# PANACEA

Abril 2019
125

Colegio Oficial de Médicos de Navarra





# Dña. Mª Antonia Soto y D. Carlos Gonzalo con la Fundación del Colegio de Médicos de Navarra convocan el **Premio FEDERICO SOTO** a la investigación del suicidio en Navarra

El premio está dirigido a personal sanitario de cualquiera de los Centros Sanitarios de Navarra, tanto en el ámbito público como en el privado. La cuantía del premio es de 3.000 euros. El objetivo del mismo es financiar un proyecto de investigación liderado por personal sanitario que tenga como base de investigación el suicidio.

## Requisitos para optar al premio

- Hallarse ejerciendo la actividad profesional sanitaria en el momento de optar al premio en cualquiera de los Centros Sanitarios de la Comunidad Foral de Navarra, tanto en el ámbito público como privado. Lo que se deberá acreditar con un documento emitido por su Colegio Profesional.
- Tener previsto realizar o estar realizando en el momento de la solicitud un proyecto de investigación que tenga como base el estudio del suicidio.

Los aspirantes deberán presentar:

- Un documento en el que se señale con claridad el interés del proyecto presentado (extensión máxima de 1.000 palabras).
- Un currículum vitae pro forma del investigador principal. Cuyo modelo se puede consultar en la convocatoria de nuestra web.
- Un documento emitido por su Colegio Profesional que acredite la pertenencia al ámbito sanitario del investigador principal.

#### Plazos

El plazo para la recepción de solicitudes **finaliza el 6 de mayo de 2019**.

Un Tribunal designado por el Patronato de la Fundación del Colegio de Médicos fallará en favor de una de las candidaturas antes del 20 de mayo.

#### Entrega del Premio

La entrega del premio se realizará en las dependencias del Colegio de Médicos de Navarra el día 29 de mayo de 2019, siendo obligada la presencia del investigador principal en el acto para la adjudicación del mismo.

Criterios de evaluación de las solicitudes

Las solicitudes se valorarán con los siguientes criterios:

- Currículum vitae del interesado, según modelo normalizado.
- Calidad del proyecto.
- Interés del proyecto y aplicabilidad en la asistencia sanitaria.
- Que el proyecto se centre en aspectos preventivos.



LA SOLICITUD DEBERÁ
SER ENVIADA A LA
SIGUIENTE DIRECCIÓN DE
CORREO ELECTRÓNICO
CON EL ASUNTO "PREMIO
FEDERICO SOTO":

premiosoto@medena.es

Consultar OTRAS CONDICIONES y modelo normalizado de CV, en la página web del Colegio de Médicos de Navarra https://colegiodemedicos.es/premiofederico-soto/

## **SUMARIO**

#### ...y además:

4 Editorial

Destacamos...

Asamblea General de Colegiados

El Premio Jesús Galán se queda

en Navarra

Formación: <u>La salud d</u>el MIR

34

Campaña audiovisual: Píldoras para la Salud

18 Jornada de Atención al Médico Agredido

30 Convenios

32 Actividades Junta Directiva

33 Actividades socioculturales

34 Formación

40 Cooperación

47 Cartas al Director

48 Sociedades científicas: SONARE

50 namFYC

52 SEMG-Navarra

53 Congreso AMINE

54 Estudiantes

Punto de vista: ¿Era necesaria una huelga médica?

72 Pacientes: AMIMET

74 Clen College

78 Restaurante El Colegio

80 Asesoría Jurídica

82 Biografías médicas: María de Medici

86 Viajes: Pontedeume

88 Anecdotario

## PANACEA

Revista trimestral del COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA

Abril, 2019 - N° 125

#### Consejo de Redacción:

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

#### Comisión Científica:

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

#### 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)

robótica hepatobiliopancreática, por el Dr. Fernando Rotellar

Testimonio Beca Senior: Cirugía



 Divulgación científica:
 Anemia: una enfermedad oculta, por Hematología del CHN



www.colegiodemedicos.es







Síguenos en

@MedenaColegio
para estar informado de la
actualidad colegial y profesional



## BALANCE DE LEGISLATURA EN LA SANIDAD NAVARRA

Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra. Hace ya casi 4 años, al inicio de la legislatura, invitamos al Dr. Fernando Domínguez a nuestra casa, tal y como habíamos hecho con todos los consejeros anteriores, a los que siempre hemos recibido con ilusión y respeto. Nos consta que dirigir el rumbo del sistema sanitario no es tarea fácil. Tal y como indicó Domínguez en aquella ocasión, se necesita un gran equipo, junto con un proyecto consensuado, una planificación y un presupuesto acorde, para conseguir objetivos satisfactorios.

Nos parece de interés analizar algunos de los puntos claves de aquella entrevista y las declaraciones posteriores publicadas en nuestra revista Panacea -que entrevistó al nuevo consejero en septiembre del 2015- para valorar el grado de implantación de sus propuestas y las dificultades que se han producido en el camino.

#### **EFICIENCIA:**

- 1 / Aumentar el presupuesto dirigido a sanidad: El esfuerzo que se ha realizado ha conllevado un aumento progresivo del presupuesto de casi 154 millones € en los últimos cuatro años con seguimiento y desarrollo de la implantación de la contabilidad analítica.
- 2 / Desarrollo de un nuevo sistema más centrado en la evaluación de resultados de salud y costes: No hemos encontrado indicadores de resultados de salud que apoyen esta promesa. La correcta valoración debería ser si los navarros han notado esa mejora en resultados de salud, tras el incremento presupuestario y las medidas tomadas en lo relativo a modificación de conciertos y convenios, relación con instituciones privadas, potencialización de medidas para pacientes crónicos, aumento de la hospitalización domiciliaria y uso racional del medicamento. Consideramos que muchas medidas se han ido quedando por el camino y que hemos perdido la oportunidad de modificar el rumbo de nuestra sanidad hacia un perfil más adaptado a las necesidades actuales.
- 3 / Hacer partícipe a los profesionales: Aunque se han creado y potenciado grupos de análisis y Juntas Técnico Asistenciales, entre otros, no se han puesto en marcha las medidas planteadas ni se han evaluado los resultados en salud, lo que ha ido generando frustración entre los profesionales.

"Hemos perdido la oportunidad de modificar el rumbo de nuestra sanidad hacia un perfil más adaptado a las necesidades actuales"



## ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA:

4 / Recortar la distancia entre Atención Primaria y Hospitalaria: La brecha entre los dos niveles asistenciales se mantiene. El presupuesto destinado a la Atención Primaria sigue siendo insuficiente y la falta de profesionales hace que el modelo continúe sin adaptarse a las necesidades actuales de la sociedad. Se ha logrado, en estos años, una historia clínica más homogénea y con impacto positivo que posibilita una labor asistencial más integrada, y se ha fortalecido el área de Tudela y Estella (pero no, de igual manera, Pamplona). Se han potenciado las Interconsultas no presenciales con Atención Especializada, siendo de ayuda sobre todo en el ámbito rural.

Atención Primaria sigue sin liderar la gestión de los procesos del enfermo crónico coordinada con la Atención Especializada, desaprovechando el beneficio para el paciente de las características de continuidad y longitudinalidad de la Atención Primaria.

Se ha incrementado la Hospitalización domiciliaria, pero apenas hay coordinación con Atención Primaria.

5 / Reforma de la Atención Primaria: Aunque se ha realizado un plan estratégico, no se ha implantado por falta de consenso. Se han adecuado con más medios materiales los puntos de Atención Primaria (algunos infrautilizados), pero faltan los medios humanos, estructurales y motivacionales, situación que está provocando un gran descontento entre los profesionales. No se hacen patentes las medidas tantas veces demandadas de control de sobreutilización de servicios asistenciales con el consiguiente riesgo para el paciente en cuanto a iatrogenia y seguridad.

No podemos olvidarnos de la polémica reciente de la Pediatría en este ámbito, donde las dificultades de cobertura han llevado a la Consejería a realizar modificaciones del programa de Atención Primaria, no tanto por buscar una reforma de orientación profunda y reflexiva del sistema, sino por necesidades de personal (así se posicionó el Colegio al respecto). Igualmente ocurre con las direcciones de los centros de Salud por personal no médico, donde hemos comprobado una actitud reactiva y no proactiva.

- **6 / Optimización del sistema de urgencias rurales**: Las modificaciones se han limitado a pruebas piloto. Es cierto que se ha contado con la participación de los profesionales pero tras el tiempo, esfuerzo e implicación dedicada por parte de éstos, la reforma planteada todavía no ha visto la luz.
- 7 / Fusión del Complejo Hospitalario: Se ha finalizado la fusión comenzada en la anterior legislatura, con la creación de múltiples jefaturas pero sin que se haya logrado una verdadera fusión. Falta el sentimiento de pertenecer a un solo centro y, en determinados servicios, se tiene la sensación de absorción por uno de los centros previos.
- 8 / Urgencias: Se han realizado medidas de calado en cuanto a la potenciación de las urgencias extrahospitalarias (Centro San Martín, SVA...) con el fin de acercar recursos a las poblaciones más alejadas. Pero continúan siendo un cuello de botella, con poca autonomía por parte de los Equipos para las derivaciones de pacientes crónicos, que siguen acudiendo al sistema de agudos para ser atendidos. Los profesionales siguen descontentos; demandan nuevas formas de trabajar y un proyecto claro en el que poder implicarse para la mejora del sistema.



## GESTIÓN CLÍNICA:

- 9 / Apuesta por la Gestión Clínica: Este Colegio ha participado en la formación de médicos en gestión clínica desde hace más de 5 años y en la elaboración de un Plan para Navarra consensuado con todos los actores implicados, que se ha quedado en un buen documento base para el avance en gestión clínica pero que no se ha implantado y, por tanto, no ha llegado a la sociedad.
- 10 / Formación en gestión: Tras el inicio e impulso de la formación en gestión por parte del Colegio de Médicos, la Consejería de Salud (en colaboración con la UPNA) ha asumido este compromiso. Todavía estamos lejos de lograr una óptima formación en gestión clínica de Jefes de Servicio y Sección en el SNS-O. Es una buena iniciativa que dará sus frutos, pero creemos que hay que facilitar esta formación a todos los profesionales que lo deseen, ya que marcará el futuro de nuestra sanidad.
- 11 / Motivación de los profesionales: Ha sido uno de los grandes retos de la actual Consejería, pero la realidad se aleja de los objetivos. Estamos inmersos en un periodo convulso con jornadas de huelga que dejan constancia, como mínimo, de que los profesionales están poco motivados. La motivación extrínseca nunca llegó, a pesar de ligarla a la gestión clínica, y la intrínseca se ha alejado al no producirse cambios de calado.

## POLÍTICA DE PERSONAL E INFRAESTRUC-TURAS:

- 12 / Estabilizar la plantilla: Es uno de los objetivos con mayor interés que se planteó el Dr. Domínguez hace 4 años. Para ello, se han convocado plazas de OPE (se llevaba años de sequía) pero siguen siendo insuficientes a todas luces. El alto índice de temporalidad y los contratos poco atractivos, junto con la falta de profesionales a nivel nacional, hace que no seamos capaces de atraer y mantener el talento de nuestros médicos y que, en este momento, tengamos déficit en varias especialidades claves.
- 13 / Carrera profesional, jubilaciones y exclusividad: Tres temas de gran calado, que influyen directamente en la motivación profesional. Solo la jubilación ha sido modificada a nivel nacional, pero todavía queda pendiente su aplicación en Navarra.
- 14 / Mejora y actualización de las infraestructuras e investigación: Se han realizado inversiones destacables contra la obsolescencia, aunque aquí lo importante es contar con una buena planificación. También ha aumentado la inversión en investigación y logros como el IdiSNA, entre otros, que ayudarán a mejorar la proyección nacional e internacional de la sanidad navarra.

"Nuestros profesionales se encuentran desanimados, desilusionados y, aun así, siguen luchando por cada uno de sus pacientes, dando lo mejor cada día"



## LISTAS DE ESPERA:

- 15 / Acabar con el copago farmacéutico: Se han adoptado medidas de reversión en colectivos más vulnerables.
- 16 / Disminuir listas de espera: Nos surgen dudas sobre la diferencia terminológica entre listas de espera estructural y no activa, que no hemos podido contrastar para poder emitir una opinión más argumentada, por lo que nos remitimos a los datos que aporta la Administración. Argumentan que la disminución más significativa en las listas de espera se ha producido en el área de Tudela, modelo que debería poder extenderse al resto de la Comunidad Foral.

Una de las herramientas para reducir las listas de espera han sido las peonadas o prolongaciones de jornadas que solo en ocasiones son adecuadas y necesarias, pero debemos asegurarnos de que existan criterios que aseguren su eficiencia previa para poder optar a esta herramienta de gestión. En esta legislatura han aumentado principalmente en Primaria, probablemente debido a la falta de facultativos.

## PLAN DE CONCIERTOS Y UNIVERSIDAD:

- 17 / Colaboración pública-privada: Se han revisado y modificado algunos conciertos y formas de concertar durante esta legislatura, en base a principios de subsidiaridad y optimización de recursos públicos. Entendemos que es necesaria esta colaboración, aunque los sistemas actuales de colaboración se basan en la incertidumbre y en el mercado de la subasta, ambos malos aliados para la sostenibilidad.
- 18 / Estudio de viabilidad de una segunda Facultad de Medicina en Navarra: Se continúa con fuerza para lograr su implantación, a pesar de que todos los estamentos implicados (Rectores, estudiantes de Medicina, Organización Médica Colegial, Foro de la Profesión Médica, etc) indican que no es adecuado crear nuevas facultades y que hay que buscar otras opciones como abrir números clausus. Además, debemos tener presente la existencia de un distrito universitario único en España, lo que implica que no será una Facultad sólo para los navarros.

Pese a los errores y aciertos, las luces y las sombras de los responsables y gestores sanitarios, la sociedad navarra sigue valorando el SNS-O con una nota alta y colocando a nuestra sanidad entre las mejores del Estado. Es responsabilidad de todos proteger el Sistema Nacional de Salud como uno de los valores intrínsecos de nuestra sociedad.

Somos conscientes de que dirigir una estructura de estas dimensiones no es fácil, pero también lo somos de que, en este momento, nuestros profesionales se encuentran desanimados, desilusionados y, aun así, siguen luchando por cada uno de sus pacientes, dando lo mejor cada día. El valor de nuestros profesionales hace que nos sintamos orgullosos de pertenecer a un colectivo vocacional como es el de la Medicina.

Para la próxima legislatura, esté quién esté, pedimos que se nos oiga, pero también que se escuche a los profesionales, que se busque la profesionalización de los puestos directivos y que se aproveche para adaptar la sanidad a las necesidades actuales de la población, ya que tenemos una Ley Foral con más de 35 años de antigüedad que requerirá modificaciones.

Para ello, se necesitará valentía y trabajar por objetivos y resultados de salud, donde realmente el paciente sea el centro del sistema y se potencie la Atención Primaria, descentralizando el sistema y dando mayor autonomía de gestión al médico.

"En la próxima legislatura se necesitará valentía, y trabajar por objetivos y resultados de salud"

## Asamblea General de Colegiados 2019

# Aprobación por unanimidad de las cuentas anuales del 2018 y los presupuestos para el 2019



#### ■Trini Díaz

La Asamblea General de Colegiados, celebrada el pasado 2 de abril, refrendó la gestión económica del Colegio de Médicos de Navarra con la aprobación por unanimidad de las cuentas anuales del 2018 y los presupuestos para el 2019. También se aprobó la propuesta de aumento de la cuota trimestral del Colegio, en un euro, a partir de enero del 2020.

El informe de presidencia comenzó explicando que la cuota del Colegio de Médicos de Navarra se ha mantenido congelada desde el año 2007. Tras la aprobación unánime de la Asamblea del aumento de un euro, la cuota trimestral colegial será de 70,65 euros (cuota obligatoria), que se desglosa en los siguientes conceptos: parte especial del Colegio de Médicos de Navarra: 18,65 euros (se aplica el incremento de un euro); parte OMC del Consejo General: 10 euros; y parte OMC del Colegio: 42 euros.

El Dr. Teijeira recordó que la aportación de la cuota de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias es voluntaria (23,77 euros trimestralmente) y animó a los colegiados a seguir siendo solidarios con los profesionales y familias que perciben alguna de sus prestaciones. En Navarra, ayuda a 37 beneficiarios (la mayoría huérfanos de médicos para continuar con sus estudios).

#### Sello de calidad de la Fundación Navarra para la Excelencia

El Dr. Rafael Teijeira anunció el inicio del proceso para la obtención del sello de calidad avalado por la Fundación Navarra para la Excelencia y enumeró los objetivos para el 2019: continuar con una gestión económica austera, eficiente y auditada; desarrollar el Plan Estratégico del Colegio de Médicos de Navarra (2018-2021); consolidación y mejora del programa de formación; continuar con las convocatorias de ayudas, premios y becas para la formación de nuestros colegiados, con especial dedicación a los más jóvenes; continuar con propuestas para los estudiantes de Medicina y fomentar procesos participativos en distintas áreas de salud.

Serán también objetivos del Colegio para el 2019: mejorar la accesibilidad a la información del Colegio y sus empresas con el desarrollo del Portal de Transparencia en la web colegial; abrir el Colegio a colectivos profesionales y a pacientes con el desarrollo de convenios y actividades colaboradas; nuevas iniciativas culturales relacionadas con la Medicina; y el diseño y difusión de campañas de educación sanitaria dirigidas a la ciudadanía (Campaña Píldoras para la Salud).

El Colegio continuará la colaboración institucional, manteniendo la independencia del Colegio. En el año 2018, se reunieron en cuatro ocasiones con el Departamento de Salud para tratar asuntos relacionados con la fuga de profesionales, prolongación de la edad de jubilación y recetario para jubilados con actividad privada, Ley Foral de Salud, exclusividad de los jefes de Servicio, formación, situación de los médicos de Primaria Rural y Urbana, restablecimiento de la figura del médico emérito y Premio Sánchez Nicolay.

El secretario del Colegio de Médicos, Dr. Julio Duart, informó sobre el Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME). Durante el año 2018, se han registrado 16 casos nuevos de médicos que han ingresado en el Programa. En estos momentos hay 46 expedientes activos.



