó el presidente del Colegio de Médicos de Navarra.

Rafael Teijeira en la presentación de la experiencia de Navarra con los estudiantes de Medicina.



VI_{CONVENCIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA}



Mesa redonda sobre 'Biografía Médica. Entrada y salida al servicio del paciente'.





Reunión de la Vocalía Nacional de Medicina Hospitalaria con María Sagaseta de llurdoz en

▼ primera fila.



VI_{CONVENCIÓN} DE LA PROFESIÓN MÉDICA

CONCLUSIONES DE LA VI CONVENCIÓN

La defensa de la universalidad de la asistencia sanitaria y del SNS, las adecuadas políticas de Recursos Humanos contra la precariedad, la problemática de las agresiones a sanitarios, las políticas de género y profesión médica, la formación médica continuada, la atención sanitaria pública y privada, la docencia e investigación, la deontología y ética médica, las pseudoterapias y el compromiso social y seguridad del paciente, constituyeron la columna vertebral de esta sexta edición de la Convención, que se celebra cada dos años.

Estas fueron las conclusiones de la VI Convención:

Relación médico-paciente, patrimonio de la humanidad

El carácter universal e inmanente de la milenaria relación médico-paciente se enfrenta hoy a varios desafíos que se deben convertir proactivamente en retos de trasformación, dentro de una agenda renovada de profesionalismo médico.

El médico ha de actuar como el mejor agente del paciente, pero debe hacerlo defendiendo el pensamiento científico crítico y el interés general de la sociedad, moderando el entusiasmo por innovaciones tecnológicas aún inmaduras y construyendo el capital de confianza en base al propio médico, a los equipos clínicos y los procesos asistenciales integrados en beneficio del paciente.

Todos estos elementos constituyen en sí mismos valores profesionales, culturales e inmateriales. El liderazgo de la OMC en el reconocimiento de la relación médico-paciente como Patrimonio Inmaterial de la Humanidad cobra plena vigencia en éste contexto.

Profesionalismo en el ejercicio de la Medicina Privada

En España el modelo sanitario privado se ha "socializado", siendo su característica principal los grandes niveles de satisfacción del usuario, el bajo coste de las pólizas y la baja retribución de los profesionales.

La tendencia es al colapso de este modelo de asistencia debido a que no es atractivo para los profesionales jóvenes, dificultando el relevo generacional y dando lugar a problemas de accesibilidad y a la aparición de listas de espera. La limitada libertad de elección del médico por parte del paciente ha roto el principio básico del modelo de ejercicio privado.

Los principios del profesionalismo deben guiar el ejercicio de la Medicina en cualquier ámbito, sea público o privado, existiendo dificultades similares para su implementación en ambos modelos.

Ley de eutanasia y suicidio asistido

La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico (Art. 5 del Código de Deontología Médica).

La eutanasia está en la agenda política dada su trascendencia y compleiidad.

La discusión llevada a cabo en esta Convención suscita la necesidad de una profunda reflexión y un debate interno en el seno de la Asamblea General.

Es oportuno el contraste señalado por el CGCOM y la Comisión Central de Deontología entre la actualidad y prioridad que se otorga al debate de la eutanasia frente al olvido secular de la atención paliativa; y esta paradoja debe llevar a exigir una actuación vigorosa para que las Administraciones sanitarias activen recursos y organización en la mejora de la atención y trato al paciente terminal.

VI_{CONVENCIÓN} DE LA PROFESIÓN MÉDICA

Política de Recursos Humanos, asignatura pendiente

Los condicionantes para la disponibilidad de profesionales en los distintos ámbitos geográficos van más allá de las retribuciones, estabilidad y carga de trabajo. Precisan de una clara estrategia política global en el conjunto del Estado.

Los contenidos de la política de Recursos Humanos en salud requieren una visión a medio y largo plazo, coherente y coordinada, devolviendo a los profesionales el protagonismo necesario y contando con la participación de las organizaciones que representan a la profesión médica.

Formación del médico y acreditación en el marco europeo

Formación y acreditación son sinónimo de calidad y excelencia. Aunque no existe uniformidad de la formación médica en Europa, se trabaja para consensuar estándares mínimos de conocimientos y capacidades que cualquier médico europeo debe poseer. Los países de la unión europea han de reconocer otros títulos comunitarios por Directiva Europea 93/16/CE (Proceso de armonización de los títulos de grado y de formación especializada).

La acreditación EACCME de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) será en un futuro inmediato la moneda de cambio para la formación médica continuada en Europa. SEAFORMEC, en virtud de un convenio firmado en 2014 y renovado en 2018, es la entidad encargada de la conversión de esos créditos UEMS en créditos del SNS.

La FMC/DPC constituye una herramienta fundamental para el médico y un elemento primordial de garantía y seguridad en la atención a los pacientes, que ha de ser acreditado en el marco del ámbito profesional (Validación Periódica de la Colegiación-VPC).

Género y profesión médica

Romper la barrera de género beneficia a todos y actualmente la profesión médica, al igual que la sociedad, están preparados para ese cambio.

La igualdad entre mujeres y hombres es un derecho humano con un valor fundamental para el avance de las sociedades.

La consecución de la igualdad efectiva precisa un fuerte compromiso de los poderes ejecutivos, reafirma los valores deontológicos y asegura una mayor justicia social.

Se han valorado muy positivamente aquellas medidas que algunos colegios médicos han adoptado para la consecución de las políticas de género

La OMC se ha pronunciado recientemente de forma unánime en dos documentos imprescindibles: "Decálogo para la igualdad de mujeres y hombres en la profesión médica" y la monografía "Diagnóstico de género de la profesión médica".

Desafíos de la comunicación en los Colegios de Médicos

La comunicación forma parte esencial de la profesión médica, aporta valor y debería incorporarse como una competencia fundamental en la práctica médica.

La llegada del paciente "ilustrado" exige una adaptación a esta nueva realidad.

La comunicación desde los Colegios Médicos reafirma el compromiso de la profesión con la sociedad a la que presta sus servicios, incluyendo el avance de los conocimientos científico-técnicos y el desarrollo de nuevos derechos y responsabilidades de médicos y pacientes.

La comunicación médico-paciente, de los médicos entre sí, con las instituciones y con el resto de la sociedad enfrenta a los profesionales a desafíos en esta nueva época de globalidad, inmediatez e hiperconexión (nuevas herramientas digitales, falsas noticias, verdades a medias, webs sanitarias y de salud no debidamente acreditadas, etc).

El reto será utilizar correctamente las herramientas disponibles y profesionalizar el entorno de la comunicación en los Colegios de Médicos con opinión e información autorizadas para convertirse en una relación fructífera.



COLEGIO DE MÉDICOS

ADRIÁN VALENCIA Y CRISTINA BELZUNCE

GANAN EL CONCURSO DE DIBUJOS NAVIDEÑOS 2018

El 18 de diciembre se celebró la entrega de los premios de la octava edición del Concurso de dibujos sobre la Navidad, organizado por el Colegio de Médicos de Navarra. Participan los hijos e hijas, nietos y nietas de médicos colegiados. Como ya se viene haciendo estos últimos años, el artista navarro Juanjo Aquerreta fue el jurado experto que eligió los dibujos ganadores.

El concurso tiene dos categorías y dos premios: de 4 a 8 años, y de 9 a 12. Los dos dibujos ganadores son los que el Colegio envía como felicitaciones navideñas.

Y en esta ocasión, en la categoría de 4 a 8 años el ganador fue Adrián Valencia Berradre, que recibió un patinete, y en la categoría de 9 a 12 años, el premio fue para Cristina Belzunce Casellas, ella recibió una bicicleta.

El acto de entrega de los premios fue presentado por Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos, quien destacó la calidad de los trabajos presentados.

Además, entre todos los niños que participaron en el concurso se sortearon dos estuches de dibujo.

Todos los trabajos se expusieron en el salón Medialuna del Colegio de Médicos.

Y también como es tradición, para terminar los niños disfrutaron de una merienda y de chucherías.

Como siempre, esta actividad del Colegio resulta una auténtica gozada. Así que gracias por vuestro trabajo y vuestra ilusión.

Rafael Teijeira entrega los premios a los ganadores: Adrián Valencia y Cristina Belzunce. ▼









Puedes acceder al álbum de fotos en el siguiente enlace:

https://www.flickr.com/photos/144073816@No4/albums/72157701518962352

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 **noviembre y diciembre** de 2018.

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.

colegiodemedicos.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/ ventanilla-unica/

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

admon@medena.es

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA

| Noviembre | |
|---------------------------|--|
| Noviembre | |
| Lunes, 5 | Comité de Dirección. Comisión Permanente. |
| Jueves, 8 | Presentación del libro "El corazón en un puño". Presidente. |
| Lunes, 12 | Reunión Colegio de Farmacéuticos. Presidente, vicepresidente 1º y 2º y tesorero. Reunión Mancomunidad Colegios Profesionales. Presidente, vicepresidente 1º y tesorero. |
| | Comité de Dirección. Comisión Permanente. |
| Martes, 13 | Reunión Jurado Beca Senior. Vicepresidente 2º y tesorero. |
| Viernes, 16 Sábado, 17 | VI Convención de la Profesión Médica (Madrid). Junta Directiva. |
| Lunes, 19 | Reunión Asociación Navarra Sin Fronteras. Junta Directiva. |
| | Reunión partido CCD Navarra. Junta Directiva. |
| | Comité de Dirección. Comisión Permanente. |
| Jueves, 22 | Inauguración de Jornadas SEMES. Presidente. |
| Lunes, 26 | Reunión Consejería de Salud. Presidente, tesorero, secretario y vicesecretaria. |
| | Reunión Real Academia de Medicina. Presidente. |
| | Reunión Junta Directiva. Junta Directiva. |
| Martes, 27 | Entrega de la Beca Senior. Presidente. |
| Diciembre | |
| Lunes, 10 | Reunión Jurado Beca Landecho. Vicepresidente 2º y tesorero. |
| | Reunión anual Jubilados. Vocal y Junta Directiva. |
| | Comité de Dirección. Comisión Permanente. |
| Martes, 11 | Reunión anual Jubilados. Vocal y Junta Directiva. |
| Miércoles, 12 | Reunión anual Jubilados. Vocal y presidente. |
| Viernes, 14 | Asamblea OMC (Madrid). Presidente. |
| Sábado, 15 | |
| Lunes, 17 | Reunión Junta Directiva. Junta Directiva. |
| | Entrega donativo AMBALA. Presidente. |
| Martes, 18 | Entrega Beca MIR. Presidente. |
| | Entrega premios Concurso Dibujos navideños. Presidente. |



Avance del programa de formación médica para el 2019

La Sección Académica Colegial está trabajando en las siguientes propuestas de formación para el primer trimestre del año 2019.

COMPETENCIAS CLÍNICAS COMUNES (colegiados de cualquier especialidad y ámbito de trabajo).

1 PROGRAMA URGENCIAS TIEMPO-DEPENDIENTES EN AULA VIRTUAL. En Colaboración con SEMES Navarra. CURSOS Previstos:

GRUPO 3: Código Infarto Navarra. Conceptos

básicos.

Calendario: Del 24 de Enero al 15 de Febrero.

Coordinador: José Luis Espila Etxeberria.

Docentes: José Luis Espila Etxeberria y Ana Garcia

Arellano.

Nuevo CURSO: Código Ictus Navarra (10 horas

lectivas).

Calendario: Febrero.

Coordinadora: Amaia Ibarra Bolt.

Docentes: Amaia Ibarra Bolt y Yolanda Encina

Aguirre.

Preinscripción abierta, se programará cuando haya grupo de 20 alumnos.

GRUPO 3: Código Sepsis Extrahospitalario.

Conceptos básicos.

Coordinador: Carlos Ibero Esparza.

2 MANEJO CLÍNICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD: OBESIDAD SARCOPÉNICA.

Coordinadoras: Mª Estrella Petrina Jaúregui y Ana

Zugasti Murillo.

Calendario pendiente de aprobar

(Febrero -Marzo).

3 SESIONES CLÍNICAS DE ACTUALIZACIÓN SOBRE PATOLOGÍAS INCAPACITANTES.
PROGRAMA SALUD DE LOS PIES A LA CABEZA.
CICLOS 7 Y 8.

En convenio de colaboración con Mutua Navarra. Dirigido a especialistas de Atención Primaria, Medicina del Trabajo y otras especialidades.

Contenidos (programa provisional): Exploración neurológica básica; Cervicalgia; Alcohol y drogodependencias: habilidades y manejo del médico; Dermatitis de contacto: enfoque desde Atención Primaria; Otología; Manejo y orientación en anticoagulación.

Calendario:

Ciclo 7, primavera: marzo, abril y mayo.

Ciclo 8, otoño: septiembre, octubre y noviembre.

COMPETENCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS (selección de especialistas y/o ámbitos de trabajo).

1 ENFERMEDAD RENAL CRONICA. CONTROVERSIAS EN METABOLISMO ÓSEO Y MINERAL

Dirigido a: Especialistas en Nefrología,

Endocrinología y Medicina Interna.

Coordinación

docente: Servicio de Nefrología CHN.

Calendario: 7 de Febrero.

2 ACTUALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA: ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS.

Colabora SONARE (Sociedad Navarra de

Reumatología)

Dirigido a: Médicos de Atención Primaria.

Calendario: 4 y 11 de Abril.

3 ACTUALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA. Orientación diagnóstica en Trastornos del Movimiento.

Dirigido a: Médicos EAP, Médicos Generales,

Médicos del Trabajo.

COMPETENCIAS TRANSVERSALES MÉDICAS (colegiados de cualquier especialidad y ámbito de ejercicio).

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN ÉTICA Y DEONTOLOGÍA.

Propuesta de contenidos:

- Mesa Redonda. Confidencialidad y Protección de datos.
- 2. Mesa Redonda. Humanización de la Medicina: Significado y Perspectivas.
- 3. Mesa Redonda. Big Data y Salud.
- 4. Conferencia-Coloquio: Nuevo Código Deontológico.

Los plazos para la inscripción en cada una de las actividades se irán anunciando en la página web del Colegio https://colegiodemedicos.es/formacion-2/

FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA EN EL COLEGIO

Durante 2018: 22 acciones formativas en las que han participado 601 profesionales y 97 docentes.

Durante el año 2018, la Sección Académica Colegial ha puesto en marcha 22 acciones formativas que suman un total de 275 horas de formación, en las que han participado 601 profesionales y 97 docentes.

Las sesiones se han desarrollado en el marco de seis programas diferentes, impulsados desde el Colegio de Médicos de Navarra y en colaboración con diferentes sociedades científicas: Urgencias Tiempo-Dependientes, en colaboración con SEMES Navarra; Salud de los pies a la cabeza. Actualizaciones en patologías incapacitantes, en colaboración con Mutua Navarra; Medicina legal: Seminario sobre Certificados de Defunción, en colaboración con namFYC; Manejo Clínico en Sobrepeso y Obesidad; Programa de Ética y Deontología en la medicina de hoy y Actualización clínica.

Todas las actividades del Plan de Formación han contado con acreditación de la Comisión de Formación Continuada de Navarra y el sistema SEAFORMEC (Créditos CPEDPC), con una destacable puntuación (promedio 1,99/10 horas). Las encuestas de satisfacción muestran una alta valoración de las actividades por parte de los alumnos participantes, con un promedio de 4,38 puntos sobre 5. En cuanto a aplicabilidad del aprendizaje a la práctica profesional, los alumnos la valoran con un 4,26 puntos sobre 5.

Se han desarrollado las siguientes acciones formativas:

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA EN URGENCIAS TIEMPO-DEPENDIENTES. CÓDIGO INFARTO NAVARRA. CONCEPTOS BÁSICOS (2 sesiones).

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA EN URGENCIAS TIEMPO-DEPENDIENTES. CÓDIGO SEPSIS EXTRAHOSPITALARIO. CONCEPTOS BÁSICOS (2 sesiones).

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

ACTUALIZACION EN NEUROLOGÍA. NUEVA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON.

ACTUALIZACIÓN EN OSTEOPOROSIS PARA ASISTENCIA PRIMARIA.

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES COMPLEJOS Y DE EDAD AVANZADA.

MANEJO CLÍNICO EN SOBREPESO Y OBESIDAD. EJERCICIO FÍSICO EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE SOBREPESO Y OBESIDAD.

MANEJO CLÍNICO EN SOBREPESO Y OBESIDAD. EJERCICIO FÍSICO EN LA PREVENCIÓN DE SOBREPESO (EQUIPOS MULDISCIPLINARES DE SALUD LABORAL).

MICROBIOLOGÍA CLINICA. MANEJO DE INFECCIONES EN PACIENTE ANCIANO INSTITUCIONALIZADO.

PROGRAMA ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LA MEDICINA DE HOY. CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS. NOVEDADES DE LA APLICACIÓN DEL NUEVO REGLAMENTO DE LA U.E

PROGRAMA ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LA MEDICINA DE HOY. HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA. SIGNIFICADO Y PERSPECTIVAS.

SALUD DE LOS PIES A LA CABEZA. CICLO 5. Protocolo de Farmacovigilancia.

SALUD DE LOS PIES A LA CABEZA. CICLO 5. RMN de columna lumbar. Revisión de la nomenclatura de la patología discal.

SALUD DE LOS PIES A LA CABEZA. CICLO 5. Lumbalgias. Protocolo de actuación en Atención Primaria y derivación a especialista.

SALUD DE LOS PIES A LA CABEZA. CICLO 6. Trastornos de adaptación. Diagnóstico diferencial con síndrome ansioso depresivo y manejo en Atención Primaria.

SALUD DE LOS PIES A LA CABEZA. CICLO 6. Vértigos. Manejo en Atención Primaria y derivación a especialista.

SALUD DE LOS PIES A LA CABEZA. CICLO 6. Anemias. Manejo en Atención Primaria y derivación a especialista.

SEMINARIO DE ACTUALIZACIÓN. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (2 sesiones).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LAS DEMENCIAS. UTILIDAD. ¿CUÁNDO y CÓMO RETIRAR LA MEDICACIÓN?