## Demografía médica: 3.550 profesionales en activo

El Dr. Julio Duart presentó los datos sobre demografía médica en Navarra. En la actualidad, forman el Colegio 3.550 profesionales en activo, con una edad media de 47,17 años (el 29, 97% tienen entre 51 y 60 años).

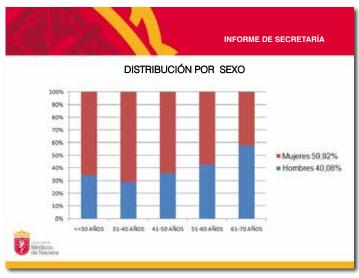
Por sexos, el 59,92% (2.127) son mujeres y el 40,08% (1.423) hombres. La feminización es todavía más evidente entre los MIR, que representan el 14,48% (514) de la colegiación en Navarra. Las mujeres son el 63,42%

del colectivo más joven de la profesión.

El Balance anual de bajas y altas en las colegiaciones arroja un resultado final negativo (-4). Se han producido 119 bajas en el año 2018 (92 traslados provinciales, 12 fallecimientos, 6 traslados internacionales, 7 bajas voluntarias y 2 bajas por impago).







#### Comisión Deontológica: nuevo Código de Deontología Médica

La Comisión Deontológica del Colegio de Médicos ha mantenido 9 reuniones durante el año 2018, en las que ha debatido casos y ha elaborado estudios e informes como el relativo al borrador del nuevo Código de Deontología Médica, que fue además remitido a los colegiados para recoger sus aportaciones. Todavía está pendiente su aprobación definitiva por la Organización Médica Colegial (OMC).

Ha coordinado los programas de Formación del Colegio sobre "Ética y Deontología en la Medicina de hoy" impartidos en 2018: dos ediciones del Seminario de Actualización sobre Certificado Médico de Defunción y dos cursos mixtos online y presenciales sobre "Confidencialidad y Protección de datos: Novedades de la aplicación del nuevo Reglamento de la UE" y "Humanización de la Medicina: Significado y Perspectivas".

Con motivo de la celebración del I Certamen de Casos Clínicos Ético-deontológicos para estudiantes de sexto de Medicina presentó un Decálogo de deliberación ética deontológica. Ha participado en el debate de la revista de la OMC sobre: "Igualdad de Género hoy en la profesión médica", en el debate público sobre "La dignidad de la persona en el proceso de morir" y en la "Jornada de sensibilización sobre la estrategia de humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra"

Pilar León y Juana María Caballín , secretaria y presidenta de la Comisión Deontológica.



#### Bolsa de empleo: 340 ofertas

Ha gestionado 340 ofertas de empleo médico: el 17% de Navarra, el 49% del resto de España y el 34% del extranjero, principalmente de Francia, Irlanda y Suecia. De las 340 ofertas difundidas desde el Colegio, el 73% son de especialidades hospitalarias.

## Registro de méritos: carrera profesional

La Oficina de Desarrollo profesional ha elaborado 177 expedientes con proceso de registro e informe, principalmente para la tramitación de la Carrera Profesional (un 90% de los realizados) y para contratación temporal y méritos. El registro colegial cuenta con un total de 1.850 expedientes procesados en el sistema desde su creación.

#### Sección académica: 22 actividades de formación

Durante el 2018 se realizaron 22 actividades dentro del Plan de Formación Médica Continuada del Colegio (19 en el 2017), con una alta valoración media de 2,2 créditos otorgada por la Comisión de Formación Continuada de Navarra por cada 10 horas lectivas y una destacable puntuación en las encuestas de satisfacción de los participantes.

En el año 2019 está prevista la organización de 20 actividades en la sede colegial en competencias transversales como ética y gestión clínica, en competencias clínicas comunes dirigidas a toda la colegiación y en competencias clínicas específicas para profesionales de especialidades o ámbitos concretos. En el aula virtual, se continuará con el Programa de Actualización en Urgencias Tiempo-dependientes.

#### Dos nuevas sociedades científicas con sede en el Colegio

El Colegio de Médicos es la sede de 25 sociedades y asociaciones científicas. El pasado año se crearon dos nuevas sociedades: la Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición (SENNA) y la Sociedad Navarra de Reumatología (SONARE).

Las sociedades han realizado un total de 102 sesiones de trabajo durante el año 2018 y 15 actividades (cursos, congresos, jornadas) que han requerido el apoyo de la Secretaría Técnica del Colegio. Han colaborado, además, con el Colegio en su Plan docente, en el programa de sesiones informativas sobre especialidades con los estudiantes de Medicina y en la campaña de divulgación y educación sanitaria "Píldoras para la salud".

Junta Directiva y colegiados en la Asamblea.

Desde la web colegial se puede hacer la inscripción online a todas las actividades programadas de formación https://colegiodemedicos.es/formacion-2/



Asesoría jurídica: 240 consultas de colegiados

Mariano Benac, asesor jurídico del Colegio, atendió un total de 240 consultas de colegiados durante el año 2018. Elaboró, además, 35 escritos, informes o dictámenes realizados a instancia del Colegio y sus empresas.

Desde el Colegio se han iniciado 8 procedimientos administrativos (solicitudes, reclamaciones previas, recursos de alzada, demandas de conciliación) que afectan a 13 médicos y 2 recursos contencioso-administrativos y en vía social.

Los informes de las diferentes secciones y vocalías podrán consultarse en la página web del Colegio www.colegiodemedicos.es

Presentación del informe económico, que fue aprobado por la Asamblea.



## Plan estratégico: misión, visión y valores

El Plan Estratégico, que comenzó su implantación en 2018, ha ido cumpliendo los objetivos marcados: encuesta a los colegiados, diseño de un Plan de Comunicación interno y externo para 2018 en línea con Plan Estratégico, plan de mantenimiento de la sede social y el resto de los locales, acuerdos con instituciones y asociaciones de pacientes y creación del portal de trasparencia en la web colegial.

#### **MISIÓN**

- Representar, defender y apoyar la profesión médica y a sus profesionales.
- Garantizar el desarrollo de una práctica médica ética y de calidad abierta a la sociedad.
- Prestar servicios con el objetivo de formar, fomentar y apoyar el desarrollo profesional de los colegiados.

#### VISIÓN

- Una entidad propia, útil para el desarrollo profesional, cercana al colegiado, representativa y garante de la independencia del acto médico.
- Referente en gestión y servicios colegiales.
- Referente de aplicación de normas deontológicas y de opinión sanitaria.

#### **VALORES**

- Transparencia: portal de transparencia.
- Ética.
- Eficacia y eficiencia-sostenibilidad/ coherencia.
- Respeto y responsabilidad.

# Campaña audiovisual "Píldoras para la Salud" dirigida a la ciudadanía

Un espacio de educación y prevención sanitaria del **Colegio de Médicos**, en colaboración con sociedades científicas



#### ■Trini Diaz / Idoia Olza

Dar consejo sanitario, mejorar la salud y el bienestar de la población, y ofrecer información fiable y acreditada, es el objetivo de la campaña audiovisual "Píldoras para la Salud" diseñada por el Colegio de Médicos de Navarra, en colaboración con sociedades científicas de Navarra.

La campaña de video-entrevistas (de entre tres y cinco minutos de duración), tienen como protagonistas a profesionales de Atención Primaria y Especializada de Navarra que contestan preguntas sobre prevención,

diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes entre la población y aclaran las dudas que con mayor frecuencia plantean los pacientes en sus consultas médicas.

El pasado 11 de febrero, Día Mundial del Enfermo, el Colegio de Médicos emitió en su portal web (www. medena.es) y a través de las redes sociales con el hastag #píldorasparalasalud, la primera píldora-entrevista sobre sedación paliativa con el Dr. Marcos Lama Gay, médico de la Unidad Cuidados Paliativos del Hospital

San Juan de Dios de Pamplona y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Navarra de Cuidados Paliativos (PALIAN).

La segunda entrega, el pasado 12 de marzo, tuvo como protagonista a la Dra. Ana Lavilla Oiz, del Servicio de Neonatología y UCI pediátrica del Complejo Hospitalario de Navarra y la Sociedad Pediátrica de Especialistas Quirúrgicos e Intensivos (SOPEQUÍN Navarra). La doctora contestó a preguntas sobre el cuidado del recién nacido prematuro.

## PÍLDORAS PARA LA SALUD



## Prescriptor de salud **online**

Cada vez son más los ciudadanos y ciudadanas que recurren a la red para encontrar respuesta a sus problemas de salud. Las consultas al *Doctor Google* crecen. Según datos del Observatorio Nacional de Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información, el 60% de las búsquedas que hacen los internautas en España están relacionadas con la salud.

Esta iniciativa del Colegio de Médicos, en colaboración con las sociedades científicas de Navarra, pretende garantizar el acceso del paciente del siglo XXI a una información sobre su salud en internet y redes sociales que sea fiable, basada en la evidencia científica, contrastada y veraz.

En este sentido, el Colegio de Médicos de Navarra considera que "facilitar el acceso online a información sanitaria fiable es fundamental para colocar al paciente en el centro del sistema sanitario, garantizar su participación en la toma de decisiones y mejorar la gestión de su enfermedad. Un paciente formado e informado es mucho más activo y comprometido con su enfermedad".

Estas píldoras para la Salud se convierten, además, en una herramienta útil en la relación médico-paciente ya que pueden ser "prescritas" por los facultativos y fácilmente asimilables por los pacientes para mejorar el conocimiento de su enfermedad y, por tanto, de su salud y bienestar.

Anima a profesionales, medios de comunicación y sociedad a prescribir y difundir estas Píldoras para la Salud, con una duración breve y un formato digital, que facilita una digestión saludable.

#### Dosis:

Una píldora al mes

Cada mes, y coincidiendo con la celebración de días internacionales o nacionales relacionados con la salud, se difundirá una Píldora sobre algunos de los temas que más frecuentemente ocupan y preocupan a profesionales y pacientes en la consulta, como son diabetes, cuidados en recién nacidos, corticoides, sedación paliativa, vacunas en el adulto, sobrepeso y obesidad, cirugía en menores, opiáceos, EPOC... También se difundirán píldoras de salud sobre el papel que desempeñan los médicos de Atención Primaria y de Medicina Interna, cuándo acudir a ellos, qué principales patologías atienden y cómo pueden colaborar con los profesionales en el cuidado de su salud.

Han participado en esta campaña los siguientes profesionales y sociedades científicas con sede en el Colegio de Médicos:

- Dr. Marcos Lama Gay, médico de la Unidad Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios (Pamplona) y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Navarra de Cuidados Paliativos (PALIAN).
- Dra. Ana Lavilla Oiz, Servicio de Neonatología y UCI Pediátrica del Complejo Hospitalario de Navarra. Sociedad Pediátrica de Especialistas Quirúrgicos e Intensivos (SOPEQUÍN-Navarra).

- Dra. Patricia Alfonso Landa, presidenta de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (namFYC).
- Dr. Manuel Mozota Núñez, presidente de SEMG Navarra (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia).
- Dra. Marisa Abínzano Guillén, jefa de Medicina Interna del Hospital García Orcoyen de Estella.
   Sociedad de Medicina Interna de Aragón, La Rioja, Navarra y País Vasco.
- Dra. Ada Molina Caballero, cirujana pediátrica en el Complejo Hospitalario de Navarra. Sociedad Pediátrica de Especialistas Quirúrgicos e Intensivos (SOPEQUÍN-Navarra).
- Dra. Estrella Petrina Jáuregui, Jefa Sección Nutrición Clínica y Dietética del Complejo Hospitalario de Navarra. Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición (SENNA).
- Dr. Ángel Sampériz Legarre, Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía de Tudela. Sociedad de Medicina Interna de Aragón, La Rioja, Navarra y País Vasco.
- Dr. Luis Forga Llenas, presidente de la Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición (SENNA).

La campaña "Píldoras para la Salud" se puede visualizar en el portal web del Colegio de Médicos

https://colegiodemedicos.es/pildoras-para-la-salud/

#### También en sus redes sociales

En Twitter @MedenaColegio con el hastag #píldorasparalasalud En Facebook https://www.facebook.com/medicosdenavarra/ En Linkedin www.linkedin.com/in/medena



## #píldorasparalasalud: SEDACIÓN PALIATIVA

Enlace al vídeo:

https://colegiodemedicos.es/portfolio/pildora-sedacion-paliativa/

## Dr. Marcos Lama Gay

Médico de la Unidad Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios (Pamplona) y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Navarra de Cuidados Paliativos (PALIAN).

## "La sedación paliativa no acelera la muerte, solo controla el sufrimiento del paciente"

## ¿Qué es la sedación paliativa? ¿Es lo mismo que eutanasia? ¿Adelanta la muerte? Y mi familiar ¿Puede escucharme? ¿Sufre?

En la sociedad e incluso también entre los profesionales sanitarios persiste cierta confusión y polémica sobre la sedación paliativa. El Dr. Marcos Lama, médico de la Unidad Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Pamplona y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Navarra de Cuidados Paliativos (PALIAN), subraya que existe mucha controversia y mala información al respecto.

La sedación paliativa, explica el Dr. Lama, es un instrumento terapéutico que consiste en la disminución equilibrada del nivel de conciencia de un paciente mediante el uso de fármacos indicados para aliviar el sufrimiento que provoca un síntoma refractario como, por ejemplo, un dolor muy intenso o dificultad respiratoria aguda, que no se pueden controlar mediante otros tratamientos. También está indicado para aquellos pacientes en sus últimas horas o días de vida.

#### DIFERENCIAS ENTRE EUTANASIA Y SEDACIÓN PALIATIVA

El Dr. Lama establece tres diferencias fundamentales entre eutanasia y sedación paliativa:

- 1- La primera diferencia está en la intención. "En la sedación paliativa la intención es bajar el nivel de conciencia del paciente lo suficiente para que no sufra. En la eutanasia, el objetivo es matar al paciente para que deje de sufrir".
- 2- Hay una diferencia muy clara en el procedimiento. "En la sedación paliativa hay que administrar dosis personalizadas para cada paciente (en cada persona buscamos un nivel de sedación diferente). No siempre es necesario un coma farmacológico. En la eutanasia es para todos la misma dosis de fármacos, que son letales".
- 3- El resultado también es diferente. "La sedación paliativa está bien hecha cuando conseguimos aliviar el sufrimiento del paciente. Una eutanasia está bien hecha cuando el paciente muere".

Otro de los miedos que manifiesta la población es que un paciente sedado esté sufriendo y, aunque no pueda hablar ni moverse, también pueda oír. El Dr. Lama asegura que un paciente bien sedado no sufre. La sedación es un instrumento terapéutico, que no solo se utiliza en las personas al final de su vida, también en todos aquellos pacientes a los que se les practica una intervención quirúrgica. De cualquier manera, "al bajar el nivel de conciencia, destaca el Dr. Lama, lo que se consigue con la sedación es inhibir la capacidad de relacionarse con el exterior. Pero también está demostrado que lo último que se pierde es el oído y el tacto. Por ello, nosotros siempre decimos a las familias que tengan cuidado con lo que hablan delante de los pacientes. Nosotros aconsejamos que les hablen con tono bajo y que les acaricien, que les den la mano..." En definitiva, "la sedación paliativa bien hecha ni adelanta ni retrasa la muerte, lo que va a hacer es controlar el sufrimiento. Y lo único que va a provocar la muerte del paciente es la evolución de la enfermedad".

## PÍLDORAS PARA LA SALUD





## #píldorasparalasalud:

## EL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

Enlace al vídeo:

https://colegiodemedicos.es/portfolio/pildora-recien-nacido-prematuro/

## Dra. Ana Lavilla Oiz

Servicio de Neonatología y UCI pediátrica del Complejo Hospitalario de Navarra. Sociedad Pediátrica de Especialistas Quirúrgicos e Intensivos. SOPEQUÍN-Navarra.

## "Los niños prematuros tienen mayor riesgo de sufrir el síndrome de muerte súbita"

¿Cómo prepararse para el alta hospitalaria? ¿Qué debe preocuparnos? ¿Cuál es su comportamiento normal y cuándo debemos llevarle al médico?

Los padres y madres de bebés recién nacidos una vez que llegan a casa, sobre todo si son primerizos, en ocasiones se sienten bastante perdidos, inseguros y con muchas dudas sobre cómo atender al bebé. Si además son bebés prematuros estas inseguridades se multiplican por mil. Y aunque reciben mucha información y asesoramiento por parte de los profesionales sanitarios del Servicio de Neonatología del Complejo Hospitalario de Navarra, la llegada a casa les plantea angustia y supone todo un ejercicio de adaptación a la nueva situación.

La Dra. Ana Lavilla, del Servicio de Neonatología y UCI pediátrica y miembro de la Sociedad Pediátrica de Especialistas Quirúrgicos e Intensivos, SOPEQUIN-Navarra, explica en esta entrevista cuál es el comportamiento "normal" de los bebés prematuros, que no tiene que alarmar a padres y madres: "los movimientos son más bruscos, duermen muchas horas al día, pueden ser niños más

irritables que los bebés nacidos a término, les cuesta más hacer las tomas porque tienen menos fuerza, su estómago es más pequeño por lo que las tomas son de menos cantidad pero más frecuentes (aunque no reclamen, al principio hay que ofrecerles mínimo cada tres horas).

No deben preocupar los estornudos, el hipo, los bostezos, el tembleque de barbilla, los sobresaltos al escuchar ruidos, la congestión nasal puntual o que las deposiciones sean de 6-8 al día (después de cada toma) o 1 cada 1 o 2 días.

#### SÍNTOMAS DE ALERTA

Los síntomas que sí deben de hacer sospechar que el bebé puede estar enfermo y que debe acudir al médico son, entre otros:

- El rechazo de las tomas.
- Mayor somnolencia de la habitual.
- Vómitos repetidos.
- Deposiciones más frecuentes, cuantiosas y líquidas.
- Signos de deshidratación.
- Llanto continuo que no consuela en brazos.
- Inflamación de alguna articulación.



- Tos frecuente.
- Respiración diferente, dificultosa, mayor frecuencia respiratoria o pausas en la respiración.
- Fatiga y sudoración con las to-
- Fiebre, convulsiones, manchas y cambio de color en la piel.