¿Cuándo y cómo retirar la medicación?

"La deprescripción es una parte de la prescripción"

"Solo el 2% de las medicaciones retiradas se vuelven a prescribir"

■Idoia Olza

I envejecimiento de la población determina un aumento de la prevalencia e incidencia de las demencias y, en particular, de la enfermedad de Alzheimer. A día de hoy no se conoce ningún tratamiento capaz de curar o prevenir las demencias neurodegenerativas, solo se dispone de tratamientos sintomáticos. En la actualidad, solamente los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) y nemantina tienen la indicación específica para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y empiezan a mostrar evidencia de eficacia en otros tipos de demencia. Existe evidencia suficiente para recomendar este tratamiento en fases leves, moderadas y moderadamente graves; sin embargo, en la fase final de la enfermedad es necesario tomar decisiones en cuanto a la retirada del tratamiento.

FORMACIÓN



Mario Riverol, coordinador del Curso.

Fármacos antidemencia, antipsicóticos, antidepresivos

En octubre se celebró en el Colegio de Médicos un curso sobre el Tratamiento farmacológico en las demencias, utilidad ¿Cuándo y cómo retirar la medicación?

El coordinador del curso fue el Dr. Mario Riverol, especialista en Neurología de la Clínica Universidad de Navarra. Participaron como docentes el Dr. José Ramón Azanza, director del Servicio de Farmacología y director clínico de la Unidad de Investigación de Farmacología de la Clínica Universidad de Navarra; y la Dra. Belén González Glaría, especialista en Geriatría del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

La Dra. Belén González Glaría habló sobre el "Tratamiento farmacológico en las demencias ¿cuándo retirar la medicación?"

Para esta experta, "la deprescripción es una parte de la prescripción". Según explicó es más fácil prescribir que deprescribir. "Para deprescribir hay que conocer mejor al paciente (su enfermedad, pronóstico, sus deseos y expectativas y su circunstancia vital actual y previa)".

En cuanto a los beneficios de la deprescripción, destacó la adherencia, seguridad, efectos secundarios, interacciones, errores medicamentos, función, calidad de vida y coste. Y entre los riesgos, se refirió al síndrome de retirada (lo padece el 26%, y de ellos el 36% requirieron atención hospitalaria, "esto se minimizaría con reducciones escalonadas"); efecto farmacocinético y farmacodinámico por dejar de interactuar con otros fármacos; efecto rebote (BB, IBP, hipnóticos); reaparición o reagudización de la enfermedad; y discriminación por la edad. A pesar de los riesgos, "solo el 2% de las medicaciones retiradas se vuelven a prescribir".

En el caso de los fármacos antidemencia, la Dra. González enumeró cuáles son las indicaciones para la deprescripción: "falta de respuesta o pérdida de efectividad; efectos adversos no tolerados; rechazo del paciente competente o del cuidador; no adherencia a medicación; progresión de la enfermedad; un umbral absoluto de funcionamiento/cognición para deprescripción puede ser un objetivo plausible pero difícil de establecer; considerar el funcionamiento cognitivo y la relevancia clínica del cambio cognitivo en cada momento; síntomas neuropsiquiátricos de gran importancia para los familiares; demencia avanzada; cambio de los objetivos, evitar la polifarmacia; y comorbilidades que hagan considerar el tratamiento como fútil".

Respecto a los antipsicóticos, se recomienda aplicar protocolos de suspensión de antipsicóticos, suspensión escalonada y evaluación de riesgos y beneficios.

Sobre los antidepresivos, la recomendación es realizar ensayo "terapéutico", retirada gradual y valoración clínica de sintomatología conductual y afectiva. Si hay empeoramiento, reiniciarlos.

También habló de los antibióticos. Explicó que "la limitación del uso de antibióticos no se ha asociado a un aumento de mortalidad. A pesar de la falta de evidencias del beneficio del tratamiento antibiótico y los riesgos asociados a su uso, la utilización de antibióticos en demencia avanzada sigue siendo alto y la abstención terapéutica no es una práctica clínica habitual. La decisión de tratar o no con antibióticos depende de muchos factores que hay que considerar junto con los familiares para tomar una decisión adecuada y ponderada".

FORMACIÓN

Antihipertensivos, estatinas

Sobre la indicación de antihipertensivos en la demencia avanzada, la Dra. González expuso las siguientes recomendaciones: "plantear la retirada farmacológica, suficiente con una tiazida a dosis bajas (adicionando IACE si es preciso), y en el caso de demencia avanzada con caquexia y bajo peso, no será necesario prescribir casi nunca medicación antihipertensiva puesto que los pacientes casi siempre tendrán cifras bajas de presión arterial".

Respecto a la indicación de estatinas, según afirmó, "el consenso de expertos clasifica los hipolipemiantes como fármacos nunca apropiados en personas con demencia. Por ello, se recomienda su suspensión como prevención primaria en cualquier estadio de demencia como prevención secundaria en demencia avanzada".

En lo que se refiere a la diabetes tipo 2, dijo que "parece razonable la disminución de la intensidad del tratamiento. Posiblemente, no serán necesarios fármacos hipoglucemiantes por la disminución de la ingesta". Recomienda "restringir el uso a metformina (si la función renal está preservada) sin alcanzar dosis máxima. Si GFR < 30 ml/minuto, la administración de una sola dosis de insulina de acción lenta con los mismos objetivos puede ser suficiente".

En la diabetes tipo 1, hay menos consenso, "en situación terminal, se disminuyen los requerimientos por la disminución de ingestas".

Tratamiento farmacológico de las demencias

El Dr. Mario Riverol, de la Unidad de Trastornos de la Cognición y la Conducta del Departamento de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra, habló sobre el tratamiento farmacológico de las demencias.

En su exposición, explicó qué es la demencia, tipos de demencia (la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontotemporal, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia vascular)". Sobre la seguridad y la eficacia de los fármacos antidemencia y las indicaciones de los fármacos anti-demencia.

El Dr. Riverol afirmó que "la demencia es un diagnóstico sindrómico, por lo que es preciso estudiar la etiología para plantear el mejor tratamiento y pronóstico posibles". Y que es recomendable hacer un diagnóstico temprano y preciso de la demencia frente a conductas nihilistas.

"En pacientes con enfermedad del Alzheimer leve o moderada se recomienda iniciar tratamiento con un inhibidor de acetilcolinesterasa. En pacientes con enfermedad de Alzheimer moderada-avanzada se recomienda iniciar tratamiento con memantina. Y en pacientes en fases moderado-avanzadas de la enfermedad de Alzheimer en tratamiento con un inhibidor de acetilcolinesterasa, se pueden beneficiar de añadir memantina".

En cuanto a los pacientes con demencia frontotemporal, "no está indicado el tratamiento con IACEs o me-

mantina. En pacientes con demencia leve-moderada asociada a la enfermedad de Parkinson, se recomienda tratamiento con Rivastigmina. Los pacientes con demencia con cuerpos de Lewy se podrían beneficiar de tratamiento con Rivastigmina. Y en pacientes con demencia vascular no está indicado el uso de IACEs o memantina (se puede indicar si hay evidencia de patología tipo Enfermedad de Alzheimer coexistente)".

Participaron como docentes: Belén González y José Ramón Azanza (en la foto).



PSN pone en marcha el **Programa Filia** para acabar con la soledad de los mayores

En la actualidad, muchas personas mayores se ven abocadas a situaciones de soledad que pueden derivar en escenarios de abatimiento, indefensión e incluso diferentes patologías. Se trata de un panorama tremendamente injusto para estos miembros de la población que tanto tienen que aportar a la sociedad gracias a su experiencia y conocimientos, y que puede paliarse gracias a la colaboración desinteresada del sector profesional universitario. El Grupo PSN, desde sus valores solidarios y su carácter mutual, que representa fielmente la relación interpersonal en la que todos los agentes implicados reciben un beneficio, lanza Filia, un programa solidario basado en el voluntariado, que se desarrolla en el colectivo mutual de PSN consecuente con su naturaleza y cohesionando humanitariamente el mundo profesional universitario, ayudando a prevenir y paliar la soledad en los mayores. Actualmente, desde PSN se están recabando solicitudes de personas interesadas, por un lado, en prestar su ayuda, y por el otro, de mayores que necesitan compañía en diferentes circunstancias.

¿Cómo funciona?

El sistema pone en contacto a profesionales universitarios para llevar a cabo este servicio tan enriquecedor para todos los implicados. Existen múltiples posibilidades de colaboración y diversos ámbitos sobre los que solicitar acompañamiento (ver cuadro), en función de la disponibilidad y necesidades de las personas que deseen formar parte de esta iniciativa.

A través de la web de PSN es posible acceder a los formularios de inscripción y cumplimentarlos de acuerdo con la situación concreta, ya sea ofrecer o solicitar acompañamiento. Asimismo, la red de oficinas de PSN está a disposición de todos los interesados.

Formar parte de Filia

¿Le gustaría colaborar en el proyecto?

Puede ofrecer su apoyo a personas mayores de diversas maneras:

- ✓ Ofrecer compañía en el domicilio
- Conversar
 - · Vía email
 - Por teléfono
 - Presencialmente
- Ayuda para realizar recados o gestiones
- ✓ Transporte
- Acompañamiento a actividades culturales
- Actividades sociales (tertulias, juegos,...)

¿Le gustaría colaborar en el proyecto?

Si es una persona mayor, puede solicitar acompañamiento para:

- ✓ Recibir visitas en su domicilio
- Pasear
- Actividades sociales
- Actividades culturales
- ✓ Uso de tecnología
- Actividades formativas



Más información en psn.es y en nuestras oficinas

COOPERACIÓN

ACORDES SOLIDARIOS

l presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeria, agradeció al público asistente y a los coros y orquestas participantes el éxito conseguido en esta primera edición del Concierto Benéfico Músicas del Mundo-Médico Cooperante que, el pasado 11 de noviembre, llenó el auditorio de la Cuidad de la Música de Pamplona. Participaron el Coro del Colegio Oficial de Médicos de Navarra (organizador del evento), el Coro y Orquesta del Colegio Sagrado Corazón y el Grupo Vocal Temp D'Intermezzo.

Trini Díaz

Se recaudaron
3.000
euros para el
tratamiento
de la malaria
grave infantil
en el Hospital
de Ebomé
(Camerún), un
proyecto de la
ONG navarra
AMBALA.



La actividad forma parte del compromiso del Colegio de Médicos de Navarra con la cooperación internacional y la ayuda humanitaria, que a través de su Oficina de Cooperación ofrece formación, asesoría y apoyo a ONGs sanitarias y a médicos cooperantes navarros. En la presentación, Rafael Teijeira anunció que el Colegio de Médicos continuará organizando un concierto solidario cada año para apoyar la labor de los cooperantes navarros.

Rafael Teijeira y Julia Alonso, coordinadora del Coro del Colegio de Médicos, entregaron el cheque por valor de 3.000 euros a la presidenta de AMBALA, Dra. Marga Iraburu.

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



Solo 10 euros pueden salvar una vida

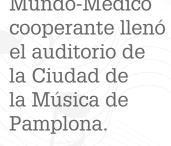
Los 3.000 euros recaudados irán destinados a la financiación del tratamiento de la malaria grave infantil en el Hospital de Ebomé (Camerún), gestionado por la ONG navarra AMBALA.

La malaria 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". Con el dinero recaudado se podrá atender a 300 niños y niñas.

Desde el año 2005, el Hospital de Ebomé (Camerún) 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 tratar las patologías más frecuentes, siendo el hospital de referencia en la zona. Atiende a más de 23.000 pacientes al año.

El concierto en imágenes:

- El público llenó el Auditorio de la Ciudad de la Música.
- Vallés y Marga, de la ONG AMBALA, explicaron la actividad que impulsan en el Hospital Ebomé de Camerún.
- Actuación del Coro del Colegio de Médicos de Navarra, que interpretó Shalom To You My Friend (Naplan), Hal Asmar Ellon (Torekian) Pie Jesu (Johson) y Agur Jaunak (con el Dr. Elizalde al txistu).
- 4. Colofón con todos los coros participantes interpretando *Por Eso cantamos Juntos* (Elberdin).











Una de las imágenes de la exposición 🛕

Hasta el 13 de diciembre, el Colegio de Médicos de Navarra acogió la exposición de fotografías "Mujeres, la fuerza del cambio" de la Fundación Vicente Ferrer, que muestra la historia de superación de seis mujeres indias que lograron cambiar sus vidas.

En el acto de inauguración, que tuvo lugar el 22 de noviembre, intervinieron el Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos y responsable de la Oficina de Cooperación de Colegio; Marián García García, responsable de la Delegación de Navarra, La Rioja y Aragón de la Fundación Vicente Ferrer; y el Dr. Jesús Alfaro, médico traumatólogo y voluntario de la Fundación Vicente Ferrer.

Transformar en Humanidad

Alberto Lafuente destacó que "en el ADN de los profesionales de la salud está la solidaridad y la entrega a los más desvalidos". Es por ello que el Colegio de Médicos creó, hace ahora siete años, la Oficina de Cooperación para dar visibilidad y apoyo a los médicos navarros que participan en actividades de voluntariado y cooperación en países en vías de desarrollo. Su compromiso rompe el círculo de enfermedad y pobreza que asfixia a muchos de estos países. Cada año 30 médicos españoles se desplazan a la

India para colaborar con la Fundación Vicente Ferrer; Jesús Alfaro es uno de ellos.

Dio las gracias a la Fundación Vicente Ferrer y a su delegada, Marian García, "por darnos la oportunidad de conocer y contribuir a la difusión de su trabajo en la India. Compartimos con ellos, el lema de Vicente Ferrer y Anna (su mujer y actual presidenta de la organización) que siempre fue Erradicar la pobreza es posible. Esta exposición viene a demostrar que este deseo es una realidad en la vida de algunas mujeres de la India, que están siendo el motor del cambio que deseamos".





El Dr. Jesús Alfaro, voluntario de la Fundación Vicente Ferrer desde 2010

El Dr. Alfaro, jefe de Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica en la Clínica San Miguel de Pamplona, explicó que empezó a ir como voluntario a la India en 2010, "a un lugar muy bien organi-

zado y serio". Desde entonces, ha estado yendo cada año (estancias de un mes/año) para atender a chicos y chicas discapacitados. "Ahora, la situación es diferente, el centro tiene departamento propio con sus médicos y residentes indios, y ya nuestra labor no es tan necesaria".

Historias de superación

La exposición "Mujeres, la fuerza del cambio en India" consta de una muestra de fotografías de Albert Uriach en las que se puede ver las historias de superación de 6 mujeres que han logrado cambiar sus vidas y las de sus familias. A ellas les acompaña el ejemplo de una niña que representa la esperanza y la confianza en un futuro mejor: Likita, la protagonista más joven representa la esperanza en el futuro.



Las instantáneas muestran la India rural con escenas de su cotidianidad y del rol que desempeña la mujer en su comunidad, a la vez que se aprecia la labor que desempeña la Fundación Vicente Ferrer junto a ellas y documenta cómo ha cambiado su vida. Observándolas se puede apreciar un enfoque más personal de la vida de estas mujeres y conocer la realidad de cada una con los diferentes sectores del programa de desarrollo integral que la Fundación lleva a cabo (educación, sanidad, vivienda, ecología,

mujer y personas con discapacidad).

Las historias de las mujeres representan los cambios que ya se han logrado y son el testimonio de superación en un contexto social que las discrimina. Desde sus respectivos ámbitos y circunstancias, todas ellas han emprendido proyectos vitales y profesionales que les han permitido salir de una situación de pobreza y exclusión social y romper con estructuras sociales que atentan y vulneran sus derechos fundamentales. La exposición muestra las dificultades a las que se enfrentan en un contexto de doble discriminación: por pertenecer a una casta baja y por ser mujer, en un país en el que no son dueñas de su propio destino.

Marián García, Delegada de la Fundación Vicente Ferrer, con los voluntarios de Navarra.



Sobre la FUNDACIÓN VICENTE FERRER

La Fundación Vicente Ferrer (FVF) es una Organización No Gubernamental de Desarrollo comprometida desde 1969 con el proceso de transformación de zonas rurales en Andhra Pradesh y Telangana (sureste de la India).

Apoya a comunidades empobrecidas y grupos especialmente vulnerables: mujeres y personas con discapacidad. Aplica sus programas en más de 3.500 pueblos y apoya a más de 3 millones de personas. El modelo de desarrollo de la FVF en la India coincide con el conjunto de propuestas globales de la ONU para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible en 2030.

COOPERACIÓN

Alberto Lafuente, en el equipo de élite español de Ayuda y Respuesta a Emergencias Internacionales.



Alberto Lafuente con el chaleco rojo distintivo del equipo START.

El médico navarro, Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra y responsable de su Oficina de Cooperación, es uno de los cinco anestesistas seleccionados por la Agencia Española de Cooperación (AECID) para integrar el proyecto START, el Equipo Técnico Español de Ayuda y Respuesta a Emergencias, creado en el año 2016.

El Dr. Lafuente pasará a formar parte de este equipo médico de élite START, conocido como "los chalecos rojos" por ser esta la indumentaria oficial del personal de la Agencia Española de Cooperación en el terreno. Ha sido uno de los expertos que han participado en el diseño, desarrollo y puesta en marcha del proyecto, avalado por su amplia experiencia en cooperación internacional y ayuda humanitaria. Desde el año 2005, el Dr. Lafuente ha trabajado sobre el terreno en los terremotos de Pakis-

tán, Indonesia, Haití y Nepal; y en la atención a la población civil en países como Libia y Afganistán.

START está compuesto por un total de 348 profesionales con amplia experiencia, cuenta con un sistema logístico propio y un Hospital de Campaña de nivel 2, con capacidad quirúrgica. Esta unidad está preparada para desplegarse en cualquier lugar del mundo donde se produzca una emergencia sanitaria, en menos de 72 horas. Los profesionales que integran el Equipo START reciben formación y participan en simulacros varias veces al año. Además de médicos v enfermeros del Sistema Nacional de Salud, START cuenta con ingenieros expertos en agua y saneamiento, logistas o expertos en electricidad y electrónica, entre otros profesionales.

Exigentes requisitos de calidad

El proyecto START se enmarca dentro de la iniciativa Emergency Medical Teams (EMT), liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene como objetivo estandarizar la respuesta a catástrofes naturales por parte de los equipos médicos internacionales, de forma que se asegure un nivel de calidad de atención óptimo para las poblaciones afectadas.

De esta manera, los países que acepten el despliegue del equipo START tienen la garantía de que la intervención española cumple los más exigentes requisitos de calidad.

Este proyecto sitúa a España como una referencia tanto en el entorno europeo como en el ámbito internacional, junto con países como Australia, Japón o Bélgica.



Las personas con Espina Bífida e Hidrocefalia piden su acceso gratuito a materiales sanitarios al tratarse "de patología crónica".

La Asociación Navarra de Espina Bífida e Hidrocefalia, ANPHEB, reclama a Salud que considere patología crónica a las personas afectadas, ya que la patología les acompaña "durante toda la vida desde el mismo nacimiento hasta su fallecimiento", lo que les permitiría acceder a través de la Seguridad Social a tratamientos ortopédicos, ortoprotésicos, farmacológicos,... "necesarios para mantener su calidad de vida y que suponen un elevado gasto para las familias".

La asociación ANPHEB presentó, en el Colegio de Médicos de Navarra, los actos del Día Nacional de la Espina Bífida.



Miembros de ANPHEB, en el Colegio de Médicos. ▶

La asociación celebró el pasado 21 de Noviembre el Día Nacional de la Espina Bífida con stands informativos en Pamplona para dar a conocer esta patología, que afecta en Navarra a unas 200 personas, si bien no hay censo oficial. Se trata de una malformación congénita del tubo neural, que produce un crecimiento anormal de la columna vertebral, por falta de fusión de uno o más arcos vertebrales. Esto provoca graves e irreversibles secuelas en sistemas como el locomotor o nervioso, dependiendo del nivel espinal al que se hayan producido las lesiones. "Se calcula que uno de cada 1.000 niños presenta una malformación congénita de este tipo. Este dato podría reducirse considerablemente si se hace hincapié en las medidas preventivas. De hecho, se calcula que tres de cada cuatro casos se evitarían tomando ácido fólico antes del embarazo y durante el primer mes de gestación", explican desde la asociación.

"Necesitan un tratamiento continuo durante toda su vida que abarca desde la atención farmacéutica hasta material ortopédico, pero no son considerados crónicos como en otras autonomías. Si lo fueran, podrían acceder de forma gratuita a parte de este tratamiento como sondas y ortopedia", explican desde ANPHEB, que recuerdan que "no supondría un gasto elevado para Salud al tratarse de pocos afectados y sería un alivio económico enorme para las familias y afectados".

Principales demandas en Navarra

Ante esto, la Comisión de Salud del Parlamento de Navarra el pasado 18 de abril, aprobó por unanimidad una resolución que insta al Gobierno foral a: "Incluir en el protocolo de enfermedades crónicas la espina bífida, la hidrocefalia y patologías asociadas", medida que supondría "poner fin a la discriminación que sufre este colectivo en relación al resto de crónicos" y "un importante ahorro para las familias", que pagarían menos por sus tratamientos. También emplaza al Ejecutivo a "valorar la posibilidad de crear una unidad multidisciplinar" para centralizar la atención de los pacientes, y le invita a "proponer la modificación de la Ley de Dependencia o sus tablas de valoración".

La resolución aprobada pide al Gobierno una "revisión de las tablas de precios de prótesis, sillas de ruedas, órtesis, prótesis especiales y demás material ortopédico". Por último, sugiere "realizar campañas de información que apuesten por la educación sanitaria en mujeres que puedan estar planificando su embarazo, de manera que puedan prevenir estas patologías ante factores de riesgo".

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA



El Colegio de Médicos de Navarra ha solicitado la participación de sus colegiados para hacer aportaciones al borrador de los cambios propuestos para la actualización del Código de Deontología Médica. Hasta el 15 de enero, pueden trasladar sus propuestas online a través de la página web (www.colegiodemedicos.es).

El pasado mes de noviembre, la Comisión Central de Deontología de OMC envió a los Colegios de Médicos el borrador de la actualización del Código de Deontología Médica. De este modo, se abría un proceso democrático y transparente en el que cada Colegio podía trasladar a sus colegiados el borrador de los cambios propuestos.

El Comité de Deontología del Colegio de Navarra apoyó unánimemente esta iniciativa, que fue aprobada en Junta Directiva el 26 de Noviembre. Las aportaciones de los médicos las recoge la Junta Directiva que, con las alegaciones que realice el Comité de Deontología, decidirá las propuestas finales que trasladará al Consejo General. Posteriormente, la Comisión Central de Deontología redactará un nuevo borrador con las propuestas recibidas, que volverá de nuevo a las Juntas Directivas de los Colegios antes de someterlo a la Asamblea General para su aprobación y debate de los puntos donde exista discordancias.



Dra. Caballín, presidenta del Comité de Deontología.

Un ejercicio de responsabilidad

La Dra. Juana María Caballín, presidenta del Comité de Deontología, explica que la propuesta de actualización incluye ocho capítulos nuevos que contemplan aspectos de una Medicina en evolución (Seguridad del paciente, inteligencia artificial y bases de datos sanitarias, Tecnologías de la Información y comunicación...). "Es la realidad la que justifica la ampliación, adaptación y revisión del Código anterior, editado en el año 2011".

La Dra. Caballín subraya que "esta apertura a aportaciones y comentarios, además de novedosa, es una oportunidad para reflexionar sobre lo que se ha de considerar buen hacer en Medicina, un ejercicio de responsabilidad que nos concierne a todos".

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

Propuesta de actualización

El Código Deontológico de 2011 consta de 21 capítulos compuestos por 66 artículos, 228 puntos, más disposiciones adicionales y finales. El borrador, que ahora se somete a consulta de los colegiados, está formado por 28 capítulos, 120 artículos, 379 puntos, disposiciones adiciones, finales, índice de términos y glosario.

La actualización incluye capítulos nuevos dedicados a la historia clínica y la documentación, la seguridad del paciente, los deberes de los directivos colegiales, la atención a la violencia, la responsabilidad, las tecnologías de la información y la comunicación, y la inteligencia artificial y bases de datos sanitarios.

Historia clínica y documentación _

Este capítulo recoge que los actos médicos deben quedar registrados en la correspondiente historia clínica y que el médico tiene el derecho y obligación de redactarla. El fin último es proporcionar al paciente una asistencia de calidad. El facultativo tiene la obligación de proteger los datos contenidos en las historias clínicas y solo debe permitir su acceso en casos justificados.

Seguridad del paciente

Este apartado especifica que el profesional debe dar prioridad a la seguridad del paciente durante todos sus actos asistenciales, docentes o de investigación. Y también implica que en la información relativa a las intervenciones sanitarias el médico debe incluir la información sobre riesgos derivados de la propia enfermedad.

Deberes de los directivos colegiales

Los directivos colegiales y los que aspiran a serlo están obligados a cumplir con ejemplaridad las normas estatuarias y deontológicas, que son comunes a todos los colegiados, pero que adquieren especial relevancia en función de sus responsabilidades y expectativas.

Atención a la violencia

El médico tiene el deber de combatir la violencia en su práctica diaria y de colaborar activamente para hacer posible su erradicación. En casos de mujeres, ancianos, menores o personas con discapacidad debe conocer, prevenir, diagnosticar y tratar. Nunca puede silenciar estas conductas y tiene el deber de denunciarlas.

De la responsabilidad _

Este capítulo recuerda que la relación médico-paciente se fundamenta en la lealtad, la veracidad y la honestidad, y que el profesional debe asumir las consecuencias negativas de sus actuaciones y de sus errores en el curso de su ejercicio profesional.

Las tecnologías de la información y la comunicación _

El médico debe reconocer el impacto transformador que en la atención y cuidado de la salud tienen la inteligencia artificial, la robótica, así como las tecnologías sanitarias y aplicaciones de salud disponibles. Es obligatorio el aprendizaje y la mejora continua de conocimientos y habilidades que permitan utilizar cualquier tecnología con validez demostrada para el beneficio de los pacientes.

Inteligencia artificial y bases de datos sanitarios

El desarrollo de la inteligencia artificial y de la robótica influyen en la actividad médica y sanitaria. El médico debe conocer su significado y trascendencia, así como adquirir conocimientos y habilidades en esos temas, sobre todo en lo que se refiere a los beneficios y riesgos que conllevan para los pacientes.

Capítulos modificados _

Además, algunos capítulos presentan modificaciones en su enunciado como el que aborda las relaciones del médico con sus pacientes, que incorpora la información y el consentimiento, los deberes del médico con la corporación colegial, la sexualidad y reproducción humana, la tortura, vejaciones y limitaciones en la libertad de las personas, y docencia y formación.



XIV Jornada Formativa de namFYC (Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria)

Dra. Verónica Casado:

"La Atención Primaria no es la puerta de entrada al sistema, es el sistema"

■Idoia Olza

En el marco de la XIV Jornada Formativa de namFYC (Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria), celebrada el pasado 16 de noviembre en el Colegio de Médicos, la Dra. Verónica Casado, reconocida como la mejor médica de familia del mundo, ofreció una conferencia con el título "Ser médico de Familia: pasado, presente y futuro".

En la charla magistral habló sobre la historia de la Medicina de Familia y Comunitaria en el mundo y en España, el impacto y el papel de la Atención Primaria en los sistemas sanitarios y sobre los valores de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Para la Dra. Casado, la "Atención Primaria no es la puerta de entrada al sistema, es el sistema, y para ello necesita mayor poder de gestión". Apuesta por una formación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria más humanista (más centrada en la persona), y por una investigación que tienda más hacia lo digital y lo social.

Para esta experta, la Medicina de Familia y Comunitaria debe ser la especialidad nuclear del ámbito sanitario. "Porque una Atención Primaria fuerte (con el suficiente número de médicos de familia) se relaciona con una reducción de la mortalidad, y en general, con una ciudadanía más saludable".

Afirmó que "para ser un buen médico de familia es necesario humanismo, profesionalidad, habilidades de comunicación, ética, etc, no se puede ser un buen médico solo con conocimientos".

Recordó la importancia de los valores profesionales de los médicos: "compromiso con las personas, con la sociedad, con la ética, con la calidad y con la formación".



Verónica Casado ha sido reconocida como la mejor médica de familia del mundo.

El consejero de Salud entrega el Premio al mejor Póster a Diego Gil.

Mejor médica de familia del mundo

La Dra. Verónica Casado ha recibido recientemente, en el Congreso Mundial de Medicina de Familia y Comunitaria de la WONCA World (Organización Mundial de Médicos de Familia), el premio a la mejor médica de familia del mundo. Se trata del premio Five-stars.

Verónica Casado ejerce en el Centro de Salud Parquesol, en Valladolid, desde donde fue presidenta de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de Castilla y León, y miembro del Equipo Directivo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria durante 10 años, 1994-2004. Verónica Casado ya había sido nombrada mejor médica de familia de Europa en 2017 y de Iberoamérica en la primavera de 2018.

En la Jornada de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria se desarrollaron también talleres sobre las alteraciones del hemograma (trombopenias), adecuación sanitaria del tratamiento farmacológico, semiología respiratoria práctica, y cuidados paliativos en Atención Primaria, la sedación.



Póster premiado: Adecuación en la prescripción de antibióticos en las Neumonías Adquiridas en la Comunidad (NAC)

En la Jornada se entregó el premio al mejor póster. En esta ocasión la comunicación ganadora fue la titulada "Adecuación en la prescripción de antibióticos en las Neumonías Adquiridas en la Comunidad (NAC)". Los autores fueron Diego Gil, Nuria Calles, Sara González, Maite Rivas, Blanca Satrústegui y María Yárnoz.

El objetivo del trabajo era comprobar el ajuste de la prescripción empírica para NAC en Atención Primaria con la Guía Terapéutica Interniveles del Área Aljarafe. Estudio descriptivo cualitativo transversal de concordancia en el Centro de Salud de San Juan (Pamplona).

Participaron 168 pacientes, diagnosticados de NAC en el Centro de Salud de San Juan entre Septiembre de 2017 y Mayo de 2018.

En cuanto a los resultados, "se dio amoxicilina a g (20,5%) pacientes menores de 65 años sin comorbilidad, no alérgicos a beta-lactámicos. Se prescribió amoxicilina-clavulánico a 28 (24,8%) pacientes mayores de 65 años y/o con comorbilidad, no alérgicos a beta-lactámicos y levofloxacino a 45 (41,3%) pacientes con las mismas características.

En ningún paciente atendido en urgencias se dio amoxicilina (n=52) cuando 16 (30,7%) de ellos cumplían criterios para ello. En 3 (1,8%) de los pacientes se utilizó una pauta antibiótica menor de 6 días".

Como **conclusiones**, los autores del estudio destacan las siguientes: "la mayoría de las prescripciones no se adaptan a las guías; la amoxicilina, siendo uno de los antibióticos de referencia, está infrautilizada; el uso de quinolonas es elevado a pesar de la alta tasa de resistencias y problemas de seguridad; y la duración del tratamiento es demasiado larga".

La namFYC entrega 1.500 euros a ACNUR

La presidenta de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (namFYC), Patricia Alfonso, entregó un donativo de 1.500 euros a la coordinadora de la delegación navarra de España con ACNUR, Yolanda Andueza. En el acto de entrega, que tuvo lugar en la sede del Colegio de Médicos el 18 de diciembre, estuvieron presentes también los miembros de la Junta Directiva de namFYC Ana Otamendi, Sonia Martín, Maitane Tainta, Amaia Salegui, Susana Miranda y Rafael Bartolomé.

Este gesto de colaboración con entidades de reconocida trayectoria en favor de los más desfavorecidos se enmarca en la línea de la namFYC de apoyo a estos colectivos. En concreto, esta aportación irá destinada a los refugiados de la guerra de Siria, que ha causado la mayor crisis de refugiados de nuestra historia reciente. Más de 6 millones de personas se encuentran desplazadas dentro del país y 5,59 millones buscan asilo en los países vecinos: Turquía, Líbano, Jordania, Irak y Egipto.

ACNUR trabaja en varias iniciativas: manteniendo los corredores humanitarios (para quienes tienen que huir para salvar sus vidas); facilita refugios, agua potable y saneamientos; proporciona alimentos y asistencia médica (a través de unidades móviles, reforzando las infraestructuras de salud pública ya existentes y fortaleciendo la capacidad de los gobiernos de acogida para proporcionar servicios de salud básicos); educación y autosuficiencia; dignidad y fomento de las economías locales.

Entregaron el donativo miembros de la Junta Directiva de namFYC (de izda a dcha): Sonia Martín, Susana Miranda, Rafael Bartolomé, Ana Otamendi, Yolanda Andueza (ACNUR), Patricia Alfonso, Maitane Tainta y Amaia Salegui.



SEMG, SEMERGEN y ANPE

informan a los ciudadanos en el Día Mundial contra la Neumonía

Protegidos colectivamente: las vacunas funcionan

Trini Díaz

Con motivo de la celebración del Día Mundial contra la Neumonía, el 12 de noviembre, la Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Navarra de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE) informaron a los ciudadanos sobre la enfermedad y su profilaxis, en una mesa que instalaron en la Plaza del Castillo.

Los doctores Manuel Mozota, presidente de SEMG-Navarra; Luis Mendo, secretario de SEMERGEN-Navarra; y Amalia Ayechu, secretaria de ANPE, salieron a la calle para decir a los ciudadanos que "las vacunas no son solo cosa de niños". Los adultos también se deben vacunar para protegerse y evitar contagiar enfermedades.



Manuel Mozota, Luis Mendo Giner, Miguel Laja Gabilán (enfermero en el Centro de Salud de Noáin) y Amalia Ayechu Díaz, en la mesa informativa instalada en la Plaza del Castillo

Piden la vacuna Conjugada

En la mesa informativa instalada en la Plaza del Castillo de Pamplona, los representantes de dichas sociedades científicas pidieron a las Autoridades Sanitarias de Navarra mayor sensibilidad para hacer frente a la neumonía y que incorporen, como ya lo han hecho otras Comunidades Autónomas, la vacuna Conjugada en el calendario vacunal del adulto en sustitución a la vacuna polisacárida.

La neumonía es la responsable de una gran mortalidad y morbilidad. En mayores de 65 años, la tasa de incidencia es de 1.400 personas por 100.000 habitantes. Alrededor de 274 personas son hospitalizadas por neumonía en España al día (en Navarra se producen 1.800 ingresos anualmente, el 75% son mayores de 65 años). Según un estudio del Instituto Nacional de Estadística de 2016, la mortalidad por neumonía creció en un 20% en España; se estima que en

el año 2.030 la mortalidad por esta causa aumentará en un 13%.

Según explican desde SEMG y SEMERGEN, "actualmente en Navarra, se vacuna a todos los pacientes de 65 años o con patología de base con una vacuna que pierde efectividad con el tiempo (produce una hiporespuesta) y no afecta a portadores. Según estudios recientes, la vacuna Conjugada previene la enfermedad neumocócica de manera más eficaz; de hecho es con la que actualmente se vacuna a los niños. En otras comunidades como Madrid. La Rioja, Castilla León, Galicia, Melilla y Asturias se utiliza sistemáticamente la vacuna Conjugada también en adultos ya que confiere más protección, no necesita dosis de recuerdo y actúa sobre portadores evitando que se propague la enfermedad". ANPE añade que los pediatras navarros lideraron la campaña para introducir la vacuna Conjugada en el calendario vacunal infantil por una razón de accesibilidad y equidad (solo estaba al alcance de los que podían pagarla)

y recuerda que la vacunación "no solo es cosa de niños".