#### **MUERTE SÚBITA EN NIÑOS PREMATUROS**

Los niños prematuros tienen mayor riesgo de sufrir el síndrome de muerte súbita.

Medidas para evitar la muerte

- Colocar al bebé para dormir boca arriba.
- Utilizar colchones rígidos (nunca almohada).
- No abrigarles demasiado.
- Evitar el tabaco en el domicilio.
- La lactancia materna también protege.
- Los cuidadores del niño prematuro tienen que tener ciertas nociones básicas de formación en técnicas de resucitación cardiopulmonar.

## Jornada de Atención al Médico Agredido

## Tolerancia cero:

# ante una agresión hay que denunciar siempre

■Trini Díaz

bogados, juristas, médicos y policías defienden la importancia de denunciar todos los casos de agresiones que sufran los profesionales sanitarios para tener un registro con los datos contabilizados y, en base a ello, poder actuar y defender la dignidad del médico como profesional. Así lo pusieron de manifiesto durante la Jornada de Atención al Médico Agredido, celebrada en el Colegio de Médicos el pasado 5 de marzo, que contó con la participación de Serafín Romero, presidente de la OMC.

En el año 2018, se registraron en Navarra 105 notificaciones de agresiones a médicos, pero los datos son solo la punta del iceberg

# Dia Nacional Contra las Agresiones a Sanitarios

14 de Marzo 2019



El consejero de Salud, Fernando Domínguez, cerró las Jornadas y felicitó al Colegio de Médicos por contribuir a hacer más visible este "lamentable fenómeno" y a trasladar a la opinión pública un mensaje que debe ser claro y taxativo: "tolerancia cero ante las agresiones".

El número de agresiones a profesionales sanitarios aumenta. En el año 2018, se registraron en Navarra 105 notificaciones de agresiones a médicos, pero los datos son solo "la punta del iceberg", subrayó el presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Serafín Romero, que detalló la labor que desarrolla el Observatorio de la corporación en esta materia. Una actividad que se articula desde los Colegios de Médicos, contabilizando los casos de agresiones, y que inició su andadura en el año 2010, con la creación de este Observatorio cuando una médica en Murcia, María Eugenia Moreno, fue asesinada por su paciente. El Observatorio de Agresiones de la OMC ha contabilizado más de 3.400 notificaciones de agresiones a médicos entre los años 2010 y 2017. De las 515 agresiones notificadas en 2017, en el 65% se presentó denuncia.

El Dr. Rafael Teijeira enfatizó, en la presentación de las Jornadas, la necesidad de coordinar acciones entre las instituciones sanitarias, Fiscalía, cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado y colegios profesionales para trabajar de forma conjunta en revertir las agresiones al personal sanitario. Añadió que el Colegio navarro seguirá impulsando protocolos y acciones que contribuyan a erradicar este tipo de agresiones y dar una respuesta ágil, coordinada y personalizada a los médicos de Navarra.

El Colegio ofrece asesoría penal personalizada, que acompaña a la víctima de una agresión desde el inicio del proceso



## Atentado contra la autoridad, en el sector público

La entrada en vigor, el 1 de julio de 2015, de la reforma del Código Penal, que contempla las agresiones a sanitarios que trabajan en el sector público como delito de atentado contra la autoridad, ha sido uno de los logros importantes promovidos desde la OMC y los colegios de médicos.

Joaquín Galve, presidente del Tribunal Superior de Justicia de Navarra, explicó que en las agresiones a médicos se aplica el artículo 550 del Código Penal, modificado en 2015. "El artículo se enmarca en el capítulo que regula los atentados contra la autoridad y se refiere a los funcionarios públicos docentes o sanitarios". Para que exista delito de atentado explicó— se deben producir tres acciones: agredir, resistir o acometer ("atacar con ímpetu o fuerza contra algo o alguien").

El delito de atentado está penado con hasta 4 años de prisión (artículo 550 del Código Penal), el delito de amenazas con hasta 5 años de prisión (artículo 169 del Código Penal) y el delito de lesiones con hasta 5 años de prisión (artículo 148 del Código Penal).

Eduardo Ruiz de Erenchun, asesor penal del Colegio de Médicos de Navarra, destacó que la mayor parte de las agresiones son tipificadas como un delito leve, que implica una multa de entre 300 y 600 euros. "Desde el Colegio pedimos que aunque no haya contacto físico pero sí acometimiento, se considere como atentado, no tanto por castigar al paciente sino por trasladar a la sociedad que la agresión a un médico tiene consecuencias que van más allá de la multa y por dignificar la profesión". Añadió que la agresión a un médico con contrato laboral en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (es decir, sin



La Dra. Susana Miranda, vicesecretaria y responsable de la Atención al Médico Agredido en el Colegio de Médicos de Navarra.

plaza en la función pública) tiene, a efectos penales, la condición de funcionario público.

El Colegio de Médicos de Navarra valora, y así lo manifestó la Dra. Susana Miranda (vicesecretaria y responsable de la Atención al Médico Agredido), que ahora es necesario que la tipificación de delito contra la autoridad se extienda a los profesionales que trabajan en la sanidad privada, sector en el que en 2018 se han producido el 15% de las agre-

siones registradas a través de los colegios de médicos, según datos del Observatorio Nacional de Agresiones a Sanitarios. La Dra. Susana Miranda resaltó que "seguiremos trabajando para que las agresiones a sanitarios sean consideradas como violencia social, contemplando la consideración de delito contra la autoridad tanto si se producen en el ámbito público como en el privado y para que sean penadas con los mismos criterios en todas las CC.AA".

## Denunciar siempre

El primer problema al que se enfrenta el médico agredido es la duda sobre si tiene que denunciar o no. Desde el Colegio de Médicos se recomienda denunciar siempre, "aunque sepamos que la sentencia pudiera ser absolutoria porque no haya pruebas, ni testigos. Sobre todo, para que quede constancia de la agresión, por si esa persona vuelve a agredir a alguien posteriormente y para contar con estadísticas reales", remarcó Ruiz de Erenchun.

El abogado penalista se refirió al sentimiento de culpabilidad del médico, que tiende a justificar la agresión, al igual que ocurre con las mujeres maltratadas. "Tras la agresión se preguntan qué han hecho mal, si no han transmitido bien, si no han tenido suficiente empatía con el paciente... Hay que olvidarse de eso porque la responsabilidad no está en la víctima sino en el agresor", recalcó.

## ¿Qué hacer ante una agresión?

La Dra. Susana Miranda explicó el procedimiento de atención que el Colegio pone en marcha una vez recibida la comunicación. "El Colegio ofrece un servicio de asesoría personalizada que permite a quienes han sufrido una agresión estar acompañado por un letrado desde el inicio del proceso".

En la web del Colegio se explica el procedimiento a seguir https:// colegiodemedicos.es/asistencia-agresiones/

Tras recibir la notificación (por teléfono o correo electrónico), la asesoría penal se pone en contacto con el médico agredido para dar los primeros consejos, explicar el procedimiento penal y acompañarle en todos los pasos que hay que dar (denuncia, ratificación de la denuncia, declaración ante el juez, etc). En tres ocasiones, tendrá que contar todo, primero a la policía, después ante el juez de instrucción y, finalmente, en el juicio oral.

Ruiz de Erenchun añadió que "una vez que se produce la agresión

además de comunicarla al Colegio de Médicos, es fundamental tratar de reunir pruebas, identificar a los posibles testigos de la agresión y pedir su colaboración. Hay gente reacia a prestar una declaración testifical, pero hay que insistir".

El Colegio navarro procura evitar el procedimiento de mediación, que consiste en reunir por separado al agresor y la víctima y resolver el conflicto sin necesidad de llegar al juicio porque, según Ruiz de Erenchun, "no lo contemplamos como un problema de relación entre el médico y el paciente y no se trata de satisfacer al profesional agredido sino de dar un mensaje claro y rotundo a la sociedad: frente a las agresiones, tolerancia cero".

El Colegio de Médicos de Navarra pone, además, a disposición del médico agredido el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), que facilita una valoración confidencial y personalizada si el profesional necesitara asistencia en el ámbito psicológico.



## Actualización del protocolo del Departamento de Salud

En su intervención, Fernando Domínguez, destacó que el SNS-O continúa desarrollando medidas de carácter preventivo, tanto de tipo material como organizativo, entre las que destacan: el despliegue del sistema de alarma de agresión mediante la utilización del ordenador de sobremesa, la instalación de sistemas de alarma con pulsadores fijos o de pulsera, cámaras de video-vigilancia y la modificación del mobiliario o la reforma estructural de algunas áreas en zonas de riesgo.

Además, el Departamento de Salud ha actualizado el protocolo de actuación frente a las agresiones externas al personal sanitario y no sanitario. Entre otras actuaciones, incorpora la figura del Interlocutor Policial Sanitario (IPS) como persona de referencia y contacto con los centros sanitarios para coordinar las medidas necesarias de prevención y, en caso de producirse, realizar actuaciones para evitar que se repitan así como llevar a cabo el posterior tratamiento a efectos penales, administrativos o de notificaciones al agresor.

Serafín Romero, presidente de la OMC y Fernando Domínguez, consejero de Salud.

## Recomendamos denunciar siempre, aunque sepamos que la sentencia pudiera ser absolutoria porque no haya pruebas, ni testigos

## ¿Qué es el Interlocutor Policial Sanitario? ¿Qué funciones tiene?

Carlos Yárnoz, comisario de la Policía Foral y Jefe de la División de Prevención y Atención Ciudadana, explicó que la figura del Interlocutor Policial Sanitario (IPS) se creó en Navarra el pasado año y que, en la actualidad, se ha establecido un IPS por cada comisaría y otro más para la zona de Pamplona/Iruña que, a su vez, coordina al resto de interlocutores.

En Navarra, ya existían puntos de patrullaje en el CHN y centros de Atención Primaria, entre otros. Explicó que "ahora, el IPS se configura como un referente que mantiene el contacto con los responsables de los centros y el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, principalmente, para abordar las necesidades en este ámbito y adoptar conjuntamente medidas preventivas encaminadas a la seguridad del personal del Departamento de Salud".

El IPS se encarga de recabar información en orden a determinar las necesidades y problemas de cada centro, y elaborar propuestas en relación con la seguridad de los edificios y la puesta en marcha de medidas de seguridad pasivas. Puede, asimismo, acordar con los centros medidas preventivas, como incrementar el patrullaje en aquellos días o franjas horarias más problemáticas, o en el caso de consultas programadas con pacientes con antecedentes de agresiones o de provocar alteraciones en el funcionamiento normal del centro. Por ejemplo, se ha incrementado la presencia policial en Urgencias del CHN las noches de los jueves, viernes, sábados y vísperas de fiesta, tanto en el exterior como en el interior.

Carlos Yárnoz subrayó que la aplicación del protocolo contempla la posibilidad de adoptar diferentes medidas en caso de agresión tales como el cambio de centro de salud de la persona agresora, cartas de rechazo de los hechos o la interposición de una denuncia penal. En estos casos, el IPS ofrece la posibilidad, sobre todo en las situaciones más graves, de que la Policía Foral realice la notificación de la carta de rechazo y la de cambio de centro, con el objeto de evitar nuevas situaciones de riesgo. En cuanto a la víctima, se le da la posibilidad de realizar la denuncia en el propio centro o de concertar día y hora para una atención más personalizada.





## Cómo detectar una posible agresión y reconocer signos de amenaza

José Ángel Arana, Jefe de la Brigada de Seguridad Ciudadana de la Policía Nacional en Navarra, explicó que en el año 2018 la Policía Nacional realizó 1.377 reuniones en todo el territorio nacional con el objetivo de evitar las agresiones contra los profesionales sanitarios.

También se organizaron 85 jornadas de prevención de agresiones mediante técnicas de contención verbal y escucha activa. "Los médicos nos cuidan a nosotros, nosotros cuidamos a los médicos", subrayó.

La Policía Nacional ha realizado un censo de centros hospitalarios que han sido catalogados según su nivel de riesgo. Esta información se actualiza cada seis meses y permite conocer las medidas preventivas que posee cada instalación para poder adoptar acciones específicas. Además, Policía Nacional trabaja en el desarrollo de ALERTCOPS, una app que permitirá al médico alertar de una situación de conflicto en la consulta y recibir una respuesta más rápida.

Para Antonio Barbero, Teniente Coronel de la Guardia Civil y responsable de Policía Judicial e Información, "es fundamental aprender a detectar una posible agresión y reconocer signos de la amenaza (embriaguez, abuso de drogas, lenguaje verJornada de Atención ▲ al Médico Agredido, organizada por el Colegio.

bal lleno de furia, gestos corporales amenazantes, entre otros). Recomendó evitar la confrontación, no quedarse a solas con la persona alterada, mantener una distancia de seguridad, las manos fuera de los bolsillos, nunca dar la espalda y disponer la consulta para que el agresor no quede entre el facultativo y la puerta. Ante un intento de agresión aconsejó "pedir auxilio, a la vez que abandonamos la consulta" y ante una amenaza con arma blanca "solo hay una técnica posible, correr". La Guardia Civil ofrece cursos de 5 horas sobre nociones básicas de defensa personal para grupos de 20 personas.

## Radiografía de las agresiones en Navarra

El pasado año, los profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea notificaron un total de 369 agresiones externas, de las que 261 fueron verbales, 107 físicas y 1 escrita. Por estamentos, el colectivo más afectado ha sido el personal de Medicina, con 105 notificaciones, seguido por el personal de Enfermería (103), personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (67), personal administrativo (63), personal celador (12), trabajo social (8) y otro personal (11).

La cifra es superior a las 286 notificadas en 2017 (220 verbales, 65 físicas y 1 escrita). La estadística se refiere a las notificaciones y no a las agresiones reales. Según el Servicio de Prevención de Riesgos, el incremento registrado en estos tres últimos años se puede atribuir, en buena parte, a las acciones informativas para fomentar la

notificación de agresiones que se vienen realizando de forma continuada desde diferentes instancias con el fin de minimizar su 'infradeclaración'.

En las notificaciones registradas, el 74% de los episodios de agresión fueron protagonizados por pacientes y el 26% por familiares o acompañantes.

En cuanto al tipo de agresión, 133 notificaciones fueron por amenazas verbales, 128 por insultos, 75 por agresiones físicas no intencionadas, 32 por agresiones físicas intencionadas y 1 amenaza escrita. En el caso de las agresiones físicas, el 70% fueron de carácter no intencionado.

Las tres principales causas que se han identificado como generadoras de la agresión fueron la falta de conexión con la realidad del paciente provocada por diversos motivos (120), la discrepancia con el tratamiento o el diagnóstico (62 casos), y la disconformidad del usuario con la aplicación de protocolos existentes (40). Por centros, la mayoría de las notificadas en 2018 corresponden a CHN, con 132 (89 verbales, 42 físicas y 1 escrita); siguen Atención Primaria, con 129 (123 y 6), Salud Mental y UHP, con 73 (47 y 26); Hospital Reina Sofía: 32 (10 y 22), Hospital García Orcoyen: 2 (1 y 1) y Servicios Centrales (1 física).

incorpora la figura del Interlocutor Policial Sanitario como persona de referencia y contacto con los centros sanitarios

Ruiz de Erenchun, asesor penal del Colegio y Joaquín Galve, presidente del Tribunal Superior de Justicia de Navarra, en las Jornadas.



## Premio "Jesús Galán 2018"

Lo otorga la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC)

## El ingeniero navarro Guillermo Pérez Fidalgo, premio "Jesús Galán 2018"

Serafín Romero, presidente de la OMC:

"Hoy le ponemos nombre y cara a la solidaridad de los médicos"

#### ■Idoia Olza

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) ha concedido sus premios "Jesús Galán 2018" a los dos mejores expedientes de huérfanos de médicos protegidos por la institución. En esta ocasión uno de los dos galardonados, en la categoría de mejor expediente académico de un huérfano licenciado de otra carrera superior, ha sido Guillermo Pérez Fidalgo, de 23 años, grado en Ingeniería en Tecnologías Industriales.

Este ingeniero, con 8 matrículas de honor durante el curso 2016-17, pertenece al Colegio de Médicos de Navarra y ha estado protegido por la Fundación desde los 16 años, en los que entró como Huérfano. Ha contado con ayudas mensuales hasta los 21 años, más dos becas.

El pasado 5 de marzo, Serafín Romero y Rafael Teijeira entregaron a Guillermo Pérez Fidalgo un cheque de 5.600 euros, en un acto que se celebró en el Colegio de Médicos de Navarra.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) ha cumplido 101 años "de solidaridad, de ayuda y de acción callada, que se mantiene por la voluntariedad de una cuota que da pie a ayudar a cerca de 3.000 beneficiarios (huérfanos, médicos in-

capacitados, médicos mayores, etc). Nos sentimos muy orgullosos de la gran labor que realiza, por ello también queremos que los médicos de Navarra conozcan cuál es el destino de esa aportación voluntaria que realizan", subrayó Serafín Romero. "Hoy –dijo el presidente de la OMC–le ponemos cara y nombre a la solidaridad de los médicos, entregando el Premio a Guillermo Pérez Fidalgo por los valores que representa".

Entrega del Premio a Guillermo Pérez Fidalgo.





▲ En primera fila, junto a su madre y hermanos.

"Gracias a los médicos por su solidaridad"

Tras recibir el premio, Guillermo Pérez agradeció la labor de la Fundación y recordó todo el apoyo que había recibido de la misma desde que su padre, el Dr. Javier Pérez Calvo, hematólogo de la Clínica Universidad de Navarra, falleciera hace seis años. "Mis dos hermanos y yo hemos recibido ayudas económicas mensuales hasta los 21 años, y anuales desde los 21 hasta terminar los estudios, siempre con el objetivo de apoyar nuestra formación, y en mi caso he tenido la suerte de disfrutar dos Becas Erasmus, y poder estudiar el Máster fuera de Pamplona, en la Universidad Politécnica de Madrid. Para mis hermanos, menores que yo, también está sirviendo para que terminen sus carreras universitarias".

Además de las ayudas económicas, Guillermo Pérez destacó la labor de la Fundación en "hacerse cargo de todos los trámites burocráticos, de informarnos de las ayudas a las que teníamos derecho, y todo ese apoyo ha venido en los momentos más difíciles para la familia. Así que gracias a todos los médicos por su aportación voluntaria, a los Colegios de Médicos de España, y en especial, al Colegio de Médicos de Navarra".

Agradecimiento también para su familia, "no puedo dejar de pensar en mi padre, que tanto nos ha enseñado y que me hubiera encantado que estuviera aquí". Guillermo tuvo un reconocimiento muy especial para su madre, "este premio y todo lo que consigamos en la vida es gracias a ti".

Premios "Jesús Galán"

En mayo de 1980, el entonces Patronato de Huérfanos instauró estos premios en memoria de la actuación del doctor Jesús Galán como Vicepresidente del mismo. Además de su dedicación a los pacientes, el Dr. Galán consagró su vida a la mejora de la profesión médica, comenzando por las aulas universitarias.

Estos premios pretenden reconocer y premiar el trabajo y la dedicación al estudio académico que realizan los huérfanos de médicos protegidos por la Fundación, independientemente de otras becas y ayudas que reciban a lo largo de todo su periodo formativo.

Los premios son dos: al mejor expediente académico en el Grado de Medicina, y al mejor expediente académico en cualquier otro Grado. La dotación para los premios correspondientes a los cursos 2016-2017 es de 5.600 euros para cada uno.

## **GUILLERMO PÉREZ FIDALGO:**

# "La Fundación ha supuesto para mi familia un apoyo fundamental, tanto institucional como económico, en momentos difíciles"



## Con dos padres médicos, ¿no pensaste en ser médico?

No, la carrera de Medicina no me llamó nunca la atención. Y sin duda es una profesión en la que la vocación es crucial. Por suerte, mi hermano Nico sí que ha optado por este camino y está en tercero de Medicina en la UNAV.

#### ¿Por qué elegiste Ingeniería en Tecnologías Industriales? ¿En qué rama te especializarás?

Creo que la ingeniería en general me gustó desde pequeño. También me gustaban Aeronáutica o Caminos, pero me decanté por Industriales por su versatilidad. Me gusta mucho la idea de que puedas acabar trabajando en prácticamente cualquier sector. En el Grado me especialicé en Mecánica, y en el Máster me

estoy especializando en Energía. El sector de las energías renovables es el que, de momento, más me llama la atención.

## ¿Qué ha supuesto para ti, y para tu familia, la Fundación? ¿En qué os ha ayudado?

La Fundación ha supuesto un apoyo fundamental, tanto institucional como económico, en momentos difíciles para mi familia. Me gustaría agradecer en especial su respaldo a mis estudios y al de mis hermanos. Las ayudas de la Fundación me han permitido disfrutar de dos estancias de Erasmus y estudiar el Máster en Madrid. Por otro lado, me gustaría reconocer también la gestión del papeleo y el asesoramiento tanto por parte de la Fundación como del Colegio de Médicos de Navarra.

## ¿Crees que se conoce lo suficiente?

Nosotros no la conocíamos antes de ser beneficiarios. Y cuando me concedieron el premio, prácticamente nadie de mis amigos o familiares la conocía. De hecho, es posible que no sea muy conocida incluso dentro de la propia comunidad de médicos.

#### ¿Qué mensaje mandarías a los médicos que son los que con su aportación (que es voluntaria) hacen posible que exista la Fundación?

De nuevo, me gustaría agradecerles su labor y su aportación. Les invito a que den a conocer la Fundación a sus compañeros. Cuanta más visibilidad tenga, mejor podrá desarrollar su tarea.

## ¿Qué planes de futuro tienes?

De momento, seguir disfrutando de este año de Erasmus y terminar el Máster. Después, me gustaría trabajar en el extranjero. Pero tengo claro que luego quiero terminar en España.



Familia, amigos y ▲ colegiados acompañaron al galardonado.

#### Fundación para la Protección Social de la OMC

Durante un siglo, la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial ha encauzado la solidaridad de todos los médicos españoles para proteger y ayudar a sus propios compañeros y familias cuando estos se encontraban en situaciones difíciles y de especial vulnerabilidad social.

Con el objetivo de atender y dar respuesta, complementariamente al sistema público, a los miembros de la profesión médica y a sus familias, destina más de 14 millones de euros para ayudar a cerca de 3.000 beneficiarios que forman parte de la Fundación en toda España.

Su labor se articula a través de los Colegios Oficiales de Médicos de cada provincia y su actuación se centra en todas las necesidades que el médico pueda llegar a tener en materia de protección social. Para ello, propone líneas de ayudas y prestaciones en educación (destinadas a huérfanos de médico), discapacidad y dependencia, conciliación (teleasistencia domiciliaria, ayuda a domicilio, servicio de respiro, residencias de mayores, etc.), prevención, protección y promoción de la salud del médico (PAIME), o prestaciones para la Autonomía Personal en el Hogar.

Las ayudas que presta la Fundación para la Protección Social de la OMC son posibles gracias a las aportaciones voluntarias que realizan los médicos en solidaridad con sus propios compañeros.

En Navarra, a través del Colegio de Médicos, se ayuda a 37 beneficiarios. La más solicitada es la prestación educacional mensual para huérfanos de médicos, con 23 menores de 21 años que la reciben.

El catálogo de prestaciones del 2019 está disponible en la página web de la Fundación:

https://www.fpsomc.es/prest\_fp-somc

## Acuerdo con el Instituto de Investigación de Vehículos Centro Zaragoza

## El **Colegio** refuerza su compromiso con la seguridad vial de la ciudadanía

El Colegio de Médicos de Navarra y el Instituto de Investigación de Vehículos Centro Zaragoza han firmado un acuerdo de colaboración para el desarrollo de iniciativas de docencia, investigación y divulgación sobre seguridad vial.

De esta manera, el Colegio de Médicos de Navarra refuerza su compromiso con la seguridad vial y la prevención de accidentes de tráfico, que ya viene realizando en sus centros de reconocimientos médicos de Pamplona (Vuelta del Castillo), Elizondo y Leitza.

Desde hace más de 25 años, los profesionales de los centros de reconocimiento del Colegio de Médicos de Navarra, además de tramitar la obtención de los permisos de conducir, armas, seguridad privada, actividades deportivas, patrón de barcos y licencia de perros peligrosos, promueven actividades de promoción de la seguridad vial dirigidas a los ciudadanos y profesionales médicos, y ofrecen consejo médico vial en relación con la patología del conductor, el buen uso de los elementos de protección o los factores de riesgo asociados a la conducción.

Este acuerdo con el Instituto de Investigación de Vehículos Centro



Zaragoza incrementará las acciones y medios del Colegio de Médicos de Navarra en el ámbito de la seguridad vial, en colaboración con un centro que es referencia nacional en investigación y formación para la gestión y control de los daños materiales y la prevención de los daños corporales como consecuencia de los accidentes de tráfico.

En la firma del acuerdo:
Carlos ArreguiDalmases (Director
General del Centro
Zaragoza),
Eduardo Uterga
(Gerente del
Colegio de Médicos
de Navarra) y
Rafael Teijeira
(Presidente del
Colegio de Médicos
de Navarra).

### Acuerdo con la Universidad de Navarra

## Los médicos colegiados podrán acceder a los fondos bibliográficos y recursos informáticos de la Biblioteca de la Universidad de Navarra

Deberán solicitar la Tarjeta de Lector para el acceso y utilización de los servicios

El Colegio de Médicos de Navarra y la Universidad de Navarra han suscrito un acuerdo de colaboración por el que los médicos colegiados en Navarra podrán acceder a su red de bibliotecas, especialmente a la Biblioteca de Ciencias donde se encuentra la colección de libros y revistas de Medicina.

Por su parte, el Colegio de Médicos de Navarra se compromete a la donación de sus fondos bibliográficos a la Universidad de Navarra provenientes de donaciones de libros y revistas realizadas por médicos colegiados, familiares o terceros que así lo autoricen.

Para acceder a los recursos de la Biblioteca de la Universidad, los médicos colegiados deberán tramitar la **Tarjeta de Lector** que les acredita para la utilización de los siguientes servicios:

- 1. Acceso a la Biblioteca.
- Consulta de fondos bibliográficos, en formato impreso o electrónico en las salas de la Biblioteca.
- Obtención de copias (digital o impresa) de los fondos de la biblioteca en las condiciones establecidas para los demás usuarios de la Biblioteca.
- Préstamo domiciliario en las condiciones en que se describen en la Normativa de la Biblioteca para "usuarios acogidos a convenios".
- 5. Orientación bibliográfica por parte del personal bibliotecario.

## ¿Cómo obtener la Tarjeta de Lector?

Para solicitarla los médicos colegiados deberán entregar en el mostrador de información de la Biblioteca de la Universidad de Navarra los siguientes documentos:

- Impreso de datos personales [descargar].
- Fotocopia del DNI y del carné del COMNA.
- Fotografía de carné a color.

Con la Tarjeta de Lector, el colegiado tendrá acceso a todas las bibliotecas y salas. También a los ordenadores públicos de la Universidad (ofimática e Internet) solicitando un identificador y contraseña temporal, al personal de la Biblioteca.

## Información y orientación bibliográfica

El personal de la Biblioteca está a disposición de los colegiados para explicar el uso de los recursos y servicios de la Biblioteca. Desde la Universidad de Navarra se recomienda que durante la primera visita acuda a la bibliotecaria. Sus orientaciones facilitarán que su trabajo en la Biblioteca sea más cómodo y eficaz

> Firma del convenio: Igor Sergio Errasti, (Administrador General de la Universidad de Navarra). Rafael Teijeira (Presidente del Colegio de Médicos de Navarra) y José Félix Monreal (Subdirector del Servicio de Bibliotecas).



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 **enero, febrero** y **marzo** de 2019.

## EL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA EN FACEBOOK

Dale a ME GUSTA a nuestra nueva página de Facebook https://www.facebook.com/medicosdenavarra/
y únete a la comunidad de médicos de Navarra para estar al día de toda la actividad colegial y sanitaria.
También puedes seguir la actualidad del Colegio en Twitter @MedenaColegio y
Linkedin https://www.linkedin.com/in/medena/.



Consigue tu nuevo carnet de colegiado. Solicítalo online en https://colegiodemedicos.es/carnet-de-colegiado/

## Enero\_\_\_\_\_

Martes, 8	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Lunes, 14	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Lunes, 14	Reunión con Sindicato Médico.	Comisión Permanente.
Viernes, 19	Asamblea Vocalia AP Rural OMC.	Vocal de Med. Rural.
Lunes, 21	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Viernes, 25	Asamblea Vocalía Médicos Tutores OMC.	Vocal Médicos Tutores.
Viernes, 25	Pleno de la OMC (Madrid).	Presidencia.
Sábado, 26	Asamblea de la OMC (Madrid).	Presidencia.
Lunes, 28	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.
Lunes, 28.	Reunión con UPN.	Junta Directiva.
Jueves, 31	Reunión con Foro AP.	Vocal de Medicina Rural.

## Febrero\_

Lunes, 4	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Martes, 5	Conmemoración 195 aniversario PN.	Presidencia.
Miércoles, 6	Reunión ADACEN.	Comisión Permanente.
Lunes, 11	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.
Martes, 12	Firma convenio Universidad de Navarra.	Presidencia.
Miércoles, 20	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Viernes, 23	Pleno de la OMC (Madrid).	Vicepresidencia.
Sábado, 24	Asamblea de la OMC (Madrid).	Vicepresidencia.
Lunes, 25	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.
Martes, 26	Reunión con Consejería Salud.	Comisión Permanente.

#### Marzo\_\_\_\_

Lunes, 4	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Martes, 5	Jornadas Agresiones.	Junta Directiva.
Martes, 5	Entrega Premio Jesús Galán.	Junta Directiva.
Lunes, 11	Reunión con Médicos Med. Alternativa.	Presidente OMC y Comisión Permanente.
Lunes, 11	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Lunes, 11	Reunión con Consejería Salud.	Comisión Permanente.
Lunes, 18	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Jueves, 21	Reunión Comité Panacea.	Vicepresidente 2°.
Viernes, 22	Pleno de la OMC (Madrid).	Presidencia.
Sábado, 23	Asamblea de la OMC (Madrid).	Presidencia.
Lunes, 25	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Viernes, 28	II Jornada AP.	Vicesecretaria, Vocal de Med. Rural y Vocal de Med.
		Extrahospitalaria.

## ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES

## Nueva actividad en el Colegio:

## ¿Te gusta la jardinería y horticultura?

La Vocalía de Médicos Jubilados ha creado un grupo de Jardinería y Horticultura para dar acogida a médicos, jubilados o en activo, que sean aficionados a la jardinería y la horticultura, con el fin de intercambiar experiencias, compartir información de expertos en la materia y, en general, relacionarse a través de esta afición común.

Desde la Vocalía se propuso esta actividad a los colegiados, y hasta el momento se han apuntado 30 médicos. El grupo se puso en marcha en marzo y se reúne con una periodicidad mensual, generalmente los primeros lunes de mes (a las 19 horas). Y, según apunta Juan José Unzué Gaztelu, vocal de Médicos Jubilados, estas primeras reuniones han resultado todo un éxito.

En estas reuniones periódicas, que se celebran en la sede colegial, participará un experto invitado que dirigirá la sesión, en base a un tema concreto para la discusión e intercambio de experiencias. También se organizarán visitas a explotaciones, invernaderos, etc...

Si tienes interés en participar en el Grupo de Jardinería y Horticultura del Colegio de Médicos de Navarra, rellena el <u>formulario</u> habilitado a tal efecto en la página web https://colegiodemedicos.es/ jardineria-vocalia-medicosjubilados/





Circuitos y viajes organizados para el colectivo médico de todas las edades:

VIAJE A LA BRETAÑA FRANCESA

VI) SE / CE/CE/CEI/ (IV) CF IO (IV)

BRETAÑA FRANCESA.

Del 9 al 16 de Junio 2019.

VIAJE Madeira+Azores

MADEIRA + AZORES. Del 10 al 17 de Julio 2019.

Los detalles de cada uno de los viajes, están colgados en la web colegial

https://colegiodemedicos.es/la-salud-tambien-viaja/

Más información e inscripciones de estos y otros viajes organizados:

Raquel Izpura Roteta – Tel. 647679821 <u>www.elmundoderaquel.com</u> <u>www.peregrinacionesnavarra.es</u> Correo-e: <u>elmundoderaquel@gmail.com</u>

## FORMACIÓN

## El Colegio forma a los tutores MIR frente al burnout

# La ansiedad y el estrés, trastornos comunes entre los médicos residentes

■Trini Díaz\_

n 30% de los médicos internos residentes (MIR) sufren malestar psicológico durante su periodo de formación, según estudios realizados por la Fundación Galatea.

Con el fin de promover un ejercicio profesional saludable, el Colegio de Médicos de Navarra ha puesto en marcha talleres sobre la salud del MIR.

La primera actividad, en la que han participado 18 profesionales, ha estado diriWe are Science.

Alberto A Lafuente y Cristina Abadía, en la presentación del taller.

gida a tutores y responsables docentes con el fin de ampliar conocimientos y habilidades sobre la salud psicoafectiva del médico residente. Posteriormente, el Colegio de Médicos impartirá nuevos talleres dirigidos a los MIR, en colaboración con la Fundación Galatea y el patrocinio de Laboratorios Almirall.

El Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos y responsable del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) en Navarra, destaca que "este Colegio de Médicos ha estado y estará siempre comprometido con el bienestar físico y psíquico de los profesionales médicos porque es la clave para una buena atención a la población. El PAIME en Navarra lleva funcionando con éxito desde el año 2001, gracias a un convenio con el Departamento de Salud, para la atención al profesional afectado de cualquier enfermedad psiquiátrica y/o adicción que pueda interferir en su actividad profesional. Con la premisa de la más absoluta confidencialidad se lleva a cabo un tratamiento integral por los profesionales más cualificados, todos ellos gestionados desde el Colegio".

#### Guardias y urgencias, causa de estrés

La Fundación Galatea lleva años estudiando la salud laboral de los profesionales sanitarios y de los residentes en particular. Un estudio, publicado en 2015, a partir de encuestas a médicos residentes, constató algunos factores de riesgo durante el primer año de residencia, tales como un fuerte descenso de la práctica de actividad física entre el colectivo, un incremento del consumo de psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos), agotamiento emocional (burnout) y la carencia de habilidades para responder a situaciones de estrés o presión.

La presencia de niveles elevados de estrés se refleja tanto en el incremento del uso de psicofármacos como en el aumento del indicador de riesgo psicopatológico. De esta manera, se constata un incremento significativo del consumo de ansiolíticos, del 3,5% al 7,4%, y de antidepresivos que pasa del 2,6% al 7,2%. Estas variaciones se reflejan en el incremento del 17,8% al 29,7% de los profesionales MIR con riesgo de

padecer un trastorno mental, según la clasificación de la prueba de cribado GHQ.

"El riesgo psicosocial se incrementa especialmente durante el primer año de residencia, ya que se trata de un periodo de mucha exigencia formativa y laboral, durante el cual los médicos jóvenes se enfrentan por primera vez a situaciones de estrés como las guardias y urgencias, la comunicación de malas noticias a los pacientes y familiares, las dificultades de conciliación con la vida familiar y personal o la falta de tiempo de ocio. Si no se atajan a tiempo, pueden degenerar en burnout", subrayó la Dra. Cristina Abadía Castelló (especialista en Medicina del Trabajo, responsable de la Unidad de Salud Laboral y Docente del Hospital de Terrassa y formadora de la Fundación Galatea) en el taller impartido a los tutores MIR de Navarra.

Las guardias y urgencias son algunos de los factores más importantes de malestar y estrés para el residente pero aclaró que las condiciones estructurales, como por ejemplo el número de guardias y las horas de trabajo, no se asocian al malestar psicológico del MIR. "A los médicos



no nos asusta el trabajo porque es una profesión vocacional. Pero sí las condiciones en las que se desarrolla", destacó la experta.