"Hay un consenso de 18 Sociedades Científicas donde se aconseja vacunar con la Conjugada a los mayores de 65 años y a aquellos pacientes que tengan enfermedad de base. El Grupo de Neumoexpertos recomienda, además, utilizarla en los pacientes con enfermedad respiratoria crónica", concluyen.

XXIV Jornadas Navarras de Medicina de Urgencias y Emergencias

El paciente politraumatizado, a debate en la Jornadas SEMES



Carolina Pérez Ramírez, médica del o61 de Ceuta y coordinadora del Grupo "Gestión Emocional y Humanización en Urgencias y Emergencias" de SEMES, impartió la conferencia inaugural sobre "La humanización en el manejo del paciente politraumatizado".

La Sociedad Navarra de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES-Navarra) celebró sus XXIV Jornadas los días 21 y 22 de noviembre, en el Colegio de Médicos de Navarra. Más de 120 profesionales de urgencias y emergencias debatieron y actualizaron conocimientos en torno al paciente politraumatizado.

En Navarra se producen alrededor de unos 50 politraumatismos graves al año, principalmente por accidentes de tráfico, laborales, deportivos y domésticos. El Dr. Iñaki Santiago, presidente de SEMES Navarra, subrayó que "el politraumatizado es un paciente que, en función de la atención que se realice en un primer momento y el tiempo que se tarde en aplicarla, puede presentar una alta mortalidad y secuelas. Si esa atención inicial se realiza de forma precoz, podemos conseguir disminuir la mortalidad de las primeras horas, así como la aparición tardía de posibles secuelas. Para entender la importancia de la precocidad de la atención, solemos hablar de la "hora de oro" e incluso de los "minutos de platino".

Además de la importancia de la precocidad en la atención, es fundamental que se realice por personal sanitario preparado para que sea de la máxima calidad y garantía. "Por todo ello –explica el Dr. Santiago- es importante que los equipos sanitarios dedicados a su atención estén actualizados en las diferentes técnicas y material empleado en esta asistencia, ya que están en continua evolución".

Precisamente, el objetivo de las Jornadas fue la puesta al día de todo el personal que atiende al paciente politraumatizado (medicina, enfermería y técnicos de asistencia sanitaria) en el ámbito de las urgencias y emergencias, tanto extrahospitalarias como hospitalarias. En las mesas redondas y talleres se abordaron por qué fallece el paciente politraumatizado, las nuevas técnicas en su manejo y cómo avanzar en una atención más humanizada.

El código politrauma o la hora de oro

Las Jornadas finalizaron con una puesta al día de la situación actual del código politrauma en Navarra. Mariano Fortún, médico urgenciólogo del Hospital Reina Sofía de Tudela, explicó que el código politrauma, junto con el resto de patologías tiempo-dependientes, se desarrollaron a raíz de una Orden Foral del Consejero (OF 274E/2016, de 17 de junio) y se comenzó a aplicar en 2017, estando actualmente en fase de implantación en toda Navarra.

El código politrauma pretende que el paciente llegue a un centro de alta resolución en el menor tiempo posible y habiendo hecho lo necesario. El Dr. Fortún subrayó que "hay una hora de oro entre la vida y la muerte, si estás gravemente lesionado tienes menos de 60 minutos para sobrevivir. Por cada 10 minutos de retraso en la estabilización definitiva del paciente, la supervivencia disminuye un 10%".

Desde el año 2010, se han registrado en Navarra 2.100 pacientes con politrauma. Los datos recogidos muestran que el 75% de los traumatismos graves son varones y que el 10% llegan en helicóptero.

Para avanzar en el código trauma, los expertos piden formación para todos los estamentos, incentivar el registro de casos y conseguir un buen sistema integral de atención.



Enfermedad Inflamatoria Intestinal, en Londres

Por Alfonso Elosua González.

Ganador de la X edición de la beca Dr. Ignacio Landecho de apoyo a la formación MIR.

¿Cómo acabé en Londres en una Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal?

s lo que me preguntaba mientras desayunaba porridge y bebía té la mañana antes de presentarme en el Hospital St Mark's de Londres, con un pequeño nudo en el estómago ante lo inesperado, pero con ilusión. Mi interés por la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) despertó ya desde el inicio de la residencia. Cuando mi tutor, Oscar Nantes, me planteó dónde quería rotar en el último año de formación, lo tenía claro: enfermedad inflamatoria. El Hospital St Mark's es un referente mundial y tras contactar con la Profesora Ailsa Hart, directora de la Unidad, sabía que la experiencia no me iba a dejar indiferente.

Pero, ¿por qué el Hospital St Mark's?

Su historia es muy curiosa y podríamos decir que adelantada a su tiempo, precursora de la "superespecialización". En el año 1935, el Dr. Frederick Salmon fundó el "dispensario benévolo para el alivio de los pobres afligidos por fístula y otras enfermedades del recto", tratando a 131 pacientes. Multitud de avances han sido desarrollados en este centro, como la clasificación de Dukes en cáncer colorectal, la regla de Goodsall para las fístulas o el reservorio ileoanal, descrito en 1970 por Alan Parks.

Es un hospital dedicado exclusivamente a las enfermedades de Aparato Digestivo. Su unidad de Ell controla aproximadamente a 6.000 pacientes y es un ejemplo de multidisciplinariedad. Intervienen gastroenterólogos, cirujanos, nutricionistas, radiólogos, enfermeras, psicólogos e investigadores, dedicados a tratar pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal derivados de todo Reino Unido.

Se me presentó la oportunidad de ver cómo trabajaban en esta unidad multidisciplinar y conocer de primera mano las líneas más actuales de investigación, viviendo tres meses en Londres.

TESTIMONIO BECA MIR

¿Qué he hecho estos tres meses?

Las consultas externas fueron la principal actividad. A la consulta de la Profesora Hart acudían los casos especialmente complejos, que se salen por completo de los algoritmos y guías, muchos de ellos derivados de otros centros de Reino Unido.

He de destacar el recibimiento y consideración con que me trató la profesora, compartiendo conmigo su análisis, valorando opciones para descartarlas o asumirlas, estimulando así mi capacidad de razonamiento y potenciando una participación activa.

La consulta conjunta gastroenterólogo-cirujano lleva 3 años realizándose y ha tenido un éxito notable entre los pacientes (de donde nació la propuesta) y los médicos.

Tras ser evaluados tienen la posibilidad de discutir las opciones de tratamiento médico y quirúrgico. Lo que más valoran los pacientes es salir de la consulta con un plan consensuado, sin tener que ir zigzagueando entre consultas de Digestivo y Cirugía.

La "consulta urgente" me dio la oportunidad de ver y compartir cómo se enfocaba el comienzo del estudio y tratamiento de un enfermo con Ell en brote. Ver cómo lo hacen en otro hospital te permite comprobar que no hay demasiadas diferencias con nuestra práctica clínica habitual.

Un día a la semana estaba dedicado a la endoscopia. Dado que la técnica de proctocolectomía total con la



Alfonso Elosua, en la puerta del St Marks Hospital.

> "He visto la cara más dura de la enfermedad inflamatoria intestinal en un gran volumen de pacientes"





▲ Con la Profesora Ailsa Hart, directora de la Unidad Multidisciplinar de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

creación de un reservorio fue descrita en el St Marks, hay muchos pacientes con reservorios en seguimiento. He podido asistir a muchas reservorioscopias, algo que no vemos con tanta frecuencia en el CHN y con la que me he familiarizado. Por supuesto, también realizaban endoscopia convencional diagnóstica, cromoendoscopia de vigilancia de displasia en pacientes con colitis ulcerosa o endoscopia terapéutica avanzada, en las que pude ver a la Dra. Noriko Suzuki y otros compañeros de la Wolfson Unit en acción.

La Unidad está involucrada en muchos ensayos clínicos que, en ocasiones, son una oportunidad para estos pacientes tan castigados. Ello implica mucho esfuerzo y recursos, tanto de personal como económicos, que logran cubrir gracias a múltiples becas del gobierno inglés y de otras entidades. Tuve la posibilidad de colaborar con varios de los "research fellows". Me pusieron al día de sus estudios sobre fallo intestinal y microbiota en enfermedad de Crohn o la alteración del número de cromosomas en pacientes con displasia de bajo grado y su implicación en el riesgo de cáncer de colon, entre otros. También pude ver de primera mano los primeros pacientes que se trataron en un ensayo con trasplante de microbiota intestinal en la inducción de la remisión en pacientes con colitis ulcerosa llamado STOP-Colitis, y del cual esperamos tener resultados en los próximos años. Asistí a sus reuniones mensuales de investigación, en las que se actualizaban los objetivos, los progresos y las dificultades y en las que surgían nuevas ideas, se establecían nuevos vínculos y también se animaba a los que estaban pasando por una época dura del proyecto.

Aprovechando la estancia pude explorar otras actividades del St Marks como la Unidad de Fallo Intestinal, asistiendo a las consultas de gastroenterólogo-nutricionista. Es también una Unidad de referencia dentro de Reino Unido y los pacientes son complejos, muchos de ellos con Enfermedad de Crohn que desarrollaron fallo intestinal debido a extensas resecciones intestinales. En el St Mark's

fueron pioneros en el biofeedback, un método de rehabilitación o re-educación intestinal y muscular para pacientes con estreñimiento o incontinencia fecal. Pude asistir a varias sesiones y aprendí a interpretar las pruebas funcionales anorrectales como la manometría rectal.

St Marks Academic Institute no es un añadido sin trascendencia. Llevan un programa formativo intenso, por y para el tubo digestivo. Pude acudir a múltiples ponencias y jornadas de actualización. Culminaron con el congreso internacional Frontiers in Colorrectal Disease, cuatro días dedicados exclusivamente a las enfermedades del tracto gastrointestinal.

"La Unidad está involucrada en muchos ensayos clínicos que, en ocasiones, son una oportunidad para estos pacientes tan castigados"

Selfie tomado por Janindra Warusavitarne antes de entrar a quirófano para una operación de reservorio en un paciente con Colitis Ulcerosa.





Alfonso posa con Jean-Frederic Colombel y otros clinical fellows, en un acto formativo del St Marks Academic Institute.

¿Qué me ha aportado esta experiencia?

Cuando llegas a casa, después de 3 meses que han sido frenéticos, es el momento de reflexionar. He visto técnicas endoscópicas extraordinariamente difíciles, pacientes muy complejos, te has puesto al día de los estudios en marcha, has conocido a mucha gente y establecido contacto.., ¿qué es lo que me ha aportado realmente?

Me ha permitido ver la cara más dura de la enfermedad inflamatoria intestinal en un gran volumen de pacientes. La Profesora Hart me ha transmitido la importancia de la sistemática, de evaluar objetivamente lo que le pasa al paciente y al mismo tiempo integrar la propia vivencia del enfermo. Tras la necesaria mirada hacia atrás para ver por lo que ha pasado (cirugías, tratamientos previos) y una completa evaluación de la situación actual (marcadores objetivos de inflamación, endoscopia, técnicas de imagen), cobra especial importancia la pregunta acerca de sus expectativas y orden de prioridades. Porque la integración de la enfermedad en la vida personal, familiar y laboral es diferente para cada paciente. Por ejemplo, unos quieren por encima de todo que se les revierta el tránsito intestinal si tienen estomas (ileostomía o colostomía) mientras que otros se manejan perfectamente con un estoma y no quieren volver a pasar por quirófano. Al concentrar un gran número de pacientes difíciles, te das cuenta que los pequeños detalles son los que marcan la diferencia. Y solo escuchando activamente a nuestros pacientes lograremos detectar ese detalle clave. Es imprescindible tener pacientes informados y con opinión que se deben respetar para confluir en una actuación común médico-paciente.

Otro aspecto que ha marcado mi experiencia es que he podido ver de primera mano cómo funciona una unidad multidisciplinar de prestigio mundial. Teniendo siempre el paciente como centro de la atención, cada uno aporta su visión para buscar la mejor solución al problema. Así veía cómo desde el primer momento, tanto el equipo médico como el quirúrgico, llevaban los pacientes ingresados graves con una responsabilidad compartida, cómo no dudaban ni un momento en ir a ver a un paciente "que no les tocaría ver" pero en el que podrían aportar algo, cómo cada paciente era visto como una oportunidad de ayudar en vez de un problema. Ese contacto estrecho en la atención hace que los gastroenterólogos aprendan mucho de cirugía de sus compañeros, mientras que los cirujanos están al día de los últimos tratamientos biológicos y, en general, todos tengan una visión más integrada de lo que supone tener enfermedad inflamatoria intestinal.

Personalmente, ha sido todo un reto: dejar la familia, coger la maleta e ir a otro hospital en Londres donde nadie te conoce. Las primeras semanas son difíciles, no estás familiarizado con la jerga médica inglesa ni las mil y una abreviaturas que utilizan. Los pacientes

son complejos, han fallado a todo, tienen varias cirugías y cuesta aclararse. Sentirse perdido en esos momentos es lo más normal. Pero pronto se va cogiendo ritmo y te adaptas al hospital. La ciudad de Londres es enorme, tiene mucho que ofrecer y cada vez te va gustando más. Es toda una oportunidad que he sabido aprovechar.

Creo que algo igual de importante, que a veces pasamos por alto, es valorar comparativamente lo que tenemos en nuestro propio hospital. En el Complejo Hospitalario de Navarra tenemos una historia clínica informatizada que envidiaría cualquier centro puntero, unas instalaciones envidiables y, en concreto, unas salas de endoscopia a la última, unas listas de espera razonables... Pero sobre todo, unos profesionales dedicados a la labor asistencial y docente. Cuando vuelves a Pamplona tras haber comparado con otros hospitales, puedes decir, con orgullo, que te estás formando en un buen hospital.

Por último, quisiera agradecer a la Fundación del Colegio de Médicos de Navarra la beca concedida para la estancia, al Complejo Hospitalario de Navarra su actitud abierta para la formación en otros centros y, en especial, al Servicio de Aparato Digestivo por haberme puesto todas las facilidades.



Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. odas las personas atravesamos momentos estresantes en la vida que, en mayor o menor medida nos afectan ya sea en el ámbito laboral, familiar o social. La mayoría de las veces somos capaces de superarlos, pero en ocasiones nos desbordan y producen un deterioro significativo de nuestro funcionamiento diario. Si éste se perpetúa más allá de un tiempo razonable y prudente, y se acompaña de una alteración del estado de ánimo es cuando hablamos de un posible Trastorno de Adaptación (TA).

La inclusión de los Trastornos de Adaptación en los manuales de Clasificación de los Trastornos Mentales no estuvo exenta de controversia. A juicio de algunos profesionales era una forma de "patologizar"

los problemas de la vida diaria. Tanto en la DSM-V como en la CIE-10, los Trastornos de Adaptación están incluidos en los apartados de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

Los TA tienen una prevalencia que oscila entre el 2 y el 8%, si bien representan el 20% del total de las primeras consultas que atienden los psiquiatras, y entre el 10 y el 30% de todos los trastornos psíquicos atendidos en las consultas del médico de familia. Se presenta el doble de veces en mujeres que en hombres, es más prevalente en la población femenina soltera, y se diagnostica con mayor frecuencia en la adolescencia. En los adultos su aparición está relacionada con los problemas conyugales, el divorcio, las mudanzas y las dificultades económicas.

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

"Son más
prevalentes en
la población
femenina soltera
y se diagnostica
con mayor
frecuencia en la
adolescencia"

Causas y descripción del trastorno La aparición del trastorno está siempre vinculada a la aparición de un factor estresante. Se debe tener en cuenta la intensidad del mismo y la proporción de la respuesta, su duración, el ambiente sociolaboral o familiar en el que se desarrolla y si confluyen varios, las características personales de quien lo padece y las consecuencias que se puedan derivar del mismo

Para diagnosticar un TA en un paciente debe existir un acontecimiento estresante por lo menos un mes antes de la aparición de la sintomatología afectiva, y que ésta se resuelva en los seis meses siguientes a la desaparición del factor. Es muy importante la alteración del funcionamiento de la persona, con un empeoramiento significativo de su rendimiento laboral, social o académico. Se presenta generalmente con síntomas depresivos como el desánimo, la tristeza, la apatía o la desgana, el desinterés o la desilusión, la labilidad o incontinencia afectiva o pequeñas dificultades cognitivas (pero con menor intensidad). También pueden asociar ansiedad o angustia, intranquilidad interna o nerviosismo, así como una disminución de la sociabilidad, alteraciones del sueño, del apetito o de la libido. A veces, generalmente en la adolescencia, los TA se presentan como alteraciones del comportamiento (conductas antisociales o de riesgo).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de los Trastornos de adaptación

- Aparición de la sintomatología ansioso-depresiva en respuesta a un evento estresante.
- La aparición de la sintomatología debe aparecer en el mes posterior al evento (CIE) o en los tres meses posteriores (DSM).
- La sintomatología debe ser incapacitante en varios ámbitos de la vida y desproporcionada a lo esperado ante semejante acontecimiento.
- Los síntomas remiten en los seis meses posteriores a la resolución del evento estresante.
- 5 La sintomatología no se explica mejor por otro diagnóstico psiquiátrico.

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Diferencias con otros trastornos y situaciones especiales Los trastornos adaptativos deben distinguirse de otros cuadros afectivos de mayor entidad, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno por somatización o el trastorno de ansiedad generalizada. Es evidente que si el paciente cumple los criterios para cualquiera de estos trastornos deberá ser diagnosticado de los mismos, a pesar de que exista un factor relacionado con el inicio de los síntomas.

Otros trastornos que se han de tener en cuenta para realizar un diagnóstico ajustado a la realidad son los trastornos de la personalidad. Cada persona, ante un factor psicosocial estresante, responderá según su manera

"Por definición son transitorios, por lo que lo primero que hay que valorar es la necesidad de establecer un tratamiento"

de ser y puede que nos parezca, en ocasiones, una respuesta exageradamente llamativa y desproporcionada. No obstante, tenemos que tener claro que la modificación temporal de nuestro modo de actuar ante una circunstancia determinada no modifica nuestros rasgos principales de personalidad.