La Dra. Abadía subrayó la importancia de que el MIR se forme en habilidades de comunicación y gestión de emociones, bioética o en aspectos legales y abogó por la creación de Grupos de soporte emocional para poder hablar de aquellas situaciones o casos laborales que se viven como difíciles de contener o afrontar, y que generan angustia. "Hay facultades de Medicina en EEUU, Reino Unido y Holanda, que ya incorporan en su programa este aprendizaje, no sólo en el campo teórico, sino a través de grupos de soporte y talleres prácticos para hablar de situaciones reales, poder elaborar experiencias y desarrollar de forma personal los aspectos humanísticos de la profesión y los propios recursos psicológicos para afrontarlos".

## FORMACIÓN

### Un entorno profesional competente protege

La presencia y apoyo de los compañeros y de los superiores, así como la participación en la organización de las tareas formativas y asistenciales, son elementos que actúan como factores protectores contra el agotamiento emocional y la desmotivación del MIR.

En los servicios que funcionan bien, "los residentes suelen funcionar correctamente". En este sentido, la experta señaló que "el residente será, profesionalmente, un reflejo del lugar donde se ha formado". Aquellos que se sienten parte de un equipo y que reconocen una tutoría y supervisión efectiva de su tarea sufren menos estrés, también aquellos que se integran en modelos de liderazgo que genera un entorno organizativo y relacional de soporte y entusiasmo por el trabajo. La Dra. Abadía lamentó que "la formación del residente queda demasiado a menudo desvirtuada por dinámicas institucionales de otra naturaleza (presión asistencial, mala organización, etc)".

Tutores MIR y responsables docentes en el Taller impartido en el Colegio de Médicos. ▼



#### El papel de los tutores es clave

El papel de los tutores en el cuidado de la salud del médico en formación es fundamental porque "tienen mayor posibilidad de conocer la situación y porque la incidencia que tiene sobre él es muy alta". La Dra. Abadía defendió la necesidad de potenciar la acción de los tutores "para favorecer el apoyo de los compañeros y de los superiores en el ámbito laboral y propiciar, en la medida de lo posible, una mayor participación de los profesionales MIR en la organización de las tareas asistenciales y formativas".

Dada la elevada prevalencia de alteraciones psicopatológicas ya durante la licenciatura, la experta destacó que "sería conveniente establecer una adecuada detección de problemática emocional por parte de los servicios de salud laboral al comienzo de la actividad profesional. Habría que facilitar también vías de acceso a los servicios de atención sanitaria que permitan superar las barreras a las que se enfrentan los profesionales sanitarios a la hora de pedir ayuda". En este sentido recalcó la importancia de difundir entre los MIR la existencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) en los colegios de médicos.

#### Prevención y PAIME

La prevalencia de malestar psicológico durante la residencia se sitúa en torno al 30%, según estudios realizados por la Fundación Galatea. Una cifra superior a la registrada entre los médicos y médicas (19%) y que triplica la de población catalana entre 24-30 años.

Además, el 20-22% de los médicos atendidos por el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) en toda España son residentes.

El Colegio de Médicos de Navarra ofrece también a los MIR el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), que gestiona desde el año 2001 y que está dedicado al tratamiento y recuperación de médicos con problemas psíquicos y conductas adictivas.

#### ¡Alerta¡

Aunque los síntomas de estrés pueden ser muy variados, los que deben preocupar son: cefalea, dolor corporal frecuente, fatiga, dificultades para dormir; preocupación constante y excesiva por las cosas, y dificultad para tomar decisiones; más aislamiento, sensación de soledad y necesidad de evitar el contacto social; nerviosismo o irritabilidad; sensación de falta de control sobre la propia vida.



#### FORMACIÓN

Actualizaciones clínicas en patologías incapacitantes

## Programa de formación "Salud de los pies a la cabeza", en colaboración con Mutua Navarra

Organizado por el **Colegio de Médicos** y **Mutua Navarra**, se desarrolla en seis sesiones que se extienden hasta el 26 de noviembre.

Estas jornadas permiten realizar un repaso de las patologías y las cuestiones que más interés suscitan entre los profesionales médicos en el ámbito de Atención Primaria y la salud laboral. Todas las sesiones se desarrollan en la sede del Colegio de Médicos, en horario de 17:45 a 19:15 horas.



En estos dos nuevos ciclos de sesiones (ciclo 7 y 8) se abordarán cuestiones de salud tan prevalentes como la cervicalgia y los tratamientos anticoagulantes; así como una revisión de la exploración neurológica básica, las dermatitis, la patología oftalmológica que puede generar incapacidad permanente y el manejo en las adicciones al alcohol y drogas.

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

El Dr. Arnaldo Belzunce, oftalmólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, protagonizó la primera jornada del séptimo ciclo, titulada "Patología incapacitante en Oftalmología", celebrada el 21 de marzo. Le siguió el Dr. Mikel Viscarret, médico de Mutua Navarra, que impartió una sesión el 11 de abril sobre "Cervicalgia. Actuación desde Atención Primaria y derivación a especialista".

Cerrará este séptimo ciclo el Dr. Gorka Moreno, responsable del Programa de Empresas y Adjunto a Dirección de la Fundación Proyecto Hombre, que hablará el próximo 13 de junio sobre "Alcohol y drogodependencias: habilidades y manejo del médico".

El abordaje de todas estas patologías incluye casos prácticos y espacio para el diálogo y el debate entre ponentes y asistentes.



#### CICLO 8 (0,2 créditos/sesión)

• 24 Septiembre:

Exploración neurológica básica.

**Dr. Rafael Valentí.** Neurólogo. Clínica Universidad de Navarra.

· 24 Octubre:

Manejo y orientación en la anticoagulación.

**Dr. Ramón Lecumberri.** Hematólogo. Clínica Universidad de Navarra.

26 Noviembre:

Dermatitis de contacto. Enfoque desde Atención Primaria. **Dr. Marcos Hervella**. Dermatólgo. Complejo Hospitalario de Navarra.

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES en <a href="https://colegiodemedicos.es/formacion-2/">https://colegiodemedicos.es/formacion-2/</a>

## Curso-taller sobre diseño y presentación de proyectos para dirigir Unidades Clínicas y Asistenciales

#### Participan 18 colegiados

El 8 y el 9 de abril se desarrollaron las sesiones presenciales del curso taller sobre Diseño y presentación de proyectos para dirigir unidades clínicas y asistenciales. En

concreto, las sesiones fueron sobre Modelos de proyectos de dirección y gestión de áreas y unidades clínicas, y Elaboración del proyecto de gestión de áreas y unidades clínicas.

EL Programa está dirigido a médicos interesados en adquirir y completar competencias en gestión de UGC. Se han seleccionado 18 colegiados.

El director del programa es Alberto Lafuente, director médico del Hospital San Juan de Dios Pamplona y Tudela, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra, máster en dirección médica y gestión clínica del IMIENS (UNED/ENS), Programa Alta Dirección Instituciones Sanitarias IESE.

Imparte las clases José Ramón Mora, gerente del Área de Salud de Tudela, coordinador y profesor responsable de la asignatura de gestión

clínica y TFM de los Másteres oficiales de administración sanitaria y gestión clínica del IMIENS, y coordinador académico del Experto Universitario en Dirección y gestión de servicios sanitarios de la UPNA.

Los objetivos generales de esta acción formativa, que finaliza el 26 de abril, son la mejora de la capacidad para conocer y comprender la regulación normativa y los fundamentos que componen las funciones y competencias ligadas a la dirección y jefatura de unidad y la mejora de la competencia (conocimientos y habilidades) para diseñar un modelo de planificación y/o organización funcional como instrumento de visión estratégica e innovación de un servicio/unidad clínica.

Imparte el curso José Ramón Mora



#### Presencial y online

En lo que se refiere a la metodología, el programa se plantea con un modelo de aprendizaje evolutivo. Los contenidos se caracterizan por su actualidad y valor estratégico, y la enseñanza-aprendizaje por el método reflexivo, cooperativo y responsable que se apoya en: formación teórico-práctica, transferible al contexto operativo, con actividad presencial; y el uso de un entorno virtual con material docente actualizado, espacio de interacción entre los participantes, elaboración y entrega de ejercicios prácticos y revisión continuada de actividades formativas.



#### Códigos Sepsis, Infarto e Ictus

Por Pilar San Esteban, responsable del Área de Desarrollo Profesional del Colegio de Médicos de Navarra.

La atención a una emergencia tiene como objetivo evitar la muerte y/o disminuir sus posibles secuelas. El pronóstico de las patologías que se clasifican como emergencias o Urgencias Tiempo-Dependientes está directamente relacionado con el tiempo transcurrido desde que se producen hasta que son atendidas. Un factor clave en este tipo de atención es que el personal médico de primer contacto active de inmediato los correspondientes Códigos Ictus, IAM, Politraumatismo, etc, de manera que toda la organización intra y extrahospitalaria se prepare para la aplicación de los protocolos de atención específicos prediseñados para minimizar el impacto del evento adverso.

Cada año se producen un total de 35.000 ingresos urgentes hospitalarios y unos 7.500 traslados en UVI-Móvil. En un año se registran en Navarra alrededor de 800 Infartos de Miocardio, más de 1.100 nuevos casos de Ictus cerebral y unos 200 casos de politraumatismos graves. Son los diagnósticos de emergencia sanitaria más frecuentes y unas de las principales causas de mortalidad prematura y que, además, reducen de manera muy significativa la esperanza de vida libre de discapacidad. Todo ello justifica plenamente la consideración de las Urgencias Tiempo-Dependientes como prioridad de intervención sanitaria.

El Plan de Salud de Navarra 2014-2020 establece los principios de intervención, los objetivos y un plan de acción que se concreta en 12 Estrategias de Salud Prioritarias, una de las cuales es la Atención a las Urgencias Tiempo-Dependientes. Entre los programas y las acciones claves de esta estrategia está la formación de los profesionales (en desarrollo por el Servicio de Docencia del Departamento de Salud y el Servicio Navarro de Salud para sus profesionales) y la concienciación de la ciudadanía sobre la atención a este tipo de urgencias.

#### Plan de Formación del Colegio de Médicos

En el Plan de Formación del Colegio de Médicos de Navarra para 2018 y 2019 hemos programado acciones formativas para los colegiados que no pertenecen a la red de atención urgente, ya que en determinadas situaciones pueden ser estos profesionales quienes primero intervengan en situaciones de emergencias.

Desde octubre de 2018, hemos desarrollado seis acciones formativas, y está en desarrollo la séptima, sobre los códigos SEPSIS (2), INFARTO (3) e ICTUS (iniciada la 2° Edición), y está también programada la 4ª Edición de INFARTO. Mantenemos abierta la solicitud de inscripción en las tres propuestas para la programación de nuevas ediciones.

Estos tres Códigos se han seleccionado para su desarrollo en la plataforma virtual, ya que la mejora de competencias necesarias se fundamenta en conocimientos y habilidades cognitivas. La formación en los Códigos Trauma y Parada Cardio-respiratoria precisan, además, del desarrollo de destrezas prácticas que solo es posible en actividad presencial, que nos planteamos abordar más adelante.

#### En colaboración con SEMES-Navarra

Las actividades se han organizado en colaboración con SEMES-Navarra, que ha designado al profesorado entre los representantes de Urgencias en los grupos de trabajo de cada uno de los códigos. Esta colaboración es la más adecuada para formar a los alumnos como "primeros intervinientes": a pie de calle y para avisar a los servicios de urgencias.

Participan como coordinadores, Carlos Ibero Esparza, adjunto de Urgencias del CHN y coordinador del Código SEPSIS Navarra; José Luis Espila Etxeverria, SAMU Pamplona y miembro del Grupo Código INFARTO Navarra; y Amaia Ibarra Bolt, adjunto del Servicio de Urgencias del CHN, forma parte del Grupo Código ICTUS Navarra.

Como docentes colaboran en Código Sepsis, Eva Regidor Sanz; en Código Infarto, Ana Garcia Arellano, y en Código Ictus, Yolanda Encina Aguirre y Francisco Javier Lucas Lerga.



#### Coordinación

Dr. José Luis Espila Etxeberria



Nafarroako Gobernua Osasun Departamentua Gobierno de Navarra Departamento de Salud

#### Equipo Docente

Dr. José Luis Espila Etxeberria Medico Especialista en Medicina familiar y comunitaria. UVI móvil Pamplona. Código INFARTO Navarra.

Dra. Ana Garía Arellano Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Complejo Hospitalario de Navarra.

Del 24 de Enero al 15 de Febrero



Urgencias Tiempo-Dependientes. Actualización Clinica On Line

#### CÓDIGO SEPSIS EXTRAHOSPITALARIO. CONCEPTOS BÁSICOS

#### Coordinación

Dr. Carlos Ibero Esparza

#### Equipo Docente

Dr. Carlos Ibero Esparza Médico Especialista en Medicina Interna. Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra. Coordinador del Proyecto Código Sepsis Navarra

Dra. Eva Regidor Sanz Médico especialista en Medicina Intensiva. Servicio de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario de Navarra.

#### Del 3 al 18 de Octubre

Nafarroako Gobernua Osasun Departamentua



la resolución de casos, en la plataforma www.aulamedena.es.

La característica más importante que tratamos de aprovechar en la formación online es la posibilidad de contacto, y el aprovechamiento del tiempo v para el alumno. Para obtener el mejor aprendizaje, incluimos actividades -tareas, foros, autoevaluación adquiridos a nivel teórico a la resolución de problemas de la práctica real.

Este nivel de interacción exige que los grupos de alumnos sean reducidos (20 plazas por edición) para facilitar la adecuada atención por los profesionales.

El nivel de satisfacción entre los alumnos que han participado es muy alto, según se manifiesta en las encuestas de satisfacción y conviene destacar también la satisfacción de los docentes por el nivel de calidad de los ejercicios entregados en las diferentes propues-

Daniel López-Acuña, en el Colegio de Médicos de Navarra

#### Desafíos de la Gobernanza Mundial de la Salud

Abogó por restablecer el liderazgo de la OMS y superar las duplicaciones, los procesos paralelos de gobernanza y la competencia por los recursos en salud

LA OMS necesita una hoja de ruta clara para lograr los objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030

Para López Acuña restablecer el liderazgo de la OMS pasa por detener la tendencia al deterioro en el financiamiento de los Estados Miembros.

#### ■Trini Díaz

El ex director de Acción Sanitaria en Situaciones de Crisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y consultor independiente en Salud Pública y Asistencia Humanitaria, impartió una conferencia sobre Desafíos de la Gobernanza Mundial en Salud, en el Colegio de Médicos de Navarra, el pasado 23 de enero, organizada por la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra con la colaboración de la Fundación Caja Navarra. Moderó el debate, el Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra y responsable de su Oficina de Cooperación.

López-Acuña subrayó que, desde la creación de la OMS (1948), la salud mundial ha cambiado dramáticamente, surgiendo nuevos desafios y oportunidades. "Está cada vez más influida por los procesos de globalización económica, social y política, y por una evolución en las perspectivas geopolíticas de la noción de seguridad nacional y en el reconocimiento de los límites del Estado Nación".

Según López-Acuña, "la movilidad, el comercio, los mercados mundiales, la migración, la tecnología de la información, entre otros, trascienden fronteras e introducen nuevos desafíos sanitarios claramente transnacionales".

Se refirió a la multiplicación de nuevos actores sanitarios públicos, privados y mixtos "que hacen apremiante la necesidad de poner al día las modalidades y prácticas en materia de gobernanza mundial de la salud" y a la creación de numerosas alianzas para la salud pública mundial "que han producido una cierta balcanización, paralelismos y duplicaciones en los procesos de gobernanza".



#### La reforma pendiente de la OMS

Frente a estos cambios notables en la estructura de la salud mundial, "la OMS tiene la responsabilidad, definida en su Constitución, de ser la autoridad rectora y coordinadora de la labor internacional en materia de salud", aseguró el experto que abogó por repensar el modelo y terminar la reforma iniciada por la OMS hace ahora ocho años.

La OMS gestiona una red de más de 800 centros colaboradores, participa en numerosas alianzas entre actores múltiples y multisectoriales en

materia de salud, alberga siete alianzas y acoge relaciones oficiales con casi 200 organizaciones no gubernamentales (ONGs), así como relaciones de trabajo con muchas otras.

López-Acuña trazó el rumbo hacia el que deberían conducir las reformas pendientes de la OMS, que necesita "no dispersarse y centrarse en prioridades estratégicas, construyendo

sobre las fortalezas de su naturaleza descentralizada". Añadió que para responder de manera eficaz y eficiente a las necesidades de los Estados Miembros, la OMS require de un financiamiento predecible y sostenible, y de una gestión con capacidad de respuesta a los problemas y con rendición de cuentas. Se refirió, además, a la necesidad de mayor coordinacion y alineamiento a nivel global, regional y de país ante la importante proliferación de iniciativas en el ámbito de la salud.



Daniel López-Acuña y Alberto Lafuente, vicepresidente primero y responsable de la Oficina de Cooperación del Colegio.

#### Retos en la salud mundial

Además de profundizar y completar su reforma pendiente, la OMS se enfrenta al desafío de definir una hoja de ruta clara para trabajar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030 relacionados con la salud. López-Acuña lamentó que, por el momento, "no haya habido ningún debate en nuestro país sobre qué tenemos que hacer para alcanzar esas metas tan ambiciosas".

Restablecer el liderazgo de la OMS implica "superar las enormes

duplicaciones, procesos paralelos de gobernanza y la competencia por los recursos entre la OMS y las numerosas alianzas de actores múltiples en materia de salud mundial; detener la tendencia al deterioro en el financiamiento de los Estados Miembros, y la dominancia y distorsión de las contribuciones voluntarias; consolidar el desarrollo de bienes públicos

mundiales en materia de salud; y situar en la perspectiva correcta la participación de actores no estatales que no supongan un conflicto de interés".

Daniel López Acuña, en el turno de preguntas, hizo alusión a la crisis del sistema internacional de asistencia humanitaria y la urgencia de dar una respuesta decisiva, innovadora y comprometida a este desafío. Las necesidades crecen a ritmos desproporcionados y los recursos disponibles son limitados y cada vez más insuficientes.

#### III CONGRESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE LA OMC

# Denuncian la falta de acceso a los medicamentos esenciales

El III Congreso de Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (OMC), celebrado el pasado mes de febrero en Santiago de Compostela, reunió a cerca de 300 profesionales sanitarios, instituciones y ONG nacionales e internacionales del ámbito de la cooperación. El Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra y responsable de su Oficina de Cooperación, participó en este III Congreso que concluyó con la "Declaración de Santiago" en la que se insta a los Gobiernos a que desarrollen soluciones y medidas efectivas para acabar con la falta de acceso a los medicamentos esenciales, considerado un derecho universal de la humanidad.

Además del acceso a los medicamentos esenciales, se abordaron otros temas como la ética de la cooperación, la seguridad en el terreno, los instrumentos para la cooperación y las crisis humanitarias.

La Declaración, aprobada en el marco de este encuentro, refleja el compromiso permanente de los profesionales por la defensa de los Derechos Humanos y la dignidad de las personas en cualquier parte del mundo, así como la denuncia de desigualdades y graves consecuencias que conllevan para las personas la vulneración de estos derechos y, en concreto, el Derecho



Sesión del III Congreso de Cooperación Internacional de la OMC

El acceso a los medicamentos esenciales está vinculado intrínsecamente al Derecho a la Salud. Sin embargo, cerca de 6 millones de personas fallecen todos los años por falta de acceso a medicamentos esenciales y unos 2.000 millones de personas no tienen acceso a estos fármacos, según cifras de la Organización Mundial de

la Salud (OMS).

#### DECLARACIÓN DE SANTIAGO DE COMPOSTELA



LOS MÉDICOS Y PROFESIONALES SANITARIOS DECLARAMOS:



- 1. Que el acceso a los medicamentos esenciales, aquellos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población y que forman parte de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, se consideren como un derecho universal esencial de la humanidad en cualquier población, como lo es el derecho a la educación, al agua potable o a la seguridad alimentaria.
- Que los Gobiernos deben de tener voluntad política y tomar medidas urgentes para que en cualquier lugar estos medicamentos estén disponibles en todo momento en cantidades suficientes, con garantías de seguridad, efectividad y calidad y a un precio asequible para todas las personas.

- . Que esta realidad forma parte de una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en su Agenda 2030, en el punto dedicado a la salud y bienestar, y, en concreto, el acceso a medicamentos y vacunas de calidad, y constituye también una prioridad para poner fin a la pobreza, las desigualdades y las vulneraciones de los derechos en contra de la dignidad humana.
- 4. La imperiosa necesidad de que las instituciones políticas y sociales potencien protocolos con soporte financiero y acciones logísticas para la distribución de los medicamentos esenciales en todos esos ámbitos.
- 5. Que es urgente una legislación internacional que penalice el tráfico de medicamentos de baja calidad y falsificados, al tiempo que se impulse la creación de industrias locales que aseguren la producción de fármacos básicos de calidad, a precios accesibles y a todas las poblaciones.
- 6. Que, desde el punto de vista ético y deontológico, es preciso luchar con carácter universal y, sin distinción alguna, por la igualdad de los seres humanos, contra el sufrimiento y en defensa de la dignidad de la vida, mediante el acceso a los cuidados de salud y a los medicamentos necesarios para los mismos.

- 7. Que es necesario establecer protocolos y procedimientos que garanticen la seguridad en las acciones humanitarias desde la formación del personal y la acreditación de la titulación a través del Certificado de idoneidad hasta las relaciones con los agentes locales en terreno. Y para que se respete el Derecho Internacional Humanitario, solicitamos a los Gobiernos incentivar, fomentar y financiar equipos de investigación y medidas jurídicas eficientes que permitan acabar con la lacra de la tortura.
- Que la labor de instituciones, ONG, Sanidad Militar, Colegios Oficiales de Médicos y otras profesiones sanitarias, secciones de cooperación de las Sociedades Científicas y comisiones sanitarias, suponen un instrumento de cooperación esencial para fortalecer los sistemas nacionales de salud en los países en desarrollo. Por ello recomendamos, a las administraciones sanitarias y a los gobiernos autónomos, que fomenten y faciliten las acciones de los profesionales sanitarios en nuestro país y se impliquen en el desarrollo y aplicación de la Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado.
- Que la ayuda humanitaria no es la única solución para paliar las grandes crisis humanitarias y que se precisa de una acción internacional firme que ponga fin a estas situaciones.
- 10. La extrema importancia de que todos los colectivos profesionales sanitarios y no sanitarios dejemos latente nuestro compromiso y profesionalidad de servicio a los demás, de ayudar a los más vulnerables, con el propósito de equidad, de justicia social y del derecho a una mejor salud para todos; y este es el objetivo clave de la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC.

#### El Colegio de Médicos participa en la Comisión de Salud de Cooperación al Desarrollo y Acción Humanitaria creada en el SNS-O

#### Será la encargada de establecer criterios de priorización de proyectos

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ha constituido una Comisión multidisciplinar de apoyo a la cooperación al desarrollo y acción humanitaria, que será la encargada de establecer criterios de priorización de proyectos y de análisis de los mismos, de favorecer el intercambio de experiencias, de orientar la conveniencia tanto de proyectos de cooperación como de participación de profesionales, así como actuaciones de formación, asesoría y propuestas de actuación al Sistema Público de Salud navarro para orientar la mejora de sus actuaciones en este ámbito.

El Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra y responsable de su Oficina de Cooperación, forma parte de la citada Comisión que se ha constituido, inicialmente, como un grupo específico del Consejo Navarro de Cooperación al Desarrollo, y es el primer paso para el impulso del proyecto de apoyo del Sistema Público de Salud a la cooperación al desarrollo, acción humanitaria y situaciones de emergencia.

El grupo de trabajo está compuesto por 15 profesionales en activo o jubilados del SNS-O, de los departamentos de Salud y de Derechos Sociales, así como de colegios profesionales, asociaciones, ONGs de Navarra, y centros concertados.

#### Impulso y apoyo a la cooperación

La Comisión de Salud de Cooperación al Desarrollo y Acción Humanitaria es el punto de partida del nuevo proyecto que el Sistema Público de Salud navarro ha puesto en marcha con dos grandes objetivos prioritarios: potenciar y facilitar el apoyo a los proyectos de cooperación al desarrollo, acción humanitaria y emergencia realizados desde las ONGD, organismos internacionales, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), y las administraciones públicas; y fortalecer el programa de cooperación al desarrollo del Gobierno de Navarra mediante la modalidad de asistencia o cooperación técnica, poniendo a su disposición sus capacidades técnicas y profesionales.

La iniciativa pretende, también, sensibilizar y promover la modalidad de asistencia técnica de cooperación internacional al desarrollo en el sector salud; mejorar la capacitación de los profesionales cooperantes; regular y protocolizar la situación laboral de la experiencia en cooperación al desarrollo y en la acción humanitaria de los y las profesionales del sistema de salud, o impulsar las donaciones o aportaciones voluntarias para proyectos de cooperación al desarrollo, entre otras.



El Dr. Alberto Lafuente representa al Colegio de Médicos en la Comisión.



# ¿Médicos de familia en los hospitales?

-¿Quién pregunta eso?

-Yo mismo. Un médico de pueblo.

Me gusta mucho este nombre por lo que implica (ahora me llaman médico de familia, también me gusta, claro).

Trabajo en pueblos desde hace casi 40 años, desde los 23 de edad (un pimpollo, sí...)

Y con gran satisfacción profesional y personal.

Uno hubiera querido también ser arquitecto, escritor, profesor, fotógrafo, músico, periodista y astrónomo.

Pero una sola vida no da para tanto. Necesitaré 7 más ¡Qué bien!

La especialización y la super-especialización han aportado grandes beneficios a los pacientes, sin duda. Es imprescindible acotar los campos de expertos, para ser cada vez mejor y para dominar la alta y asombrosa tecnología disponible.

Mis colegas especialistas lo hacen muy bien. Mi admiración para ellos.

No obstante, cuando un enfermo sufre una enfermedad concreta que precisa atención hospitalaria y especializada, se lleva al hospital todas sus enfermedades y, además, puede tener allí problemas de salud no relacionados con el proceso que le ha llevado al hospital.

Actualmente, estos problemas añadidos se resuelven, en general, con interconsultas a otros especialistas hospitalarios, o con la aportación que cada médico especialista puede hacer (hay muchas especialidades, de diferente amplitud clínica).

Médicos de familia experimentados podrían cumplir la función de consultores de los especialistas, para atender las otras patologías del enfermo (exceptuando obviamente las emergencias u otras), si así lo consideran estos

A demanda de los especialistas que atienden al paciente podrían:

- Resolver o paliar distintos problemas en el mismo paciente, en una única consulta.
  - Dirigir a otro experto los problemas que no pueda resolver.

También otras funciones, naturalmente. Es decir, hacer lo que ya hacemos en nuestras consultas de Atención Primaria. Esto agilizaría la asistencia y descargaría de interconsultas a otros especialistas, que podrían además atender mejor y con más rapidez a quien realmente precisa una interconsulta especializada.

No tengo ni idea de si esto puede parecer bien a alguien o si a otros les puede parecer un disparate. Ni tampoco de cuántos médicos de familia habría que contratar.

¡Qué le vamos a hacer..! Bueno, ya está dicho.



Fdo:

Juan José Longás Arrieta.

Médico de Familia. Centro de Salud de Sangüesa.



Las enfermedades reumáticas afectan a 1 de cada 4 personas de más de 20 años y causan la mitad de las incapacidades laborales permanentes

#### "Existe un gran desconocimiento de la patología que abarca la Reumatología"

#### Desconocimiento y retrasos en la atención

La Dra. Ibáñez, presidenta de SONARE, explica que existe un gran desconocimiento de la patología que abarca la Reumatología, incluso a veces entre profesionales sanitarios. "Una de las principales preocupaciones de los reumatólogos –explica- es precisamente este desconocimiento, que lleva a retrasos en la demanda del paciente de ayuda médica y en la derivación al especialista. Los tratamientos de estas enfermedades han evolucionado mucho en los últimos años y un diagnóstico precoz representa una oportunidad inestimable para el paciente".

Subraya que la Reumatología es la especialidad que trata de las enfermedades del aparato locomotor y de las enfermedades autoinmunes sistémicas que afectan al tejido conectivo. Las enfermedades reumáticas son muy prevalentes, afectando a 1 de cada 4 personas de más de 20 años y causan la mitad de las incapacidades laborales permanentes. Las principales patologías que tratan los reumatólogos son enfermedades inflamatorias como la Artritis Reumatoide, la Artritis Psoriásica, las Espondiloartritis, el Lupus Eritematoso Sistémico, la Esclerodermia, las Miopatías Inflamatorias, las Vasculitis..., y otras entidades no inflamatorias como la Artrosis o la Osteoporosis.

#### **♦**Trini Díaz

Con el fin principal de potenciar la reumatología en Navarra se ha creado la Sociedad Navarra de Reumatología (SONARE), con sede en el Colegio de Médicos de Navarra. Su primera Junta Directiva está presidida por la Dra. Rosario Ibáñez Bosch y la forman, además, el Dr. Eduardo Loza Cortina (vicepresidente), la Dra. Laura Garrido Courel (secretaria) y el Dr. Vicente Aldasoro Cáceres (tesorero).

Una parte importante de la actividad que desarrolla la citada Sociedad está encaminada a mejorar el conocimiento de las enfermedades que trata la Reumatología entre médicos y pacientes. También podrán en marcha actividades para promover la prevención, el estudio y el tratamiento de las enfermedades reumáticas, favorecer la investigación y divulgar los avances de interés en este campo.



▲ Laura Garrido Courel y Rosario Ibáñez Bosch, secretaria y presidenta de SONARE.

#### Ser referente para médicos y pacientes

SONARE ha comenzado su labor docente con un curso dirigido a médicos de Atención Primaria sobre Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas, que se ha celebrado los días 4 y 11 de abril en el Colegio de Médicos.

También consideran de gran interés mejorar el conocimiento de estas patologías entre la población y especialmente entre sus pacientes, por lo que van a organizar, en Mayo, una "Jornada Reumatológica para Pacientes". Todas las actividades tendrán lugar en el Colegio de Médicos de Navarra.

En estos momentos, están además ultimando una página web, que contará con una sección para pacientes donde podrán encontrar información sobre su patología. Durante dos jornadas, celebradas en el Colegio de Médicos, SONARE ha desarollado un curso de actualización para médicos de Primaria. Entre estas patologías, denominadas ERAS, está el Lupus Eritematoso Sistémico, la Esclerodermia, las Miopatías inflamatorias y las distintas vasculitis sistémicas. "Aunque este grupo de enfermedades no son las más prevalentes dentro de las enfermedades reumáticas, tampoco se las puede considerar en su conjunto como enfermedades raras. En Navarra hay varios cientos de personas que las padecen", según SONARE.

Para SONARE "el diagnóstico y tratamiento precoz de estas enfermedades, potencialmente graves, es un factor importante para mejorar su pronóstico" y consideran crucial que el médico de Atención Primaria, que es el primero que atiende al paciente cuando la enfermedad inicia sus manifestaciones, sepa reconocer que está ante una de estas patologías y "le remita al especialista reumatólogo sin más tardanza". Explican que "no siempre lo predominante al inicio son los síntomas articulares, sino que en muchas ocasiones las primeras manifestaciones son generales como fiebre, malestar general o síntomas de otros órganos, como lesiones cutáneas, síntomas respiratorios o neurológicos, por ejemplo. Es por ello que el reconocimiento de que el paciente está iniciando una de estas patologías no siempre es fácil".

SONARE puntualiza que "estas enfermedades se llaman autoinmunes porque en sus mecanismos de producción está involucrado el sistema inmune -el mismo que ha de protegernos frente a infecciones y tumores- que no reconoce adecuadamente lo propio y lo ataca provocando la enfermedad. Se llaman sistémicas porque no solo afectan al aparato locomotor sino a otros órganos o sistemas".



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

# XI Congreso de Medicina de Familia para Estudiantes

Premio a la comunicación titulada "Descripción del conocimiento de primeros auxilios y salud cardiovascular en 901 estudiantes de Educación Secundaria de Navarra"

**♦Idoia Olza** 

El 22 de marzo se celebró el XI Congreso de Medicina de Familia para Estudiantes, organizado por la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (nam-FYC), en la sede del Colegio de Médicos. En esta edición, participaron como docentes trece residentes de Medicina Familia y Comunitaria de las áreas de Pamplona y Tudela, y asistieron 56 alumnos de 4°-6° de Medicina de la Universidad de Navarra. Cada alumno participó en dos talleres de los ocho programados.

El objetivo del Congreso es dar a conocer la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el ámbito universitario, desde un punto de vista práctico. La idea es que los estudiantes conozcan el manejo del paciente de Atención Primaria con los recursos disponibles en la consulta.

Se ofrecieron dos bloques de talleres: uno, sobre situaciones difíciles en el día a día (técnicas para tratar con los pacientes que son "duros de pelar"), Doctor ¿Qué me pasa? casos clínicos, electrocardiografía práctica, y atención a la patología crónica en AP; y el segundo bloque, sobre exploración traumatológica y vendajes funcionales, cirugía menor y suturas, recursos caseros de emergencia, y radiología básica.

En el acto de clausura participaron Sonia Martín, vicepresidenta segunda y tesorera de la namFYC, José Hermida, vicedecano de la Facultad de Medicina, y Santos Induráin, gerente de Atención Primaria.



#### Premio a la mejor comunicación

De las 13 comunicaciones enviadas, el comité científico (formado por cuatro miembros de la Junta de la namFYC) seleccionó cinco para la presentación oral.

En esta edición, el premio a la mejor comunicación oral, dotado con 300 euros, fue para Inés Zugasti Asín, Daria Abasheva, Raquel García Plaza, y Rebeca Peña Zalbidea, autoras de la comunicación titulada "Descripción del conocimiento de primeros auxilios y salud cardiovascular en 901 estudiantes de Educación Secundaria de Navarra".

#### Retos de la formación en salud en Educación Secundaria

El objetivo del trabajo premiado era determinar el conocimiento sobre primeros auxilios y salud cardiovascular en una muestra representativa de estudiantes de Educación Secundaria de Navarra.

Para ello se seleccionaron siete centros educativos. En la muestra final participaron 901 estudiantes: 42% de Bachillerato, 49% de la ESO, y 9% de Formación Profesional y Adultos.

Los participantes rellenaron un cuestionario de 25 preguntas basadas en el Manual de Entrenamiento de Cruz Roja antes de la intervención, dada la ausencia de cuestionarios validados para tal fin. La intervención educativa fue homogénea y consistió en una parte teórica (20 m) seguida de práctica (30 m) mediante casos clínicos simulados: heridas, accidentes de tráfico y traumatismos, intoxicaciones (alcohol y otros), OVACE, HTA e infartos, y RCP.

Los resultados muestran que 316 participantes elegirían el torniquete como primer tratamiento ante un sangrado leve. Ante una parada cardiorrespiratoria, la mitad

sabrían permeabilizar la vía aérea y el 33% iniciaría la RCP sin llamar al 112. El 54% reconocerían la clínica típica de IAM, aunque ante un caso ya diagnosticado, el 90% llamaría al 112. Respecto a la intoxicación etílica, el 46% induciría el vómito, y ante una situación de atragantamiento, el 40% realizaría la maniobra de Heimlich como medida inicial.

Se muestra, por lo tanto, una amplia capacidad de mejora. "Ante heridas, traumatismos y hemorragias destaca la dispersión en las respuestas, y aunque no conllevan compromiso vital, son relevantes por su frecuencia. Menos del 50% sería capaz de llevar a cabo una detección y alertar de un IAM, primera causa de muerte actual a nivel nacional. Y casi la mitad de los estudiantes, induciría el vómito en si-

tuación de intoxicación etílica".

Como conclusión, y a la vista de los resultados, las autoras creen que "es necesario fomentar e integrar la formación en salud en Educación Secundaria de forma sistematizada, sostenible y adaptada a las necesidades poblacionales".

La ganadora de la comunicación, Inés Zugasti Asín, junto con los participantes en la mesa de clausura: José Hermida, vicedecano de la Facultad de Medicina; Santos Induráin, gerente de Atención Primaria; y Sonia Martín, vicepresidenta segunda y tesorera de la namFYC.