Es importante prestar atención al diagnóstico diferencial con la reacción a estrés agudo y con el trastorno de estrés post-traumático (TEPT). El primero aparece como reacción a un estrés excepcional, surge a los pocos minutos y desaparece típicamente a las pocas horas (si bien puede perdurar hasta los tres días), y puede cursar con alteraciones

de la conciencia, de la atención y orientación, y con signos autonómicos de ansiedad. El TEPT surge tras vivir semanas o meses antes una situación amenazante o catastrófica. Además de sufrir alteraciones afectivas, son característicos los flashbacks, el embotamiento emocional, la hipervigilancia, alteraciones del sueño o una sensación de desapego de los demás. Hay situaciones del propio ciclo vital de la persona que pueden provocar desadaptaciones. Destacan fundamentalmente las situaciones de duelo, la transición a la vejez o las alteraciones emocionales perinatales.

El duelo es una respuesta emocional al fallecimiento de un ser querido. Es el proceso de adaptarse a una pérdida, que conlleva la aceptación de la misma. Está muy influenciado por aspectos culturales y religiosos, y es único en cada persona (y con cada familiar fallecido). Los factores de riesgo para padecer un duelo patológico son la edad (> 61 años), el sexo femenino, el bajo estatus socioeconómico, los trastornos mentales previos, el fallecimiento de un cónyuge, hijo o joven, la muerte inesperada o violenta, y circunstancias difíciles a consecuencia de la muerte. Se debe realizar una valoración psicológica tras el fallecimiento de un ser querido, si la respuesta emocional exagerada perdura más allá de seis meses. La tristeza, el llanto, la culpa, el aislamiento social, la alteración del sueño y los pensamientos sobre la posibilidad o incluso el deseo de morirse pueden ocurrir tanto en el duelo patológico como en la depresión, aunque se encuentran diferencias en su expresión. Los sentimientos de culpa en el duelo patológico están específicamente relacionados con los cuidados al difunto, mientras que en la depresión los autorreproches afectan a todas las esferas.

La **vejez** es una etapa marcada por cambios como la jubilación, la pérdida de *status* social, la pérdida del cónyuge, hermanos y amigos o la cercanía de la muerte, que pueden provocar un trastorno afectivo en sujetos con una personalidad previa predisponente o con menor capacidad de adaptación y afrontamiento. Las limitaciones sensoriales (ceguera, sordera) y la disminución de la autonomía funcional del paciente actúan como factores de riesgo aditivos para la aparición de un trastorno afectivo.

Se define como enfermedad mental perinatal (EMP) a todos los trastornos psiquiátricos que aparecen durante el embarazo y hasta un año después del parto. La prevalencia de la EMP es alta (15-20%). Los dos factores que elevan la posibilidad de padecer un EMP son los antecedentes de trastornos psiquiátricos y

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

haber sufrido violencia, abusos físicos o sexuales en el presente o en el pasado. Tras el parto es importante el apoyo sociofamiliar y un buen ajuste del sueño.

Una situación estresante para la madre sucede tras un aborto espontáneo. La experiencia de la pérdida del feto puede ser perturbadora, apareciendo sentimientos de fracaso, culpa y rabia. La gravedad de la reacción emocional es mayor en el tercer trimestre, al haberse formado ya un vínculo materno-fetal duradero. Es recomendable que la mujer comparta sus emociones en un entorno seguro e íntimo, e informarle de la normalidad de su reacción.

En el postparto también pueden apare-

cer determinados cuadros afectivos relacionados con la adaptación a la nueva situación. El más leve es el blues postpartum, un trastorno afectivo transitorio que aparece entre el primer día y las tres semanas del postparto. Afecta aproximadamente a la mitad de las mujeres puérperas y no constituye un trastorno depresivo sino un repentino y brusco cambio de humor. Generalmente no requiere tratamiento psicofarmacológico, porque es autolimitado y se resuelve espontáneamente. La depresión postparto suele iniciarse al mes del parto y puede persistir hasta los seis meses. La prevalencia oscila entre un 5 y un 15%, independientemente de los factores culturales y sociales. Algunas madres no buscan tratamiento por miedo a perder la custodia de sus hijos o por estigma negativo. Los factores etiológicos están poco claros, si bien una depresión antenatal es un factor de riesgo. La psicoterapia y los fármacos antidepresivos son la base del tratamiento.

Tratamiento

"El inicio de farmacoterapia está dirigido al control sintomático.

La elección del fármaco dependerá de cuáles son los síntomas más incapacitantes para el paciente"

Por definición el TA es transitorio, por lo que lo primero que hay que valorar es la necesidad de establecer un tratamiento. Habrá que estudiar las circunstancias y las causas que han ocasionado, o al menos favorecido, la aparición del cuadro clínico. Hay que tener en cuenta que tanto los fármacos como la psicoterapia tardan en producir su efecto.

 Estilo de vida y dieta: es bien conocida la relación entre los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, sedentarismo, tabaquismo, hipercolesterolemia) y el mayor riesgo de desarrollar un episodio depresivo. Por lo tanto, es importante incidir en la adqui-

> sición de hábitos dietéticos saludables, ejercicio físico frecuente y control periódico de peso, tensión arterial, glucemia, lípidos y colesterol.

> 2) Farmacológico: el inicio de farmacoterapia está dirigido al control sintomático, por lo que la elección del fármaco dependerá de cuáles son los síntomas más incapacitantes para el paciente. Los ISRS constituyen el tratamiento psicofarmacológico de primera línea por su perfil de eficacia/tolerabilidad, preferiblemente en monoterapia. Otra opción son los antidepresivos duales, que muestran eficacia en el tratamiento de los síndromes de dolor múltiple, si bien se pueden valorar otros como agomelatina, mirtazapina, trazodona o mianserina, que tiene un efecto beneficioso sobre el sueño.

3) Psicoterapéutico. Todas las técnicas psicoterápicas incluyen aspectos de apoyo psicológico, psicoeducación y adquisición de estrategias de afrontamiento. Las más empleadas en la práctica habitual son la psicoterapia de apoyo, la terapia cognitivo conductual y la interpersonal. El efecto terapéutico de la psicoterapia tarda más en observarse, pero a veces resulta más duradero (menor riesgo de recaída al suspender el tratamiento) que el del tratamiento farmacológico. Otras técnicas que se pueden aplicar son la relajación muscular progresiva y el mindfulness.





Profesionales sanitarios contra los bulos de salud

■Idoia Olza

Whatsapp, el mayor prescriptor de bulos.

El coordinador de la iniciativa "Salud sin bulos" animó a los profesionales sanitarios de Navarra a erradicar las fake news de la red y a contribuir a la difusión de una información de salud de calidad.

Casi el 70% de los médicos encuestados por eSalud admite haber atendido en el último año a pacientes preocupados por un bulo.



reportaje

Carlos Mateos, periodista, vicepresidente de la Asociación de Investigadores en eSalud (AIES) y además, coordinador de la iniciativa "Salud sin Bulos" (https:// saludsinbulos.com), invitó a los profesionales sanitarios a detectar, denunciar y contrarrestar bulos sanitarios en la red. Así lo afirmó en Pamplona, en una charla ofrecida el pasado 21 noviembre en la sede del Colegio de Enfermería, bajo el título "Profesionales sanitarios contra los bulos de salud". La conferencia contó con la colaboración de la Asociación Nacional de Infor-madores de la Salud (ANIS).

"Salud sin bulos" es una iniciativa de la Asociación de Investigadores en eSalud (AIES) puesta en marcha para combatir los bulos de salud en Internet y contribuir a que exista información veraz y contrastada sobre salud en la red.

Cuenta con una red de colaboradores formada por profesionales sanitarios, representantes de asociaciones de pacientes y periodistas. Estos "cazabulos" colaboran a erradicar las fake news de la red y a contribuir a la difusión de una información de salud de calidad. Invitó a los profesionales sanitarios a detectar, denunciar y contrarrestar bulos sanitarios en la red.

En la página web incluye un observatorio de denuncia formado por una red de colaboradores (profesionales sanitarios, representantes de asociaciones de pacientes y periodistas) a la que invitó a sumarse como cazabulos a los colegiados navarros. Figura que se rige por la siguiente carta de compromiso: no difundir contenido de salud sin contrastar; informar con ética y responsabilidad; consultar; colaborar; y generar contenido de calidad.

Por su parte, los profesionales sanitarios presentes en la charla demandaron a sus respectivos colegios profesionales información de calidad que les ayude a argumentar y rebatir las consultas que cada vez más les plantean los pacientes, y que tienen que ver con bulos sobre salud que les llegan a través de las redes sociales.



Carlos Mateos, coordinador de la iniciativa "Salud sin bulos" en Pamplona.



R reportaje

Cómo combatirlos

En la actualidad, el mayor prescriptor de bulos sobre salud son las redes sociales. "La principal fuente es Whatsapp, porque lo que compartes llega de una fuente de confianza, pero también lo son determinados personajes, tal es el caso de la monja Teresa Forcadas, Trump o Javier Cárdenas". Entre los jóvenes, el canal que transmite más bulos es Instagram.

El experto puso algunos ejemplos de mala praxis periodística. "A veces la infor-

mación está contrastada pero lo que es alarmista es el titular". En este sentido, mostró la web de una importante cadena televisiva, donde se titula que "el gin tonic ayuda a combatir los efectos de la alergia". Se basa una mala interpretación de un estudio que partía de la evidencia contrastada de que el alcohol empeora las alergias, "pero menos" el de las bebidas alcohólicas blancas como ginebra y vodka

También alertó sobre informes de presuntos especialistas difundidos directamente en las redes al ciudadano. Expuso así ejemplos como el "si te vacunas contra la gripe más de cinco veces en la vida, aumentas un 600% el riesgo de padecer alzhéimer".

Otro ejemplo, esta vez se difundió por whatsapp sobre consejos para la prevención del cáncer de mama: no usar sujetadores con aros, sustituir desodorante por bicarbonato y cubrir el pecho con bufanda o abrigo al exponerlo al sol.

Carlos Mateos argumentó que "estos bulos solo los detecta la profesión sanitaria y que las redes donde más información falsa circula es precisamente donde menos presencia de profesionales hay. Y la única forma de desmontarlos es utilizar sus mismas armas (utilización de videos y contenidos propios de comunidades científicas o colegiales), recomendando webs de calidad o con profesionales activos en redes que los rebatan".



El caso de las vacunas

El periodista experto en salud se refirió a tres personajes, muy activos en las redes, como son el presentador Javier Cárdenas, Trump, y Teresa Forcadas, una bloguera que se presenta como monja y doctora. "Los tres tienen en común que son difamadores, difunden bulos en contra de las vacunas y su relación con el autismo".

Confesó que "Salud sin bulos" nació en su agencia "gracias" a Cárdenas. "Lo lamentable es que la gente se está vacunando menos y así pasa que hay rebrotes de enfermedades que ya estaban erradicadas".

Un estudio publicado en Jama Pediatrics en mayo de 2018 demuestra que los bulos sobre vacunas terminan teniendo influencia: en Estados Unidos se produce una menor vacunación en niños con autismo y en sus hermanos pequeños.

Además, añadió que precisamente, según un estudio hecho en México, "los que no están vacunando a sus hijos son gente con estudios universitarios y que son los más activos en redes sociales".

PRIMER ESTUDIO SOBRE BULOS DE SALUD

El I Congreso Salud sin Bulos se celebró el pasado 27 de noviembre en el Hospital de La Princesa de Madrid, organizado por la Asociación de Investigadores en eSalud. En este congreso se presentó el primer Estudio sobre Bulos de Salud, que se realizó a 300 profesionales sanitarios de todas las comunidades autónomas, entre los 25 y los 70 años.

La muestra es pequeña como para considerarla totalmente representativa, pero da pistas de una realidad preocupante. Casi el 70% de los médicos encuestados admite haber atendido en su consulta en el último año a pacientes preocupados por un bulo de salud, con protagonismo de los relativos a pseudoterapias (71% de los casos), alimentación (54%) y cáncer (41%).

El hecho de que la red no sea un lugar seguro para buscar información sanitaria provoca que el 79% de los médicos encuestados no se fíe de Internet como fuente de información para los pacientes. Además, los facultativos observan un aumento de la presencia e importancia de los bulos sobre salud.

Origen de los bulos

La mayoría de los bulos provienen de Internet (69% de los casos), las redes sociales (63%), el círculo cercano (48%) y las aplicaciones de mensajería móvil como WhatsApp (30%) aparecen como las principales fuentes de los bulos.

En cuanto a las soluciones, al margen de la formación profesional y la educación en salud, los profesionales sanitarios encuestados consideran de forma mayoritaria (96%) que las instituciones públicas "deberían tomar medidas para vigilar de cerca los bulos de salud".

Los médicos observan un aumento de la presencia e importancia de los bulos sobre salud. El 69% ha detectado un incremento en los bulos de salud que circulan entre sus pacientes, y un 92% cree que, además de otras vías de dispersión de bulos, los medios de comunicación "no son lo bastante rigurosos al contrastar la información de salud que comunican".



Ante un bulo en su consulta, la mayoría de los médicos (un 82%) "explica por qué es mentira, con datos o argumentos respaldados científicamente", aunque solo un tercio recomienda recursos 2.0 como páginas web o aplicaciones para que los pacientes puedan consultar sus dudas sobre salud de forma independiente y avanzar en la identificación de posibles bulos. Un 66% de los médicos encuestados no realiza aún esta prescripción 2.0.

Al margen de su labor en la consulta, el 57% de los médicos dice realizar "alguna actividad personal para frenar los bulos. El 79% señala que hace pedagogía en su lugar de trabajo, y el 54% lo hace fuera de la consulta entre colegas de trabajo, familiares y conocidos. El 41% utiliza las redes sociales para tratar de desmentirlos.

Zumo de limón, mamografías, sujetadores...

Entre los bulos más frecuentes, destacan algunos de los más llamativos y repetidos: el **zumo de limón** previene el cáncer; **los sujetadores con aros** provocan cáncer de mama; las **mamografías** producen tumores de tiroides; rasurarse las axilas incrementa el riesgo de tumores mamarios, una cucharada diaria de aceite de oliva evita tumores... Por supuesto, como buenos bulos, todos falsos.

Diagnóstico de género de la profesión médica

Las mujeres ocupan solo el 20% de los puestos de dirección, aunque son más del 50% de la plantilla médica.

■Trini Díaz

a Organización Médica Colegial (OMC) presentó, el pasado 27 de noviembre, el informe "Diagnóstico de género de la profesión médica", un documento que refleja en datos la situación y las diferencias que se producen entre hombres y mujeres.

El informe ha sido realizado por el Grupo de Género y Profesión de la OMC, que pretende impulsar el debate y las propuestas para que la Salud en España no se pierda el enorme potencial que supone la aportación de las mujeres que ejercen la Medicina.

Este diagnóstico es solo el punto de partida, el inicio de un camino que busca integrar la igualdad como uno de los principios básicos de la corporación.

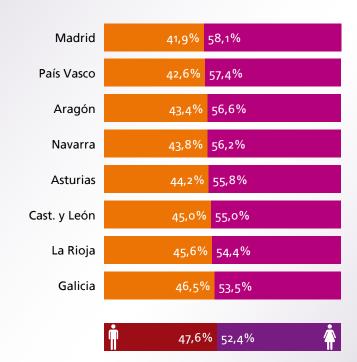


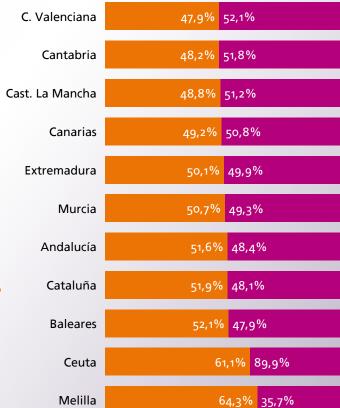
Acceso a la profesión médica

La evolución de los datos en los últimos años señala un avance rotundo en el cambio de proporción de hombres y mujeres en la colegiación: desde 2011 a 2017 se han colegiado cinco veces más mujeres que hombres (4.999 hombres y 25.212 mujeres). Con ello ha desaparecido una brecha de género que en 1990 era de más de 39 puntos y en 2011 aún de 7,3 puntos. Aunque las mujeres son mayoría en los estudios universitarios y están optando a los estudios de Medicina, representando más del 60% del alumnado que termina sus estudios, su acceso a la docencia es limitado y aún lo es más a los puestos de mayor responsabilidad.

Dado que las mujeres llevan más de 30 años siendo un porcentaje importante en los estudios de Medicina, el tiempo pasado desde su acceso a la Universidad no explica que ocupen menos del 7% de las cátedras o menos del 16% del profesorado titular. Las mujeres son el 40% del personal docente e investigador universitario en las áreas de conocimiento de Salud, pero en determinadas especialidades no llegan al 10%.

Feminización por CCAA (2017)







INFORME

Acceso al empleo y profesionales sin ejercicio

El acceso al primer empleo en el ámbito de la Medicina es muy alto en comparación con otras profesiones y también el desempleo en general tiene mejores datos.

No obstante, el análisis de género destaca que ocurre lo mismo que en el resto de la sociedad: a las mujeres que buscan su primer empleo les cuesta más encontrarlo y también son mujeres la mayor parte de las personas desempleadas.

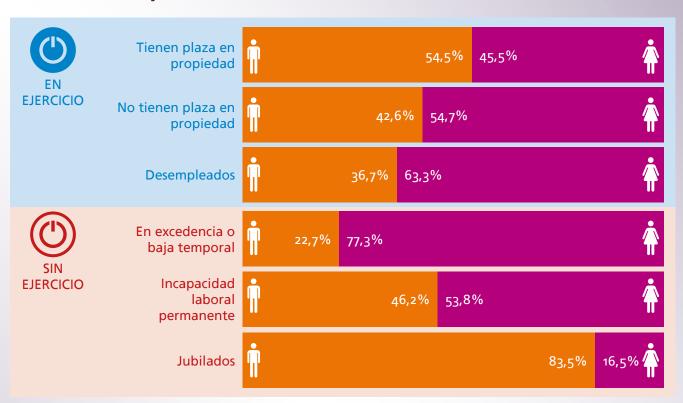
La profesión refleja otros sesgos de géneros habituales como el que haya más mujeres entre las personas en excedencia o consideradas "inactivas", que se manifiesta especialmente cuando los datos se refieren a personas en edad reproductiva.