Taller del XI Congreso. ▲



### Jornada de Patología Urológica en Atención Primaria

Hiperplasia benigna y cáncer de próstata: muchas veces no se correlaciona el daño y la sintomatología

#### Por el Dr. Manuel Mozota.

El pasado 22 de enero se celebró en el Colegio de Médicos de Navarra una Jornada sobre la patología urinaria en Atención Primaria, organizada por SEMG Navarra, a la que asistieron 56 profesionales para actualizar los conceptos sobre esta materia.

Inició el curso el Dr. Íñigo Fernández Andrés, especialista en Ginecología y Obstetricia en el Complejo Hospitalario de Navarra, que habló sobre la incontinencia urinaria en mujeres, diferenciando la incontinencia de esfuerzo y la de urgencia. Según dijo, es un problema infradiagnosticado, ya que muchas mujeres lo asumen como algo fisiológico. Afirmó que la mayor parte de estos problemas tienen solu-

ción, bien sea por el tratamiento farmacológico, rehabilitador o quirúrgico.

A continuación, el Dr. José Manuel Soriano, de Departamento Médico GSK, explicó los fundamentos de la ecografía vesical y prostática, describiendo los parámetros más importantes en la exploración, y animó a los asistentes a utilizar la ecografía clínica como ayuda importante en la valoración de las diferentes patologías urinarias.

#### Daño y sintomatología

El Dr. Javier Aldave, especialista en Urología del CHN, habló de la importancia del diagnóstico tanto de la hiperplasia benigna de próstata como del cáncer de próstata. Señaló que muchas veces no se correlaciona el daño y la sintomatología.



Javier Aldave, José Manuel Soriano e Íñigo Fernández, ponentes de la Jornada.

Asimismo, describió los diferentes tratamientos médicos y quirúrgicos. Por último, se refirió a la problemática de los pacientes sondados y las posibles soluciones.

Finalmente, la Dra. Ana Puig, médico General y de Familia y, además, vicepresidenta de SMEG Navarra, se refirió a la patología urinaria desde el punto de vista de la Atención Primaria. Advirtió que en muchos casos, aunque limitan la calidad de vida de los pacientes, estas patologías no están diagnosticadas. También repasó los criterios de derivación en hiperplasia benigna de próstata para la Atención Primaria 3.0.

#### IV Congreso de la Asociación de Monitorización Intraquirúrgica Neurofisiológica Española, AMINE

#### Se celebrará en el Colegio de Médicos, del 23 al 25 de mayo de 2019

#### **♦**Trini Díaz

El Colegio de Médicos de Navarra acogerá el IV Congreso de la Asociación de Monitorización Intraquirúrgica Neurofisiológica Española, AMINE, y el IV Curso Avanzado de Monitorización Neurofisiológica Intraoperatoria dedicado a la monitorización de las cirugías de nervio periférico.

Aunque está principalmente dirigido a neurofisiólogos, también tienen cabida otros profesionales interesados en el tema, como neurocirujanos, traumatólogos, anestesistas o personal técnico de enfermería de neurofisiología o de quirófano, explica el Dr. Javier Urriza, neurofisió-

logo del Complejo Hospitalario de Navarra y presidente del Comité Organizador del Congreso.

El Congreso AMINE abordará tanto temas rutinarios del día a día como las últimas novedades de la actualidad neurofisiológica, pasando por talleres muy básicos y con un alto contenido práctico orientados fundamentalmente a las personas que se inician en el quirófano. Expertos de reconocido prestigio nacional e internacional tratarán sobre fisiología de la visión, reflexología en quirófano o escoliosis. Habrá también espacio para la ética, los aspectos legales de la monitorización y la seguridad en el quirófano.

El Dr. Urriza subraya que la Asociación AMINE trabaja en dos líneas básicas: "por un lado, la multiespecialidad como motor del equipo quirúrgico, y por otro, la mejora de la calidad asistencial a nuestros pacientes a través de la presentación en nuestras reuniones tanto de guías de actuación como de las últimas novedades de monitorización".



Entre los asuntos que, en la actualidad, más preocupan a los neurofisiólogos, el Dr. Urriza destaca que "principalmente la formación, ya que no hay una manera establecida mas allá de la formación específica en monitorización que se recibe durante la residencia en la especialidad de Neurofisiología Clínica, salvo algunas becas internacionales de la ISIN. Igualmente, la necesidad de contar con consentimientos informados y con bases legales de responsabilidad. Por último, el desarrollo de nuevas técnicas basadas en el mejor conocimiento de la fisiología".

La celebración del Congreso en Pamplona, que reunirá a unos 200 especialistas, hará visible una especialidad poco conocida y servirá para extender un mensaje a profesionales y sociedad: "Que los neurofisiólogos podemos estar presentes en cualquier cirugía en la que haya posibilidad de daño nervioso intraquirúrgico para poder ayudar a realizar mejores y más seguras cirugías, minimizando el riesgo de lesión neurológica para el paciente. La aportación que podemos hacer es muy importante, ya que disminuímos el riesgo de las secuelas post-quirúrgicas de estas cirugías".

Más información del Congreso e inscripciones en <a href="https://monitorizacionintraoperatoria.com/">https://monitorizacionintraoperatoria.com/</a>



#### NEURÓLOGOS Y PEDIATRAS HABLAN DE SU ESPECIALIDAD A LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

CHARLAS ORGANIZADAS POR EL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Durante el primer trimestre del año, han continuado las charlas organizadas por el Colegio de Médicos, en colaboración con sociedades científicas, con el objetivo de ofrecer a los estudiantes información sobre la formación y el ejercicio profesional en las especialidades que ellos mismos demandan.

A través de sus delegados, los estudiantes realizaron propuestas sobre las especialidades que más les interesan, que trasladaron al Colegio de Médicos. Se organizó una primera charla sobre Urgencias, la especialidad que más inquietudes les despertaba. A continuación, Pediatría y Neurología.

Todas ellas han tenido una destacable respuesta de los alumnos y alumnas de segundo ciclo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

◆Idoia Olza

#### EL ORGULLO DE SER PEDIATRAS. LO PEOR, LAS GUARDIAS.

El pasado 5 de febrero, los estudiantes asistieron a una charla sobre Pediatría, en colaboración con la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE).

En la charla participaron los vocales de ANPE, el Dr. Raimon Pèlach, y la Dra. Noelia Álvarez, y la Dra. Eva Rupérez, pediatra también y socia de ANPE. Los tres hablaron de una especialidad que les apasiona.

El Dr. Pèlach explicó a los estudiantes qué era la Pediatría, sobre todo la Pediatría de Atención Primaria. Reivindicó unas condiciones laborales que ofrezcan estabilidad a los profesionales, más poder de gestión, el acceso al catálogo de pruebas complementarias, y formación e investigación (garantizar el acceso a la formación continuada).

La pediatra Noelia Álvarez expuso cómo es un día en la consulta del centro de salud donde trabaja (ahora en Azagra). Allí atiende consulta de demanda (procesos infecciosos, procesos intercurrentes, control de procesos puntuales, etc), consulta de crónicos (niños con bajo peso, obesidad, asmáticos, hipercolesterolemias, hiper-hipo tiroidismo), y revisiones de salud.

La Dra. Álvarez afirmó que "los niños muchas veces sufren más por mie-



do que por dolor", por ello defiende una buena comunicación con el niño a través de un lenguaje que el niño entienda para que se sienta seguro y confíe en su pediatra.

Por su parte, la Dra. Eva Rupérez, pediatra del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra, reivindicó "la implantación de los cuidados paliativos pediátricos y la mejora en la atención domiciliaria". En su opinión, la Pediatría consiste en "prevenir, acercarse, trabajar en equipo (junto con trabajadores sociales, mediadores, enfermería)

con esta forma de trabajar se consigue que los tratamientos tengan éxito".

También se refirió al hecho de colocar elementos decorativos infantiles, tal y como se ha realizado en las Urgencias de Pediatría del CHN. "No es ninguna ñoñería, todo ello hace que los niños se sientan más cómodos y nos facilita la comunicación con ellos y con sus padres".

Los tres se mostraron orgullosos de ser Pediatras, y también coincidieron en que lo peor de su trabajo eran las guardias en la época de invierno.



#### NEUROLOGÍA: ESCASO PARO Y CONTRATOS MEJORABLES

La Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra acogió, el pasado 12 de marzo, la charla sobre Neurología, en colaboración con la Sociedad Navarra de Neurología.

El Dr. Clavero explicó a los estudiantes cómo está la especialidad en cuanto a salidas profesionales, cómo se organiza la residencia de Neurología, y cuáles son las recomendaciones para la acreditación de las Unidades Docentes de Neurología.

Se refirió a Neurología como una "especialidad muy médica", en la que cada vez hay más tratamientos "aunque pocos curativos", y revindicó la necesidad de incrementar una año más la residencia, de cuatro a cinco años. También habló sobre las guardias en Neurología, que las definió como de "muy intensas", en donde hay que tomar decisiones importantes en muy poco espacio de tiempo.

Sobre las salidas laborales, el neurólogo reconoció que el paro es bajo, pero que los contratos son "claramente mejorables".

En relación al futuro de la Neurología, destacó sobre todo cómo los tratamientos de los últimos años para la esclerosis múltiple y para el Parkinson habían mejorado de forma muy importante la calidad de vida de los pacientes. "No así con las demencias, donde todavía los ensayos no han obtenido buenos resultados", matizó.

Como aspecto duro de esta especialidad, destacó algunas enfermedades como la ELA, "decir a un paciente, muchas veces joven, que tiene la enfermedad resulta muy difícil".

Inés Esparragosa contó su experiencia como residente de Neurología. "Es una de las pocas especialidades en las que se puede diagnosticar solo con la exploración física", afirmó.

Finalmente, los estudiantes hicieron a los dos ponentes varias preguntas sobre la especialidad relacionadas con las guardias, salidas laborales, conciliación familiar, relación con la Neurocirugía, etc.

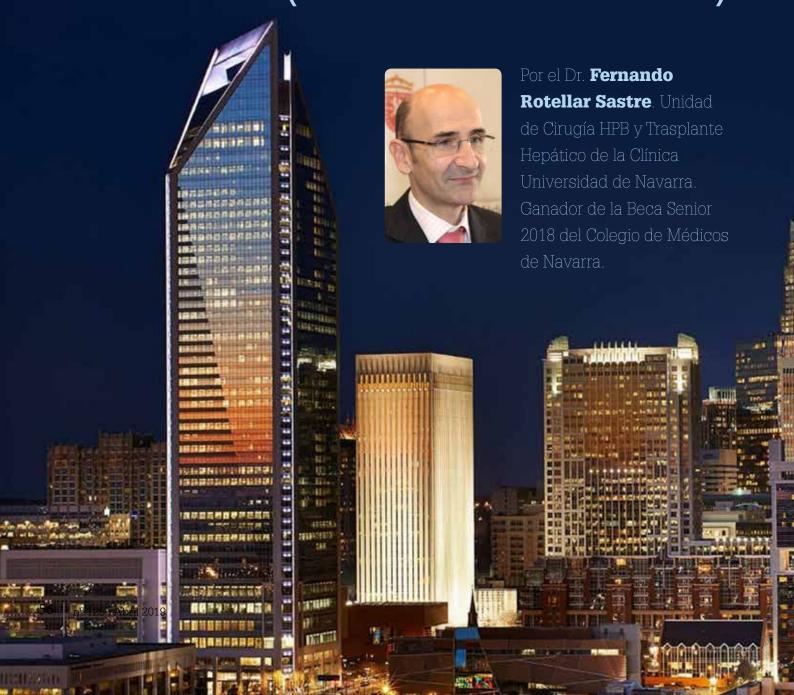


Pedro Clavero e Inés Esparragosa, de la Sociedad Navarra de Neurología.

Estudiantes en la charla sobre Neurología.



# Cirugía robótica hepatobiliopancreática en Charlotte (Carolina del Norte)



#### BECA SENIOR

"La
experiencia,
que ha
superado mis
expectativas,
ha puesto las
bases para el
desarrollo de la
cirugía robótica
en patología
HPB en nuestro
Centro y en
Navarra".

En general, los tumores malignos de hígado, páncreas o vías biliares -ya sean primarios o metastásicos- se caracterizan por presentar un mal pronóstico. Con objeto de diseñar un tratamiento potencialmente curativo. se precisa el concurso de un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales de diversas áreas: cirugía, oncología, radioterapia, digestivo, hepatología, medicina nuclear y radiología convencional e intervencionista entre otros. Por su complejidad, también muchos tumores benignos requieren ser tratados con un abordaje multidisciplinar.

Sin embargo, el factor más determinante para alcanzar el éxito -y único imprescindible para la curación-es lograr una cirugía radical oncológicamente adecuada y de calidad. Para ello es necesario un equipo quirúrgico con experiencia en procedimientos avanzados. Por las características anatómicas del hígado y el páncreas, estas cirugías se encuentran entre las cirugías abdominales de mayor dificultad. Estos órganos muestran una estructura de gran complejidad donde se dan muchas variantes anatómicas. Sobre esta base, la gran variedad de tipos y posibles localizaciones de los tumores hacen que cada procedimiento deba ser diseñado y adecuado a las circunstancias concretas de cada paciente.

#### Cirugía mínimamente invasiva HPB

Es sabido que la cirugía laparoscópica o cirugía mínimamente invasiva ha supuesto la mayor revolución en el mundo de la cirugía en las dos últimas décadas. Su aplicación ha demostrado múltiples beneficios en todos los campos en que se ha ido aplicando de forma progresiva. Dichos beneficios trascienden el aspecto puramente estético, ofreciendo ventajas importantes en términos de seguridad para el paciente: menos sangrado y menores tasas de transfusión, menos dolor, menor riesgo de complicaciones, menor estancia hospitalaria y una más pronta recuperación e incorporación a la actividad habitual.

Dada la complejidad de la cirugía hepatobiliopancreática, éste es el área en que más se ha tardado en introducir el abordaje mínimamente invasivo. Dentro de los procedimientos hepáticos y pancreáticos, cabe distinguir entre cirugías puramente resectivas y aquellas que requieren reconstrucción de estructuras, ya sean vasculares, pancreáticas o biliares (por ejemplo, duodenopancreatectomía cefálica -intervención de whipple-, cirugía del colangiocarcinoma, tumores con invasión vascular...). En el primer grupo (cirugías resectivas), la introducción de la cirugía laparoscópica, aunque lenta, ha sido considerable en los últimos años. En el momento actual el 90% de los procedimientos resectivos hepáticos y pancreáticos en la Cínica Universidad de Navarra se realizan con abordaje laparoscópico con una mediana de estancia hospitalaria de tres días.

Sin embargo, es en los procedimientos que precisan algún tipo de reconstrucción en los que el abordaje laparoscópico se muestra evidentemente limitado, impidiendo su aplicación y privando a los pacientes de las ventajas del abordaje mínimamente invasivo.





Disposición del quirófano durante una intervención. Al fondo, a la izquierda, se observa al cirujano principal en la consola. En el campo quirúrgico únicamente se encuentra la instrumentista.

#### Aplicación cirugía robótica en HPB

Recientemente la cirugía robótica ha irrumpido como una alternativa a los procedimientos laparoscópicos habituales. Entre las ventajas de la cirugía robótica destacan la supresión del temblor, la ergonomía -que disminuye la fatiga del cirujano- y sobre todo, la capacidad de los instrumentos de ser manipulados en los tres planos del espacio (360°). Esto permite una mayor precisión de los gestos quirúrgicos, especialmente en procedimientos complejos, delicados o en localizaciones de difícil acceso. Si bien todos los procedimientos mínimamente invasivos son susceptibles de realizarse mediante robot, es evidente que las mayores ventajas se obtendrían en cirugías complejas y prolongadas. Según se ha comentado, es en pacientes con patología HPB -y especialmente en aquellas patologías que requieran reconstrucción-donde el abordaje robótico puede mostrar de forma más clara sus ventajas. Esta fue la razón fundamental para solicitar la beca Senior del Colegio de Médicos: realizar una estancia formativa en un centro con una unidad HPB de alto volumen especializada en cirugía robótica.

#### El Hospital: Carolinas Medical Center (CMC)

El Hospital CMC es un gran hospital público –institución sin ánimo de lucro– localizado en la ciudad de Charlotte, en Carolina del Norte (EE. UU.). El complejo hospitalario, iniciado en 1943 con el nombre de Charlotte Memorial Hospital, ha experimentado varias expansiones, contando en la actualidad con 874 camas.

Se trata del hospital más grande de la región y ofrece unas instalaciones del más alto nivel mundial con una gama completa de servicios especializados en todas las áreas de la medicina. Con más de 1.100 médicos. el CMC es el único centro de trauma de Nivel I de la región y es también centro de referencia de trasplantes de órganos sólidos: corazón, riñón, páncreas e hígado. Es igualmente uno de los cinco Hospitales Docentes Académicos del Centro Médico de Carolina del Norte, brindando capacitación de residencia a más de 200 médicos en 15 especialidades y ofreciendo sus instalaciones como satélite para la Facultad de Medicina en la Universidad de Carolina del Norte (UNC-Chapel Hill).

También ubicadas en el CMC, se encuentran las oficinas centrales académicas y de investigación del Levine Cancer Institute, Carolinas Rehabilitation y Levine Children's Hospital, este último uno de los mejores hospitales de niños de la nación.

En el momento actual, el CMC continúa su crecimiento con la construcción de un nuevo edificio que permitirá la expansión del instituto de oncología, una de las líneas prioritarias de investigación y asistencia del complejo.

De entre todas las líneas de avance científico y tecnológico del CMC, destaca su apuesta y compromiso por el desarrollo de la cirugía robótica. En este campo fue un centro pionero y uno de los primeros del mundo en instalar una unidad de robot DaVinci para aplicación clínica. En la actualidad dispone de un robot en exclusiva para formación dentro de su Centro de Simulación y hasta diez unidades —de doble consola— para uso clínico en toda su red.

Se ha desarrollado un riguroso programa de formación en cirugía robótica para residentes y fellows, con la puesta en marcha de numerosos estudios de investigación y publicaciones centradas en la curva de aprendizaje y formación robótica.