En la profesión médica existe un 2,1% de paro y de ese porcentaje el 63,3% son mujeres. Y el índice de concentración de mujeres desempleadas menores de 40 años (49,7%) es mayor que el de los hombres (42,9%). Las mujeres en situación de excedencia, la mayoría tiene menos de 40 años (70,6%), mientras que esto solo ocurre en el 20% de los hombres. Por el contrario, los hombres en excedencia o baja temporal tienen más de 60 años, algo que solo pasa con el 5,9% de las mujeres en la misma situación.

Profesionales en activo por sexo y tramos de edad

| Mujer (52,4%): | 62,9% | 62,0% | 55,3% | 41,4% | 30,0% |
|-----------------|----------------------------|------------|------------|---------------|-----------------|
| Hombre (47,6%): | 30,8% | 38,0% | 44,7% | 58,6% | 70,0% |
| | | | | 29.199 | |
| | 27.099 | 27.767 | 25.755 | 41.296 | |
| | 12.086 | 14.047 | 20.847 | . 3 | 6.077 14.154 |
| Franja edad: | < 35 años | 35–44 años | 45–54 años | 55-65 años | >65 años |
| Total médicos: | 39.185 | 44.816 | 46.602 | 70.495 | 20.231 |
| 100%: | 17,7% | 20,2% | 21,1% | 31,9% | 9,1% |
| | TRAMO CON MAYORÍA FEMENINA | | | TRAMO CON MAY | ORÍA MASCULINA |

Profesionales en ejercicio



La tendencia en 2017 es hacia una mayor igualdad en la proporción general de hombres y mujeres y se confirma en 2018, con los datos generales de colegiación proporcionados por el INE (127.464 mujeres y 126.231 hombres).

Sin embargo, persisten las desigualdades cuando el análisis se realiza por especialidades. En particular, los peores indicadores de género los tienen las especialidades de Medicina de Familia y Comunitaria (por una mayor presencia de mujeres) y el conjunto de las cirugías y Cardiología (mayor presencia de hombres).

La mujer supone más del 50% de la plantilla médica, pero solo el 20% está en puestos de dirección. Además, hay menos mujeres que hombres con plaza en propiedad y éstas encadenan mayor número de contratos al año tanto en el sistema público como en el privado.

En Medicina de Familia se agrupan más de 3 de cada 10 médicas colegiadas (31,4%), mientras que no llegan a 2 de cada 10 los médicos colegiados (19,5%). Si se suman las cifras de Medicina de Familia con las de Pediatría, estas especialidades concentran al 40,6% de las mujeres por el 25,7% de los hombres.

Las especialidades más alejadas de la paridad son Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía General y del Aparato Digestivo y Cardiología, donde hay el doble de hombres que de mujeres.



INFORME

Modelo retributivo

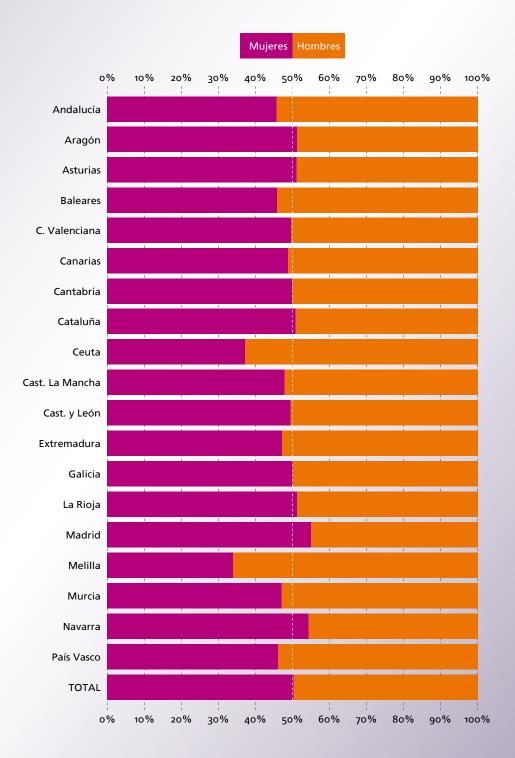
Respecto a los modelos retributivos, el informe evidencia una brecha de género de más de un 27% entre los salarios de hombres y mujeres que, además, mantiene una tendencia a aumentar. Demuestra que hay diferencias salariales importantes entre comunidades autónomas y que en los modelos retributivos público y privado existen una serie de complementos que se consideran arbitrarios.

Cuando en las jerarquías laborales hay una mayoría de hombres, afectan a los sistemas de cooptación que suelen priorizar también a hombres. En la medida en que los puestos están masculinizados el complemento correspondiente lo reciben más los hombres que las mujeres.

Si la mayoría de especialidades que son susceptibles de cobrar complementos especiales y específicos están ocupadas por hombres, se produce una discriminación indirecta porque pone en desventaja a las mujeres. El embarazo conlleva que las mujeres dejan de hacer guardias y esto supone dejar de cobrar complementos, convirtiéndose en una pérdida retributiva por condición de género.

Proporción de mujeres y hombres en los colegios médicos de las comunidades autónomas (2017)

(Elaboración propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos).



Espacios de representación

La mitad de las personas colegiadas son mujeres, aunque hay comunidades autónomas donde su porcentaje es inferior (Baleares, Andalucía, Ceuta y Melilla) y otras donde es mayor (Madrid, Navarra y País Vasco). A excepción de Ceuta y Melilla, en ningún colegio de provincial hay menos de un 41% de mujeres.

Esta proporción de mujeres médicas no se replica en la composición de órganos directivos de los colegios provinciales. Sería deseable que la distribución de los cargos entre hombres y mujeres estuviera en la horquilla del 40-60%, pero son hombres el 88,5% de quienes ocupan la presidencia y el 76,3% de quienes ostentan las vicepresidencias. Solo la vicesecretaría y en algunas vocalías, los cargos con menor capacidad de decisión, las mujeres tienen una representación superior al 40%.

La brecha de género de las juntas directivas de los colegios provinciales dice que hay un 36% menos de mujeres que de hombres. En todos los colegios con un número superior a 5.000 personas colegiadas las mujeres están infrarrepresentadas en las juntas directivas y, en conjunto, solo los Colegios de Burgos, Girona, Córdoba, Toledo y Granada se dan indicadores positivos de género.

En los órganos de Gobierno del CGCOM la representación femenina alcanza el 16%. La Dra. Mª Rosa Arroyo Castillo fue elegida nueva vicesecretaria general en octubre del 2018. De esta forma, se convirtió en la primera mujer en formar parte de la Comisión Permanente del CGCOM, integrada por seis miembros.

En cifras

- En Medicina, la brecha salarial entre hombres y mujeres supera el 27%.
- Las mujeres son el 40% del personal docente e investigador universitario en las áreas de conocimiento de Salud, pero en determinadas especialidades no llegan al 10%.
- Existe un 2,1% de paro en la profesión y de ese porcentaje el 63,3% son mujeres. El índice de médicas desempleadas menores de 40 años es del 49,7%, mayor que el de los hombres (42,9%).
- Las mujeres en situación de excedencia, la mayoría tiene menos de 40 años (70,6%), mientras que esto solo ocurre en el 20% de los hombres.
- Por especialidades, Pediatría es la que cuenta con más mujeres (66,2%), mientras que Cirugía Cardiovascular es la que menos (19,6%).
- Desde 2011 a 2017 se han colegiado cinco veces más mujeres que hombres (4.999 hombres y 25.212 mujeres). En ningún colegio provincial el número de colegiadas es menor del 41%.
- ▶ El 88,5% de quienes ocupan la presidencia y el 76,3% de quienes ostentan las vicepresidencias son hombres.
- ▶ Hay un 36% menos de mujeres que de hombres en las juntas directivas de los colegios.
- ▶ En los órganos de gobierno del CG-COM, la representación femenina es del 16%.

Decálogo para la igualdad entre hombres y mujeres en la profesión médica

El Grupo de Género y Profesión, además de este informe, también ha elaborado un decálogo para la igualdad entre hombres y mujeres en la profesión médica que pretende ser el primer paso hacia la construcción de una profesión médica cuya organización elimine cualquier condicionante que impida una presencia equitativa de mujeres en todos los ámbitos. El decálogo busca promover un cambio cultural entre los profesionales médicos en aras a la igualdad entre hombres y mujeres, realizar campañas de corresponsabilidad y sensibilización entre hombres y mujeres y solicitar a las diferentes Administraciones Sanitarias la elaboración de Planes Directores para la igualdad y su inclusión en los correspondientes planes estratégicos, así como la necesidad de confeccionar planes específicos para su despliegue.

Además, trata de requerir a las administraciones públicas que potencien los planes de conciliación, estableciendo criterios claros y objetivos que eviten interpretaciones subjetivas a la hora de aplicar los cambios organizativos necesarios, para seguir avanzando en la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de todo el personal médico.





No siempre es fácil abandonar el cómodo día a día para abrirse a una nueva aventura. Sin embargo, debemos plantearnos los grandes beneficios que una experiencia así puede aportar a nuestros hijos.

En primer lugar, los alumnos conseguirán mejorar y perfeccionar el idioma de la mano de gente autóctona en un ambiente nativo. En segundo lugar tus hijos adquirirán muchas otras habilidades a nivel de independencia, autonomía y apertura de mente. Son evidentes las ventajas en el aspecto académico pero hay que resaltar que es una experiencia vital para el estudiante que le hará crecer a nivel personal y cultural.

Experiencia vital

Aprender un idioma y entender su cultura supone más que el estudio en las aulas. Estar en contacto durante día y noche con personas autóctonas permite al estudiante adquirir habilidades de fluidez y dominio del idioma con mucha mayor rapidez y precisión que estando en casa. La razón principal es que sumergirnos en otra cultura nos hace comprender mucho mejor aspectos del lenguaje facilitando su aprendizaje.

A nivel personal, la experiencia resultará muy enriquecedora para el alumno. Esta oportunidad permitirá a tus hijos conocer personas de otras culturas y aprender a desenvolverse en cualquier situación, en otro idioma y país, de manera independiente. Por supuesto, el estudiante estará en todo momento apoyado por el equipo, pero aún así el pasar una temporada fuera de casa les hará desarrollar capacidades resolutivas en su día a día.

Experiencia académica

Además a nivel académico supone un gran reto que mejorará el nivel del idioma de forma muy evidente. La participación en este tipo de programas está muy bien valorada por parte de las empresas. No solo porque apoyan el conocimiento del idioma; sino porque además resaltan características importantes de la persona y la diferencian del resto de candidatos.

Hoy en día, casi todos los puesto de trabajo exigen o requieren idiomas. Por ello, contar con una buena formación es indispensable para abrir las puertas a un buen futuro profesional.

CANADA



CLEN College

Opciones de estudios con Clen College

Existen diferentes programas de estudios en el extranjero:

1.Estancías para **estudiantes** (entre 11 y 18 años) de año académico, semestre, o bien trimestre convalidando los estudios.

- 2. Clen College Ih Pamplona ofrece cursos de verano para **niños, jóvenes o adultos.**
- 3. Se organizan programas para empresas.

El único requisito para poder inscribirse es tener ganas de aprender y vivir una aventura inolvidable. Se buscan chicos y chicas dispuestos a vivir una experiencia vital y académica. Puedes solicitar información sobre nuestros cursos en el extranjero en www.clencollege.es/extranjero.

la academia de idiomas pone a disposición de los estudiantes diversos destinos para elegir. Entre ellos Canadá es uno de los más solicitados y mejor valorados. También están disponible Estados Unidos, Irlanda, Reino Unido y otros destinos a consultar, como Francia entre otros.

Esta experiencia resultará muy enriquecedora para tus hijos. No solo por ofrecer muchísimas ventajas cara a su futuro profesional; sino porque es una experiencia inolvidable. Este viaje abrirá su mente a otras formas de vida y a fomentará su crecimiento personal.





IN PULYERE VINCES





948 172 391 recepcion@clencollege.com

recepcion (greienteon ege.com

International House Pamplona

clencollege.es/extranjero







15% DESCUENTO PARA **MÉDICOS** E HIJOS DE MÉDICOS

No pierdas la oportunidad de conseguir tu **título de Cambridge y abre puertas profesionales a tu futuro.**

CLENCOLLEGE.ES



CURSOS DE MAÑANA

| EXAMEN | FECHAS | HORARIOS | LUGAR | PRECIO |
|--------|---------------------|--------------------------------|----------|--------|
| PET | 8/01/19 al 14/03/19 | M, X y J de 10.00h a 12.00h | Rochapea | 495€ |
| FIRST | 8/01/19 al 7/03/19 | M, X y J de 10.00h a 12.00h | Rochapea | 495€ |
| CAE | 8/01/19 al 7/03/19 | M, X y J de 10.30h a 12.30h | Rochapea | 495€ |
| CPE | 8/01/19 al 7/03/19 | M, X y J de 10.00h a 12.00h | Rochapea | 495€ |

CURSOS DE TARDE

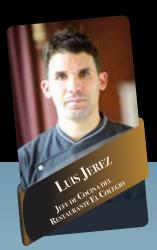
| EXAMEN | FECHAS | HORARIOS | LUGAR | PRECIO |
|-------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------|--------|
| PET | 11/01/19 al 8/03/19 | V de 17.00h a 20.30h | Rochapea | 375€ |
| FIRST | 11/01/19 al 1/03/19 | V de 17.00h a 20.30h | Rochapea | 375€ |
| FIRST for schools | 11/01/19 al 8/03/19 | V de 16.00h a 19.30h | Colegio de médicos | 375€ |
| CAE | 11/01/19 al 8/03/19 | V de 17.00h a 20.30h | Rochapea | 375€ |
| CPE | 11/01/19 al 1/03/19 | V de 17.00h a 20.30h | Rochapea | 375€ |
| FIRST | 8/01/19 al 7/03/19 | M y J de 18.30h a 20.30h | Colegio de médicos | 405€ |
| CAE | 8/01/19 al 14/03/19 | M y J de 18.30h a 20.30h | Colegio de médicos | 405€ |

948 172 391

recepcion@clencollege.com

CLEN College
CENTROS LINGÜÍSTICOS

clencollege.es/intensivos-cambridge



La receta del Chef

la estamos en la temporada del cardo rojo y el Restaurante El Colegio os propone una receta de este producto. Una receta gue resulta muy fácil de elaborar.



I cardo rojo; I cebolla; I pimiento verde; I pimiento rojo; 100 gr. de jamón ibérico; 30 gr. harina; 300 ml. leche; z huevos; Aceite de oliva, Sal y pimienta

Elaboración:

Se limpia el cardo, se eligen las pencas más tiernas y se cuecen en agua con un poco de sal hasta que queden tiernas. Se corta el pimiento verde, la cebolla, el pimiento rojo en brunoise y se pocha junto con los 30 gr. de manteguilla. Una vez pochado, se añaden 25 gr. de harina. Cuando se forme el roux, se incorpora la leche templada y se elabora la bechamel, a la que se le añade el jamón ibérico en láminas finas. Se pone a punto de sal y pimienta y se reserva.

Se cogen las pencas de cardo y se cortan en rectángulos bien partidos. Se coloca una penca de base, se pone el relleno encima y luego se tapa con otro rectángulo de penca. Se reserva en frio.

Con el caldo de la cocción del cardo, se realiza la salsa de almendras. Para ello se prepara un poco de aceite con cebolla en brunoise y ajo picado a pochar. Una vez pochado, se añaden 25 gr. de harina, cuando la absorba se agregan también 300 ml. de caldo de cardo y se pone a punto de sal.

A continuación, se coloca en una sartén el aceite de oliva a 170 grados, se pasa las pencas por harina y huevo batido y se frien, cuando están doradas por los dos lados se sacan a un papel absorbente.

Para presentarlo, se colocan dos pencas rellenas sobre un plato y se le echa por encima un poco de salsa, y ya para terminar, se colocan las láminas de almendra frita. CARDO ROJO
RELLENO DE
JAMÓN TBÉRTCO
Y SALSA DE
ALMENDRAS



ASESORÍA JURÍDICA

RELACIÓN DE DISPOSICIONES NORMATIVAS QUE HAN ENTRADO EN VIGOR EN NAVARRA (DICIEMBRE 2017/NOVIEMBRE 2018)

■ MARIANO BENAC URROZ.

ASESORÍA JURÍDICA.

Normas generales:

- 1. Decreto Foral 116/2017, de 20 de diciembre, por el que se aprueba la oferta de empleo público de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus Organismos autónomos correspondiente al año 2017, relativa a la tasa de reposición del año 2016, en los ámbitos de Administración Núcleo, del Departamento de Salud y de personal docente no universitario (BON 22/12/17).
- Ley Foral 20/2017, de 28 de diciembre, de Presupuestos de Navarra para 2018 (BON 23/01/18).
- 3. Orden Foral 43-E/2018, de 1 de febrero, del Consejero de Salud, por la que se modifica el Comité Técnico de la Estrategia de Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía del Plan de Salud de Navarra 2014-2020 (BON 16/2/18).
- 4. Orden Foral 205-E/2018, de 25 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se crea la Comisión Asesora Técnica de la Estrategia de Humanización del sistema sanitario público de Navarra (BON 20/7/18).
- 5. Orden Foral 216-E/2018, de 5 de junio, del Consejero de Salud, por la que se crea el Observatorio de Muerte Digna de Navarra (BON 24/7/18).

- 6. Acuerdo del Gobierno de Navarra de 25 de julio de 2018, por el que se incrementa al personal de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos el porcentaje equivalente al 1,5% de las retribuciones establecido para 2018, con efectos de 1/1/18 (BON 10/8/18).
- 7. Orden Foral 311-E/2018, de 7 de agosto, del Consejero de Salud, que modifica la Orden Foral 42/2016, de 11-5-2016 (LNA 2016\133), por la que se crea la Comisión Central de Farmacia para el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON 24/8/18).
- Decreto Foral 64/2018, de 22 de agosto, por el que se modifica la plantilla orgánica de la Administración de la Comunidad Foral y de sus organismos autónomos (BON 31/8/18).
- g. Acuerdo del Gobierno de Navarra de 22 de agosto de 2018, por el que se incrementa al personal de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos el porcentaje equivalente al 0,25% de las retribuciones establecido para 2018, con efectos de 1/7/18 (BON 2/10/18).
- Decreto-Ley Foral, de 24 de octubre, por el que se aprueban medidas en materia de personal al servicio de la Administración de la Comunidad Foral y sus organismos Autónomos (BON 30/10/18).

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea:

- Orden Foral 68g-E/2017, de 18 de diciembre, del Consejero de Salud, por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Cuidados Sanitarios del Complejo Hospitalario de Navarra (BON 11/1/18).
- Orden Foral108-E/2018, de 15 de marzo, del Consejero de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 21/2016, de 24 de febrero, que establece la estructura orgánica asistencial y no asistencial del Área de Salud de Tudela (BON 14/2/18).
- 3. Acuerdo del Gobierno de Navarra de 14 de febrero de 2018, por el que se crea la Zona Básica de Salud de Lezkairu y se modifican las Zonas Básicas de Salud de Milagrosa y II Ensanche (BON 23/2/18).
- 4. Acuerdo del Gobierno de Navarra de 14 de febrero de 2018, por el que se crea la Zona Básica de Salud de Aranguren y se modifican la Zona Básica de Salud de Mendillorri (BON 23/2/18).
- 5. Resolución 41/2018, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de 25 de enero, por la que se establece las tarifas por los servicios prestados por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de aplicación para el año 2018 (BON 19/3/18).
- 6. Orden Foral 79-E/2018, de 7 de marzo, del Consejero de Salud, por el que se modifica la Orden Foral 7/2010 de 20 de enero, que establece e implanta dispositivos de seguridad frente al accidente con riesgo biológico en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON 20/4/18).



- 7. Orden Foral 155-E/2018, de 20 de abril, del Consejero de Salud, por la que se modifican las funciones y la estructura de la Sección de Alimentación del Servicio Navarro de Salud (BON 17/5/18).
- Orden Foral 212-E/2018, de 5 de julio, del Consejero de Salud, por la que se establece la estructura del Servicio de Geriatría del Complejo Hospitalario (BON 20/7/18).
- Orden Foral 206-E/2018, de 25 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 274-E/2016, de 17 de junio, que establece los objetivos y responsabilidades de la Estrategia de Atención a las Urgencias tiempo dependientes (BON 20/7/18).
- 10. Decreto Foral 54/2018, de 18 de julio, por el que se modifican los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea aprobados por Decreto Foral 171/2015, de 3 de septiembre (BON 7/8/18).
- 11. Orden Foral 319/2018, de 10 de agosto, del Consejero de Salud, por el que se crea la Sección de Diabetes (BON 30/8/18).
- 12. Orden Foral 318/2018, de 10 de agosto, del Consejero de Salud, por la que se crea el Servicio de Oncología Radioterápica del Complejo Hospitalario de Navarra (BON 3/9/18).
- 13. Decreto Foral 65/2018, de 22 de agosto, por el que se regula el procedimiento de reubicación por motivos de salud del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud (BON 7/9/18).
- 14. Orden Foral 1013-E/2018, de 29 de octubre, del Consejero de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 54/2016, de 30 de junio, que establece la estructura orgánica a nivel de Secciones no asistenciales y Unidades no asistenciales del Complejo Hospitalario de Navarra (BON 8/11/18).

Prestaciones sanitarias:

- Decreto Foral 111/2017, de 13 de diciembre, por el que se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar (BON 22/12/17).
- Acuerdo del Gobierno de Navarra, de 27 de diciembre de 2017, por el que se establecen las condiciones mínimas de la provisión de las prestaciones farmacéuticas, manteniéndose temporalmente vigentes las establecidas en el Acuerdo Marco de 2002 (BON 12/1/18).
- Orden Foral 16-E/2018, de 15 de enero, del Consejero de Salud, por el que se organiza la atención sanitaria a personas transexuales, transgénero e intersexuales (BON 14/2/18).
- 4. Acuerdo del Gobierno de Navarra, de 6 de abril de 2018, por el que se acuerda la exención del pago del precio público derivado de los convenios especiales de asistencia sanitaria en Navarra cuando afecta a personas que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad económica y social (BON 25/4/18).
- Resolución 1523-E/2018, de 8 de agosto, del Director General de Salud, por la que se aprueba las bases reguladoras de la convocatoria de la concesión de subvenciones para ayudas destinadas a complementar, en determinados gastos, el tratamiento de niños y niñas menores de 18 años con Daño Cerebral Adquirido, realizadas de octubre de 2018 a septiembre de 2019 (BON 11/10/18).

- 6. Resolución 1521-E/2018, de 8 de agosto, del Director General de Salud, por la que se aprueba la convocatoria y las bases reguladoras para la concesión de subvenciones para el tratamiento de personas con trastornos del espectro autista de octubre de 2018 a septiembre de 2019 (BON 11/10/18).
- 7. Resolución 1522-E/2018, de 8 de agosto, del Director General de Salud, por la que se aprueba la convocatoria de las bases reguladoras para la concesión de subvenciones para el tratamiento del método Petö a personas menores de 16 años diagnosticadas de parálisis cerebral o procesos neurológicos afines, en los meses de octubre de 2018 a septiembre de 2019 (BON 15/10/18).
- 8. Decreto Foral 83/2018, de 3 de octubre, por el que se Deroga el Decreto Foral 212/2001, de 30-7-2001 (LNA 2001\279), por el que se regulan las dietas por desplazamiento, hospedaje y manutención para los pacientes del Servicio Navarro de Salud que sean derivados a otras Comunidades Autónomas para recibir asistencia sanitaria (BON 15/10/18).
- g. Orden Foral 419/2018, de 4 de octubre, por la que se establece el régimen de ayudas por gastos de desplazamiento, alojamiento y manutención para pacientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que se deriven fuera de la Comunidad Foral de Navarra para recibir asistencia sanitaria (BON 15/10/18).

"EL CORAZÓN EN UN PUÑO", UNA HISTORIA DE SUPERACIÓN, DE OPTIMISMO Y DE AMOR INCONDICIONAL

LA AUTORA, KORO CANTABRANA, CUENTA LA HISTORIA DE LOS 137 DÍAS QUE SU HIJO ALAN, TRASPLANTANDO DE CORAZÓN, VIVIÓ EN EL

■Idoia Olza

"Mi hijo Alan nació con una cardiopatía congénita. Su corazón tenía una anomalía. La noticia fue como un mazazo. Podía fallecer en unas horas. Ahí se nos quedó el corazón en un puño. Sin embargo, después de cinco operaciones, todas a vida o muerte, sique aquí, riendo, cantando, disfrutando de la vida y nosotros disfrutando de él y con él. Hoy ya tiene 18 años y en estos más de 6.000 días de vida, ha pasado por muchas experiencias, algunas muy duras, aunque la mayor parte de ellas positivas. Y todas compartidas con su familia: su hermano Eric, su padre Fernando, y yo, Koro, su madre".

Así comienza el libro "El corazón en un puño", que cuenta los 137 días (casi cinco meses) que transcurrieron desde que les comunicaron que había un corazón compatible para su hijo hasta que salieron del hospital con una nueva vida por delante.

El libro se presentó en la sede del Colegio de Médicos, el pasado 7 de noviembre. Su protagonista, Alan, también estuvo presente. Con unas palabras llenas de emoción y con una preciosa sonrisa dijo que "la estancia en el hospital ha sido muy dura pero que ya casi ni me acuerdo lo que viví allí. Me cambió la vida por completo. Antes era imposible jugar un partido de fútbol y ahora puedo". Dio las gracias a todos por estar en la

presentación del libro.

La autora
del libro es Koro Cantabrana Ruiz
de Larrinaga (San Sebastián, 1966) y
madre de Alan, periodista, conferenciante, fotógrafa y coach. En el libro,
su autora narra de forma positiva
la experiencia vivida durante los 137
días en el hospital -75 de ellos en la
UCI-, después de que su hijo Alan
fuera sometido a un trasplante de
corazón.

Koro Cantabrana, además de dar las gracias a todas las personas que le han ayudado en todo este tiempo, explicó que "Alan, que es el protagonista de la historia, es una persona tremendamente positiva". Destacó la amabilidad de los profesionales sanitarios "ante situaciones realmente duras que viven las familias en los hospitales".

Pensamientos, sentimientos, emociones, positividad, desaliento, ánimo... se entrelazan a lo largo de una narración ágil e intensa. El libro transporta a un espacio donde las emociones se muestran a flor de piel. Más de 100 personas en la presentación

En el acto de presentación participaron el delegado

> del Gobierno en Navarra, José Luís Arasti; el responsable de Trasplantes del Gobierno de Navarra, Dr. José Roldan; el director general de Educación, Roberto Pérez Elorza; el presidente del Colegio de Médicos, el Dr. Rafael Teijeira; la directora de la Editorial Kolima, Marta Prieto y la autora del libro, Koro Cantabrana

El delegado del Gobierno, José Luís Arasti, destacó la importacia de

la actitud con la que nos enfrentamos a las adversidades, el optimismo para afrontar la vida. También se refirió al "magnífico" funcionamiento del sistema público de salud español, y la calidad de los profesionales sanitarios, médicos, enfermería, auxiliares. "Es necesario que el sistema les cuide para evitar la fuga de estos profesionales". Defendió la necesidad de apostar por la investigación, clave para el presente y futuro de nuestro país.

El director general de Educación, Roberto Pérez Elorza, explicó que la historia de Koro y Alan es corta en el espacio (tres salas de hospital) y en el tiempo, pero sin embargo, mueve mucho desde dentro (con sentimientos y sensaciones). El libro es el diario de una convalecencia. Hace una fotografía del ritmo de un hospital, y de sus profesionales.

Resulta muy fácil de leer, pero consigue transmitir mucha emoción

y tensión. Además, según destacó, es un claro ejemplo de resiliencia. "Alan siempre transmite fuerza, en algún momento parece que pierde los papeles, sin embargo, enseguida recupera la actitud positiva".

También habló de la necesidad de cambiar y flexibilizar el modelo educativo, más abierto e integrador.

"GRACIAS POR APOYAR LA DONACIÓN DE ÓRGANOS"

El coordinador de trasplantes en Navarra, el Dr. José Roldán Ramírez, empezó su intervención dando las gracias a Koro y a Alan por escribir el libro. "Les doy las gracias por apoyar la donación de órganos, y lo hago como médico y como profesional de cuidados intensivos".

Para el Dr. Rodán es un libro de obligada lectura entre los profesionales de las UCIS, sobre todo en este proceso de humanización de la UCI que ahora se está llevando a cabo.

A modo de Historia clínica

Por su parte, el presidente del Colegio de Médicos, el Dr. Rafael Teijeira, aludió a los siete objetivos que tiene el libro, al respecto, "a Koro, apuntó Teijeira, se le ha olvidado uno que entiendo que está muy claro, el libro sirve como historia clínica relatada por pacientes y familiares de pacientes para los médicos, para interiorizar lo que sienten las personas".

También aseguró que el libro puede ser "una herramienta de formación para los estudiantes de Medicina, una forma narrativa que ayude a los estudiantes a entender cómo hay que tratar a las personas, y cómo se sienten los pacientes y las familias en los hospitales".



Participaron en el acto de presentación, de Izda. a dcha, la directora de la Editorial Kolima, Marta Prieto; la autora del libro, Koro Cantabrana; el presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira; el delegado del Gobierno en Navarra, José Luis Arasti; el director general de Educación, Roberto Pérez; y el coordinador de Trasplantes de Navarra, José Roldán.

Los 7 objetivos del libro

- Ayudar a otras familias que pasan por una situación traumática con alguno de sus hijos.
- 2. Apreciar la vida. Apreciar conscientemente. Apreciar las cosas pequeñas. El día a día, el aire en la cara, poder mover las manos o los pies y caminar, ver la luz del día cada mañana, poder disfrutar de una ducha o utilizar el baño cada día, beber un sorbo de agua, poder estar con quienes nos quieren, agradecer a quienes nos ayudan y nos apoyan, creer en uno mismo, celebrar cada pequeño avance hacia nuestros sueños...
- 3. Homenajear a quienes hacen posible que un trasplante se realice. Empezando por las personas y las familias donantes, hasta los organismos y profesionales que posibilitan los trasplantes, así como los profesionales sanitarios.
- 4. Fomentar las donaciones de órganos. Muchas personas consiguen una mejor calidad de

- vida, e incluso la diferencia entre la vida y la muerte, gracias a la generosa y desinteresada acción de los donantes y sus familias. En 2017, en España, se superaron los 2.000 donantes, que sirvieron para más de 5.000 trasplantes.
- 5. Ayudar a otros niños. Fomentar las donaciones económicas para asociaciones que trabajan ayudando a niños con retos de salud y a sus familias.
- 6. Fomentar la comprensión de estas situaciones entre los más jóvenes. Sobre todo en centros escolares. En algunos momentos, niños y niñas con retos de salud importantes, física, emocional o mental, sienten discriminación, rechazo, acoso, ninguneo e incomprensión por parte de compañeros y de la escuela.
- 7. Concienciar sobre la necesidad de nuevas propuestas educativas que sean innovadoras, abiertas, flexibles, integradoras y empoderen a estos niños y niñas.

I_{N MEMORIAM}

Con motivo de la celebración del centenario de su nacimiento

La escultura del médico e historiador pamplonés
José Joaquín Arazuri vuelve a mirar el día a día
de su ciudad natal a través de sus características
gafas. El Ayuntamiento de Pamplona celebró el
pasado 18 de diciembre un acto en su recuerdo
con motivo del centenario de su nacimiento, el
l de diciembre de 1918, en el que se volvieron a
colocar las gafas que tanto definían su figura y su
personalidad.

El alcalde de Pamplona, Joseba Asiron, y miembros de la corporación municipal participaron en un breve homenaje en el paseo que la ciudad le dedicó, próximo a la iglesia de San Lorenzo, y junto a su escultura. Asistieron familiares y allegados al médico y escritor pamplonés. También participó el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira.

El acto comenzó con la lectura del prólogo de libro "Pamplona: calles y barrios", escrito por el propio José Joaquín Arazuri, como una forma de homenajear y reconocer su interés por la ciudad que le vio nacer y sus gentes. Intervino también el alcalde de Pamplona para señalar que todas las ciudades tendrían que tener una figura como la de Arazuri, y después Sagrario Arazuri, una de las hijas del homenajeado. Por último, se entregó un ramo de flores a la viuda del doctor Arazuri, Sagrario Irigaray, que recogieron sus hijas.

Desde su inauguración en 2003, ya a los pocos días, a la escultura se le sustrajeron las gafas. El Ayuntamiento destinó cerca de 1.200 euros y las repuso a los pocos meses pero un acto vandálico volvía a romperlas. Desde entonces no se habían colocado otras. La escultura del doctor Arazuri es obra del artista Rafael Huerta y está creada en bronce, piedra, barro y madera. Mide aproximadamente 1,73 metros de altura y está apoyada sobre un pedestal de 65 centímetros. Pesa unos 300 kilos.



Las hijas de Arazuri posan junto a su escultura.

Médico e historiador

José Joaquín Arazuri Díez nació en la calle San Antón de Pamplona el 1 de diciembre de 1918. Estudió Medicina en Zaragoza, donde se licenció con Premio Extraordinario. En su vida fue primero, y sobre todo, médico puericultor, pasión que compatibilizó con el coleccionismo de viejas fotografías, la investigación histórica para documentarlas y la escritura.

La serie de artículos titulados "Archivo iluminado" y "Añoranzas que no duelen" fueron sus primeros comienzos como publicista en la revista Pregón en el año 1961. Después, le siguieron monografías como "Pamplona hace noventa años", "Pamplona Antaño", "Pamplona estrena siglo", "Pamplona Belle Epoque", "Viejas rúas pamplonesas", "Pamplona: calles y barrios", "Historia de los Sanfermines" e "Historias, fotos y joyas de Pamplona".

22.000 fotografías

La labor de Arazuri fue reconocida por diferentes entidades e instituciones. Pamplona, le concedió en 1992 su Medalla de Oro, en 2001 le dedicó un paseo y en 2003, tras su fallecimiento el 6 de noviembre de 2000, le erigió un monumento. Tras su muerte, su familia donó al Ayuntamiento de Pamplona una colección documental de alrededor de 22.000 fotografías, cuyo ámbito geográfico se circunscribe prácticamente a la ciudad de Pamplona: su evolución urbana, sus habitantes, sus fiestas y tradiciones, así como los actos, actividades y obras de sus instituciones, en un período cronológico que va de 1862 a 1995.





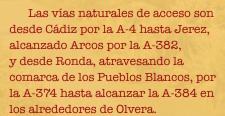
Salvador Martín Cruz

Entra dentro de lo posible que haya más gente que haya oído hablar de La pícara molinera, la leyenda tradicional andaluza que inspira El sombrero de tres picos, de Pedro Antonio Alarcón, y a su través la composición musical de Manuel de Falla, que de la localidad en la que se sitúa tradicionalmente el molino en torno al que se teje la leyenda: Arcos de la Frontera, sin duda uno de los pueblos blancos más espectaculares de la provincia de Cádiz; levantado sobre una peña, La Peña Vieja, y rodeado por el cauce del río Guadalete. Lugar estratégico desde la antigüedad, que adquirió especial importancia con Roma y posteriormente llegó a ser reino de taifa musulmán, Medina Arkosh, siendo conquistado por Alfonso X el Sabio y posterior asiento de las luchas intestinas de la nobleza andaluza durante el siglo XV.

ciudad y subir andando por la cuesta de Belén, dado el laberíntico e intrincado trazado de su caserío, hasta alcanzar el templo de Santa María de la Asunción y, subiendo sus escaleras, acceder a la plaza del Cabildo, antigua plaza de armas del castillo de los duques de Arcos, que levanta sus murallas y la puerta almenada de Matrera a la derecha de la plaza, frente por frente del Ayuntamiento y el Parador Nacional, construido sobre la casa del Regidor. Cierran la plaza por un lado la basílica de Santa María, de portada plateresca, verdadero popurrí de estilos; gótico, mudéjar, renacentista y barroco, con un rico interior compuesto por varios retablos platerescos y barroco, así como pinturas de Valdes Leal, una sillería de Pedro Roldán y un cristo de marfil atribuido a Montañés; y a su frente el famoso balcón de Arcos, con su extraordinaria vista desde casi 80 metros de altura sobre el Guadalete y su vega, que se aleja serpenteando camino de Jerez.

y el conde del Águila; los artesonados mudéjares del Ayuntamiento y un retrato sito en él de Carlos IV presuntamente de Goya; la iglesia de San Pedro, gótica, con pinturas de Pacheco y Herrera el Mozo; el convento de San Francisco, en cuya capilla mayor hay pinturas de las escuelas de Murillo y Zurbarán, y el llamado relieve de las Ánimas, de Pedro Roldán; los hospitales de San Juan de Dios y de la Caridad, así como varios conventos e iglesias más renacentistas que hablan de la pujanza de la localidad en aquel tiempo. Pero si Arcos hoy sigue siendo lugar de visita obligada, lo es sobre todo por la belleza de su caserío, la riqueza de su rejería, las columnas romanas que aparecen en las esquinas por aquí y por allá y, sobre todo, por las increíbles vistas de su va mentado balcón que, por lo menos a mí, me ha hecho acercarme a él para asomarme a su vega en varias ocasiones desde hace más de cuarenta años, cuando lo descubrí en una vuelta ciclista.





Aunque cualquier momento es bueno para visitar la localidad, los rigores de la canícula hacen preferible evitarlos. Personalmente, recomendaría la alta primavera y la otoñada. Siendo, de hecho, la entrada de la ruta de los Pueblos Blancos, no estará de más apuntar que, además de la cercanía de Jerez y de Medina Sidonia, están casi a tiro de piedra desde el inmediato Bornos, El Bosque, Grazalema, con su famoso pinsapar Ubrique, Zahara de la Sierra, Olvera y hasta el mismo Ronda. Pernoctar no es problema, hay desde lugares cercanos de acampada y casas rurales a hoteles, hostales, cortijos, haciendas, etc. La única vez que yo dormí allí lo hice en el parador, inmejorable en cuanto a precio y calidad. Lo mismo diría en cuanto al yantar; hay restaurantes y sitios de comidas en todo el pueblo y alrededores.

La gastronomía del lugar, sumamente variada dada la riqueza de su huerta y la cercanía del mar, tiene como platos estrellas Los alcauciles rellenos, el potaje de acelgas, los arroces caldosos, el ajo a la molinera, los salpicones, la ensalada de apio, la sopa de tagarninas y la alboronía, un guiso de verduras de origen árabe verdaderamente excepcional, hecho con calabaza, berenjena, tomate y pimiento verde. De vinos teniendo Jerez y Sanlúcar al lado no es necesario hablar.

En cuanto a lectura inevitable recomendar la lectura de El sombrero de tres picos, de Pedro Antonio de Alarcón, así como Los pueblos, de Azorín, con un capítulo específico dedicado a Arcos. Y a la hora de escoger una guía recomendaría la de Manuel Pérez Regurdán.



La vejez es mala porque priva al hombre de todos los placeres dejándole los apetitos

(Giacomo Leopardi. Poeta italiano. 1798-1837).

• IÑAKI SANTIAGO

Acabo de escuchar una noticia en la radio. Y es que yo soy más de radio que de tele, que la uso solo para ver los documentales de la 2, o sea, para echar la siesta. La noticia en cuestión decía que la esperanza de vida en nuestro medio va in crescendo. No sé qué pasa en el otro medio, donde me da a mí que con tantas guerras y hambrunas lleva una tendencia contraria, en un vertiginoso in minuendo.

¿A dónde nos lleva esto? Pues que en nuestro medio (que no mitad) cada vez somos más viejos y por tanto cada vez trabajan (trabajamos) menos personas para, obviamente sustentar y preservar una mínima calidad de vida a más población de características concretas y particulares a saber: jubilados cobrando su merecida pensión (en la mayoría de casos), con patologías crónicas que aumentan el gasto sanitario y con la carga añadida de, en muchos casos, ser el único soporte económico de la familia, cargando en las circunstancias más favorables solo con los nietos y, en las peores de las situaciones, con toda la familia, bien sea carnal y/o política.

Si esto lo traducimos a matemática básica, está claro que los números no dan para todo. Y si los números no dan, mucho me temo que la perversa idea de economistas y políticos de nuestro medio será ir poco a poco, o no, prolongando nuestra edad de jubilación. Ya he comentado que en el otro medio la esperanza de vida

es tan corta que este problema ni lo tienen, ni creo que lo contemplen, ya que los pobres no son capaces de llegar a la, para nosotros, ansiada edad de jubilación.

O sea, que nos plantamos en la cruda y obscena perspectiva de que de aquí a nada nos prolongarán la edad de jubileo ¿Y qué pasa si nos la prolongan? Pues que, aparte de que la palabra jubilación perderá su primigenio significado y esencia, nos convertiremos de manera indefectible en trabajadores plenos de senectud, desarrollando alienantes trabajos en cadena en unos casos o efectuando trabajos menos gravosos en otros, pero no acordándonos para qué hemos ido a esa bendita fábrica o a esa humilde oficina. En el caso de los médicos, si alquien no lo remedia, seguiremos realizando maravillosas guardias de 24 horas. Eso sí, yo exigiré que me sonden, porque con el bastón seguro que no me dará tiempo a llegar al váter y acabaré meándome encima, cosa poco elegante en la figura de un facultativo. Y crucemos los dedos por que solo sea un inocente escape de pis y la cosa no vaya a mayores.

Aquella legendaria imagen de las películas de antaño donde veíamos cómo una atenta, bella y maquilladísima enfermera secaba solícitamente el sudor de un ebúrneo y apuesto cirujano, desaparecerá, ya no tendrá sentido. Por un lado porque asistimos a una clara feminización de la

medicina y a una palpable masculinización de la enfermería. Creo que lo llaman igualdad o paridad, aunque yo lo llamo que "quien mejor lo sepa hacer, que lo haga". El caso es que la irreparable pérdida de la famosa escena "jolibudiana" se trocará en un grupo de personajes del ámbito sanitario, sitos en un quirófano, asistiendo con normalidad a escenas protagonizadas por alguien que, con mano más o menos temblorosa, le limpiará a otro alguien la goteante baba que inconscientemente le asoma por debajo de la mascarilla, amenazando con caer sutilmente en pleno campo quirúrgico.

En los pasillos del hospital nos resultará harto difícil saber si la persona que lucha con denuedo por empujar su *taca-taca* es el sufriente enfermo o su abnegado médico.

Y no dudéis que viviremos con la mayor naturalidad del mundo situaciones rayanas en la más grotesca indignidad:

- Maripuri, pásate por la 7ª para cambiar un pañal –le pedirán a la auxiliar.
- ¿A qué paciente?
- No, paciente no. Al doctor Fulanez, que lo lleva todo empapado y con la demencia que tiene ni se entera y va por ahí con todos los pantalones empapados.

Cuando yo era joven (más joven) bromeaba con que, cuando fuera mayor, acudiría a Urgencias y la gente joven cuchichearía entre risitas,



tapándose la boca como los futbolistas de ahora:

 ¡El abuelillo chocho este, que dice que trabajó aquí durante un montón de años!

Ahora, viendo lo que nos espera, me da que en un no lejano futuro me convertiré en un anciano médico que acudirá a Urgencias no como paciente, sino como profesional en activo, rozando la demencia senil y que seré yo quien no conoceré a nadie y preguntaré por los pasillos, mientras empujando con dificultad mi andador perseguiré, no sin apuros, a algún lustroso robot en fase de pruebas que estará intentando suplantar nuestro trabajo:

- ¡Oiga, oiga! ¿Sabe qué hago yo aquí? ¿Cuándo me va a atender el médico?
- "El médico facultativo de plantilla es usted, doctor Fulanez; bip, bip" -contestará el robot emitiendo una monótona y metálica voz.

Pero antes de que llegue semejante porvenir, que llegará (y si no tiempo al tiempo) de momento nos toca seguir esperando acontecimientos, mientras asistimos a situaciones que, procedentes de personas supuestamente jóvenes y en perfecto uso de sus facultades mentales, remedan de forma bastante fidedigna

lo que nos espera cuando esos jóvenes ya no lo sean y trabajen entre la nebulosa de los olvidos propios de la senectud o hundidos en una profunda demencia. Si alguien joven hoy en día es capaz de hacer cosas inverosímiles por absurdas y desatinadas, no me puedo ni quiero imaginar qué no hará cuando entre en una edad más que madurita, como la protagonista de nuestra historia, una amable auxiliar (TCAe se llaman ahora) que ante la orden médica de dar de comer un batido hiperproteico a una paciente portadora de sonda nasogástrica, de manera encantadora, cual afable camarera de una cafetería de postín, le ofertó a la perpleja paciente:

- ¿De qué te apetece el batido, majica? ¿De vainilla o de chocolate? ¡¡¿De vainilla o de chocolate?!! ¡Alma de cántaro, que lo va a tomar a través de la sonda! ¿O se han descubierto papilas gustativas a nivel gástrico y me lo he perdido? ¡Ah, claro, ahora entiendo, será por el eructillo de después!

En fin, que finalmente la gente joven y en paro esperará desesperada en casa a que les llevemos algún dinerillo para poder subsistir y seguir esperando a que dejemos sitio libre, mientras nos empujan desalentados pidiendo urgentemente paso a la nueva savia.

Como he dicho muchas veces, los tiempos avanzan que es una barbaridad, pero me da a mí que en este caso el avance es para atrás. Y mientras tanto, seguiremos atónitos y con perverso interés las actuales acciones de esa gente, todavía joven, imaginándonos qué no serán capaces de hacer cuando les toque laborar llegados a edades longevas. Como decía aquel gitanillo: "¡Aaaayyy, váááálgame el Señor Dioooos Jesús!".

UNA GRAN ESCUELA DE TEATRO

Escenario 1:

Sala de Simulación. La sala de simulación es un lugar donde somos capaces de reproducir de una forma artificial, pero bastante fidedigna, circunstancias de la vida real que nos permiten entrenarnos en situaciones límite a fin de estar preparados para enfrentarnos a esos mismos escenarios en la vida real. Igual que el futbolista que ensaya el lanzamiento de penaltis en los entrenos (que es como denominan ahora a lo que toda la vida hemos llamado entrenamientos)

Pues ahí se encontraba un grupo de sanitarios, prestos a adiestrarse en la siempre tensa situación que provoca afrontar una parada cardio-respiratoria. El profesor planteó una situación

ANECDOTARIO

médica grave que ficticiamente ubicó en el Centro de Salud del Casco Viejo. El grupo se activó. Enseguida una persona tomó el mando de la situación y comenzó a dar órdenes al resto: que si coge una vía venosa, que si pon tal medicación, etc. Y en esas estaban cuando de forma imprevista el profesor que controlaba la situación reprodujo una parada cardíaca. La reacción del equipo fue brutal y emocionante, por lo rápida y precisa, metidos en su papel como si de una parada real se tratara. La persona que lideraba con gran aplomo comenzó a dar órdenes, atendidas y entendidas por el resto del grupo:

¡Tú, Fulano, comienza masaje cardíaco! ¡Y tú, Zutana, comienza a ventilar al paciente mientras tú, Menganito, me preparas el material para intubar! ¡Vamos, vamos!
 Todo en marcha, perfectamente

engranado. Solo faltaba una orden de crucial importancia en este tipo de situaciones:

- ¡Paquito, llama al 112 y cuéntales lo que ocurre!
- Y Paquito, obediente él, descolgó el teléfono y habló: Hola. ¿Es el 112? Oye mira, que somos el equipo sanitario del Centro de Salud del Casco Viejo. Que estamos atendiendo una parada.

Y Paquito colgó el teléfono y volvió hacia la "zona cero" transmitiendo que ya había llamado al 112, que mandaban una ambulancia y preguntando qué debía hacer ahora.

Escenario 2:

Centro de Salud del Casco Viejo. Actividad habitual en el centro, con abuelillos con sus bastones que pululan de aquí para allá, cruzándose con algún que otro acatarrado joven. Tranquilidad. Pero de pronto se abren las puertas bruscamente y de forma decidida hace su aparición el personal de la UVI-Móvil, desfibrilador en ristre y con la mochila de

ataque a la espalda, mientras gritan impetuosamente:

- ¡¿Dónde está la parada?!
- ¿La parada? ¿Qué parada? -preguntó con gesto sorprendido una médico que andaba por allí.
 ¡Aquí no tenemos ninguna parada!

Escenario 1 (de nuevo) Suena el teléfono. Coge el profesor de la simulación. Su cara enrojece y palidece al unísono. Se disculpa ante el interlocutor y cuelga el aparato, volviéndose sorprendido hacia Paquito:

 Vamos a ver, Paquito. Tú ¿a dónde puñetas has llamado?

Y es que, en su afán de participación, el bueno de Paquito se había metido tanto en su papel de reanimador que, en vez de realizar una llamada ficticia, había llamado realmente al 112 que, lógicamente, activó los recursos necesarios para enfrentarse al problema que Paquito había indicado y que se personaron en el Centro de Salud.

¡QUE ME MUERO, QUE ME MUERO!

Pepe, vetusto caballero inmerso en la ochentena de su vida, llamó preocupadísimo por su salud a los servicios sanitarios. Tal fue la premura de aquella llamada y la angustia que transmitía, que el médico se dirigió raudo y veloz hacia el domicilio del anciano. A su llegada, el vejete en cuestión refirió su preocupante dolencia:

 ¡Ay doctor, que estoy muy asustado, porque mire lo que acabo de mear! –le dijo henchido de desasosiego, mientras enseñaba un orinal de los de los chinos con contenido urinario y apuntando a un punto concreto del recipiente.

El médico se asomó a la desagradable vasija esperando ver alguna piedrecilla o algún coagulillo o cualquier cosa sin importancia. ¡Pero no! ¡Ni lo uno, ni lo otro! Ante su atónita mirada y con las pituitarias saturadas de un insoportable olor a orín, asistió boquiabierto al espectáculo de una pequeña polilla que flotaba inerme en las amarillas y procelosas oleadas del pis del abuelo.

- iPero mire lo que he meado!
 exhortó alterado el preocupado viejete, mientras su temblorosa mano agitaba el orinal de unas formas más que peligrosas para la integridad del abrigo del galeno, el cual, armándose de valor y viendo la situación, le exhortó de forma apaciguadora:
- Tranquilízate Pepe, que no es nada. ¿O acaso te piensas que eso te ha salido de dentro del cuerpo?
- ¡Pues claro, doctor! ¡¿O es que no ve que me estoy apolillando?!

Al pobre médico le costó sudor, alguna lágrima y casi sangre, convencer al ochentón que eso era a todas luces imposible y que, ateniéndonos al principio de la navaja de Ockham, lo más plausible era pensar que el pobre lepidóptero ya estuviera ubicado en el orinal y que al mear encima se hubiera ahogado. Lo que vendría a ser estar en el lugar equivocado, en el momento equivocado. En conclusión: atroz final el del infortunado insecto.

No se quedó el señor Pepe muy convencido.



QUERIDO COLEGIADO:

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



Ventajas:

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

25 años de experiencia organizanco eventos profesionales y

sanitarios



Escanea el código QR para obtener más información

CONGRESOS COLEGIO DE MÉDICOS

Avda. Baja Navarra, 47 ■ 31002 Pamplona

Tel. 948 22 60 93

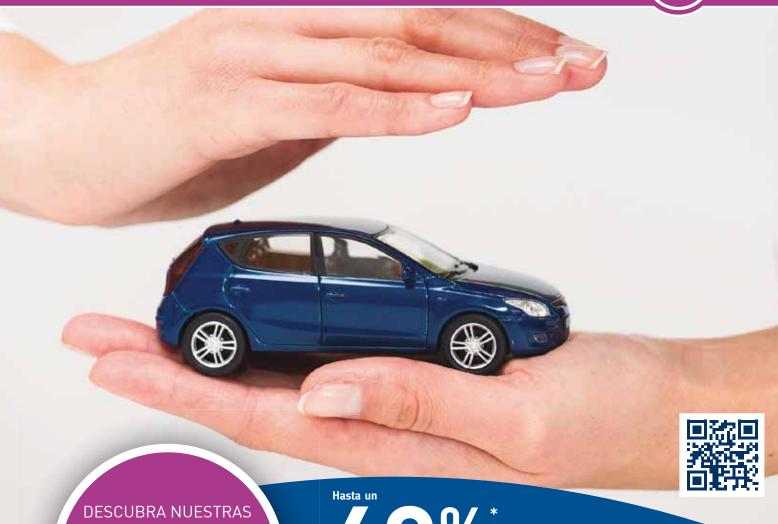
FAX. 948 22 65 28

www.pamplonacongresos.es



Seguro de Automóvil





COBERTURAS

PENSADAS PARA USTED Y SU COCHE

EXCLUSIVAS

50% bonificación en su seguro de Automóvil

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



www.amaseguros.com 902 30 30 10 / 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

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación. No acumulable a otras ofertas. Consulte fechas de la promoción y condiciones en su oficina provincial A.M.A.