#### La unidad de Cirugía HPB

La unidad de Cirugía HPB del CMC, dirigida desde el año 2006 por el Dr. David A. lannitti es una de las más avanzadas y activas de todo Estados Unidos. Esta unidad recibe más de 3.000 consultas de pacientes al año por patología pancreática, biliar o hepática. Aproximadamente la mitad de las consultas son por causa tumoral compleja, y reciben tratamiento multidisciplinar de acuerdo a los últimos avances científicos y tecnológicos. Ha sido una unidad pionera en EE. UU. en la utilización de técnicas ablativas -de destrucción local- como la radiofrecuencia, microondas y electroporación irreversible. Sin embargo, en lo que más destaca es en haber desarrollado la aplicación del abordaje mínimamente invasivo en cirugía HPB y particularmente el abordaje robótico del que es referencia mundial.

#### Cirugía robótica HPB en el CMC

Aunque diversos miembros utilizan esta tecnología, es el Dr. John B Martinie el impulsor y referencia de la cirugía robótica en el CMC. Tras completar su residencia en la Universidad de California en San Francisco (UCSF), realizó su especialización en trasplante, incorporándose en 2005 al CMC. Fue precisamente a partir del

año 2006 cuando comenzó a desarrollar la aplicación de la cirugía robótica en patología HPB.

Dada la complejidad de la patología a tratar, estos inicios fueron lentos y no fue hasta el año 2012, tras acumular experiencia en más de 150 casos, en que comenzó a aplicar esta tecnología de forma rutinaria en casos complejos. Este año realizó la primera hepatectomía derecha y la primera intervención de Whipple con robot. El crecimiento desde entonces ha sido exponencial, contando en la actualidad con una experiencia personal de más de 1.000 casos.

#### Mi estancia formativa

La estancia formativa de cuatro semanas de duración tuvo lugar la última semana de junio y tres primeras de julio de 2018. Resulta obligado destacar la hospitalidad y generosidad de todo el equipo y en particular del Dr. John B. Martinie.

La última semana de junio fui invitado a participar en un curso formativo impartido por el Dr. John B. Martinie en el Centro de formación e investigación de Intuitive (compañía que desarrolla y comercializa la tecnología Da Vinci) en Atlanta. Se trata de un curso específico en cirugía HPB con clases teóricas y taller práctico en animal vivo y tejido biosintético.

Las tres semanas posteriores transcurrieron en el CMC. Durante este tiempo se realizaron un importante número de cirugías HPB complejas mediante robot: esplenopancreatectomía distal, duodenopancreatectomía cefálica, pancreato-yeunostomía látero-lateral, ampulectomía transduodenal, extirpación transduodenal de pólipos irresecables por vía endoscópica -patología de la que es centro de referencia-, duodenectomía con reconstrucción yeyunal y reimplante de ampolla, así como resecciones hepáticas menores y una hepatectomía derecha.

Dado que la unidad robótica del quirófano HPB dispone de una doble consola, estas cirugías pude seguirlas desde la consola accesoria, disfrutando de la misma visión tridimensional que el cirujano principal. La experiencia, que ha superado mis expectativas, ha puesto las bases para el desarrollo de la cirugía robótica en patología HPB en nuestro Centro y en la Comunidad de Navarra. Debo finalizar esta memoria agradeciendo al Colegio de Médicos de Navarra su generosidad al convocar -entre otras becas de formación- esta Beca Senior que nos permite a los profesionales de la Comunidad Foral de Navarra realizar estancias formativas para la continua mejora de la asistencia a nuestros pacientes.



Carolinas Medical Center (CMC). Entrada principal.

# Anemia: una enfermedad oculta

#### **Autores:**

- ♦ M. L. Antelo.
- **♦** Alicia Aranguren,
- ♦ Saioa Zalba,
- **♦ Pablo Rodríguez.**

Hematología.

Complejo Hospitalario de
Navarra.

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

"La falta de respuesta al tratamiento sustitutivo adecuado en un paciente con anemia ferropénica es un criterio de consulta y/o derivación al especialista"

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como aquella situación en la que el número de glóbulos rojos o su capacidad de transportar oxígeno no es suficiente para cubrir las necesidades fisiológicas del individuo.

Definición práctica: varones Hb<13 g/dl, mujeres Hb<12 g/dl y gestantes Hb<11 g/dl

La anemia es uno de los problemas más frecuentes de consulta médica. Según datos de la OMS, un 30% de la población mundial presenta anemia, y de ellos, la mitad es por carencia de hierro. En los países desarrollados su incidencia es menor, aunque la edad, el sexo, y otras circunstancias como el consumo de tabaco, nivel socioeconómico o el embarazo también influyen en su desarrollo y prevalencia.

De forma resumida podemos decir que la anemia es el resultado de una o más combinaciones de tres mecanismos básicos: 1) pérdida de sangre, 2) disminución de la producción de los hematíes y 3) exceso en la destrucción de hematíes (hemólisis). De estas 3 condiciones, las pérdidas hemáticas son la causa más frecuente de desarrollo de anemia en los países desarrollados.

La eficacia en el grado de compensación de la anemia y, como consecuencia, los síntomas que provoque en el paciente dependen de una serie de factores, siendo el más importante la velocidad de instauración de la misma.

La edad y el estado cardiovascular del enfermo también van a condicionar los síntomas de anemia (concentraciones bajas de hemoglobina se toleran mejor en el paciente joven que en el anciano, en el que puede coexistir un compromiso de oxigenación miocárdica). Por último, la intensidad en la disminución de la concentración de hemoglobina es el otro factor clásico que condiciona las manifestaciones clínicas en sí mismo: cifras de 6 g/dl de hemoglobina se toleran peor que 8 g/dl, aunque esto pueda verse modificado por otros factores como los anteriormente comentados.

En muchas ocasiones, la anemia puede ser el "primer signo" de otra patología subyacente, como por ejemplo una úlcera gastroduodenal, hiperesplenismo, mioma, celiaquía, cáncer gástrico o colorrectal, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, hemopatías primarias o adquiridas, procesos infecciosos, etc.

Y no sólo eso, sino que además la presencia de anemia es un "marcador" de mal pronóstico de muchas enfermedades e incluso puede ser un factor de "estadiaje" o indicarnos la necesidad de iniciar un tratamiento.

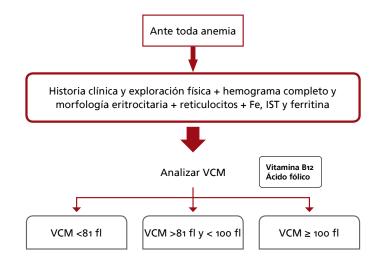
La anemia impacta en el pronóstico y la evolución de múltiples entidades y condiciona la calidad de vida de los pacientes que la padecen, por eso, su incidencia y prevalencia son parámetros que la OMS utiliza como medida global de salud de las poblaciones.

#### Algoritmo diagnóstico

La aproximación diagnostica al paciente con anemia debe realizarse sobre 3 pilares:

- 1. Anamnesis: el médico debe incidir en la identificación de síntomas y signos que, si bien no son patognomónicos, sumados tienen una sensibilidad y especificidad relativamente altas. Se debe recoger siempre información relativa a: raza y antecedentes familiares, dieta, fármacos, antecedentes de cirugía, síntomas neurológicos, pérdidas hemorrágicas, enfermedades de base, etc.
- 2. Exploración física: palidez, ictericia, glositis, hematomas, fragilidad ungueal y caída de cabello, disnea, taquicardia, edemas, parestesias, etc.
- 3. Estudio analítico: hemograma que incluya índices corpusculares y reticulocitos, examen del frotis (morfología en sangre periférica), ferrocinética, niveles de B12 y folatos y perfil bioquímico básico con función renal y hepática. Otras pruebas como la prueba de "Coombs", la eritropoyetina, haptoglobina o la electroforesis de hemoglobinas, es más probable que se soliciten en un segundo tiempo y sólo en casos seleccionados, salvo que los antecedentes o la anamnesis del paciente ya nos hagan sospechar un determinado diagnóstico. Desde un punto de vista etiopatogénico, las anemias pueden clasificarse en dos grandes grupos:
- 1. Anemias arregenerativas o "centrales" (originadas por una disminución en la producción de hematíes). De éstas las más frecuentes son las debidas a déficits y/o trastornos metabólicos que originan anomalías madurativas como déficit de hierro, B12 o folatos.
- 2. Anemias regenerativas o "periféricas" (en las que predomina un aumento de la destrucción o una

pérdida hemática). Las más frecuentes son las originadas por pérdidas hemorrágicas o las ocasionadas por hemólisis de origen extrínseco (prótesis valvulares, microangiopatías, fármacos, hiperesplenismo, etc.).



Desde un punto de vista práctico resulta muy útil clasificar la anemia en función de los parámetros analíticos básicos del hemograma, atendiendo al siguiente esquema: Siguiendo este sencillo algoritmo podemos clasificar la anemia en función del VCM (Volumen Corpuscular Medio) en 3 tipos:

- Anemia microcítica (VCM < 81fl). La causa más frecuente será la anemia ferropénica, aunque también se incluye en este grupo la talasemia y algunas anemias de trastornos crónicos.
  - 2. Anemia normocítica (VCM >81fl y <100fl). Si los reticulocitos están descendidos y la ferritina elevada este patrón es muy sugestivo de la anemia de enfermedades crónicas.
- 3. Anemia macrocítica (VCM > 100fl). La causa más conocida de anemia macrocítica es el déficit de B12 y/o folatos. Las anemias hemolíticas suelen cursar también con macrocitosis, al igual que los síndromes mielodisplásicos.

La combinación del valor del VCM y de los reticulocitos nos va a permitir orientar el diagnóstico de la anemia con mucha certeza. Si además incluimos una ferrocinética completa y niveles de B12 y folatos podremos identificar el origen de la anemia en un porcentaje muy elevado de casos.

#### Principios generales de tratamiento

La anemia es un trastorno muy prevalente que impacta de forma significativa en la calidad de vida y en el pronóstico de muchas patologías por lo que un diagnóstico precoz y un manejo adecuado son cruciales.

El tratamiento será diferente según el tipo de anemia y va a depender de la etiología. Así, en el caso de los déficits nutricionales (hierro, B12 o folatos) el tratamiento será la administración del hematínico deficitario, mientras que en la anemia de procesos crónicos, el factor clave será el tratamiento de la enfermedad de base.

La transfusión sanguínea sólo va a aportar un beneficio puntual en caso de hemorragia aguda que afecte al estado hemodinámico del paciente, o en aquellas anemias refractarias al tratamiento con hematínicos. El paciente con anemia crónica asintomática no debe ser transfundido. El uso de la transfusión de concentrados de hematíes se indica en pacientes sintomáticos, con anemia progresiva y en los que los beneficios esperados justifiquen los riesgos de toda transfusión de hemoderivados.

"Un 30% de la población

"La anemia impacta de forma significativa en la calidad de vida y en el pronóstico de muchas patologías por lo que un diagnóstico precoz y un manejo adecuado son cruciales"

#### Manejo de los tipos más frecuentes de anemia

#### A) Ferropenia

La ferropenia es un "signo de alarma" que permite el diagnóstico precoz de las neoplasias potencialmente curables del tubo digestivo. Es importante agotar todos los medios diagnósticos para identificar el origen de la anemia en estos pacientes.

Por otro lado, se ha comprobado que la ferropenia "per se" es un factor que impacta negativamente en pacientes con otras patologías, siendo especialmente susceptible la población de pacientes con insuficiencia cardíaca, por lo que debe corregirse siempre que sea posible aún en ausencia de anemia.

Antes de iniciar ferroterapia en cualquier paciente se recomienda solicitar una analítica que incluya: VSG, proteinograma, inmunoglobulinas, perfil tiroideo; niveles de vitamina B12 y folatos; perfil de celiaquía (Acs anti-endomisio) y test de sangre oculta en heces.

Si detectamos ferropenia sin anemia y con resto de parámetros hematológicos normales, se recomienda administrar tratamiento con hierro oral durante un mínimo de 3 meses, preferiblemente en forma de sulfato ferroso 100mgr (de elección por el coste y seguridad) y repetir perfil férrico en 4 meses.





Si lo que detectamos es la presencia de ferropenia asociada con anemia, debemos decidir el tratamiento según nivel de hemoglobina y la tolerancia clínica del paciente. En general, si la cifra de Hb es superior a 10gr/dL se recomienda seguir el mismo esquema de tratamiento que en el caso anterior. En cambio, si los niveles de Hb son inferiores a 10gr/dL se debe aumentar la pauta de tratamiento sustitutivo con hierro oral a 1cp/12h.

La respuesta al tratamiento con hierro oral suele producirse a los 10 días, observándose un incremento claro de los reticulocitos, y en general la Hb sube aproximadamente 1gr/dL en 2 semanas. Una adecuada respuesta precoz (10-15 días) es predictiva de éxito.

No obstante, existen algunos inconvenientes del tratamiento sustitutivo con hierro oral que se resumen en:

- Efecto lento: Más de 4 meses para llenar depósitos.
- La absorción intestinal está influida por muchos fármacos (ej: levotiroxina, antiácidos como los inhibidores de la bomba de protones, etc).
- Produce dispepsia gástrica a los 30-60 min y/o diarrea/estreñimiento que son dosis y paciente dependientes.
- Se dificulta su absorción si hay inflamación.

Por ello hay una serie de circunstancias en las que debemos plantear la administración de hierro intravenoso:

- Intolerancia o contraindicación al hierro oral
- Falta de adherencia al tratamiento oral.
- Mala absorción intestinal.
- Pérdidas persistentes de sangre.
- Déficit funcional de hierro.
- Necesidad de recuperación rápida.

En casos de mala o nula respuesta, estaremos ante lo que se ha definido bajo el concepto de "IRIDA" (Iron Refractory Iron Deficiency Anemia) o anemia ferropénica refractaria.

Esta situación se define como la falta de respuesta al tratamiento con hierro, con una dosis de al menos 100 mg de hierro elemental al día, después de 4-6 semanas de terapia. O bien un aumento de hemoglobina menor de 1,0 g/dL después de 2 meses de tratamiento.

En estos casos deberemos plantearnos la posibilidad de que el paciente se encuentre ante alguna de las siguientes situaciones:

- Anemia de origen mixto: concurrencia de ferropenia + otro déficit nutricional, síndrome malabsortivo (siendo muy típica la asociación con el H. pylori), insuficiencia renal, etc.
- 2. Persistencia de la causa (metrorragias).

La falta de respuesta al tratamiento sustitutivo adecuado en un paciente con anemia ferropénica es un criterio de consulta y/o derivación al especialista.

Si lo que
detectamos
es la presencia de
ferropenia asociada con
anemia, debemos decidir
el tratamiento según nivel
de hemoglobina y la
tolerancia clínica del
paciente.

#### B) Anemia Megaloblástica

La causa más frecuente de anemia megaloblástica son los déficits nutricionales, alcoholismo y el síndrome malabsortivo. Los niveles subóptimos de vit. B12 son más prevalentes y aumentan con la edad. En general, estas situaciones se deben a sobrecrecimiento bacteriano, gastritis crónicas, interacciones farmacológicas, gastrectomías o dietas vegetarianas estrictas. La anemia perniciosa por déficit de cobalamina causada por déficit de factor intrínseco es infrecuente.

En la mayoría de los casos la vía oral es efectiva y suficiente para el tratamiento, pero si no es así se debe administrar cobalamina vía IM, siendo la duración del tratamiento variable en función de la causa.

La prevalencia del déficit de fólico está aumentada en ancianos, pero sobre todo en alcohólicos con hepatopatía.

Hay que recordar
que el fólico puede
corregir la anemia por
déficit de vit. B12, pero no
los trastornos neurológicos
por su déficit. Si hay dudas es
mejor que el paciente reciba
ambos suplementos
hematínicos.

Las demandas están aumentadas en el embarazo, la hemólisis crónica, hemodiálisis y tratamiento con algunos fármacos como el metotrexato. La dosis diaria recomendada para el tratamiento son 5 mg al menos durante 4 meses.

#### C) Anemia de trastornos crónicos o anemia inflamatoria "clásica"

Hay multitud de procesos que pueden originar una anemia inflamatoria crónica. Los más relevantes son los trastornos inflamatorios crónicos (colagenosis como LES, sarcoidosis, etc), infecciones crónicas, neoplasias, grandes quemados, úlceras cutáneas tórpidas, etc. La fisiopatología de esta entidad es multifactorial siendo crucial la intervención del sistema mononuclear fagocítico. La evaluación de la anemia normocítica es la más difícil de realizar, ya que las anemias que clásicamente cursan con micro o macrocitosis pueden cursar también con un VCM normal, especialmente en sus estadios iniciales o cuando existe una asociación entre ellas. El recuento reticulocitario y el frotis de sangre periférica son claves, así como el perfil férrico y la investigación de patología de otros órganos. En el caso de que sea hipo-arregenerativa, se deben descartar fundamentalmente los procesos que cursan con fallo medular y los trastornos crónicos, mientras que en las regenerativas es necesario descartar la hemorragia aguda, el secuestro o la hemólisis.

#### Criterios de derivación al especialista

 Pacientes con cualquier tipo de anemia y con Hb < 8,5-9 g/ dl y/o comorbilidades graves con compromiso clínico se deben remitir a consulta especializada para su valoran.

- Si anemia ferropénica → posible candidato a tratamiento con hierro ev.
- Si IC y/o insuficiencia renal → valorar tratamiento con EPO vs. Soporte transfusional +/- hierro ev.
- 2. Pacientes cuyo estudio inicial no sea concluyente o que presentan alteración de más de una línea hematopoyética y se requiera la realización de un aspirado medular.
- 3. Gestantes en 2°-3er trimestre de gestación con anemia <9 gr/dL.



ción.



"La Administración sobrecarga intencionadamente a los médicos hasta el agotamiento"



cumento «Profesión Médica, Profesional Médico, Profesionalismo Médico». En él se definió la Profesión Médica como "ocupación basada en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio". Para ello se requiere garantizar la producción, el uso y la transmisión del conocimiento científico, la mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible, la aplicación del conocimiento de forma ética y competente, y que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad.

Ejercer la medicina es una labor difícil y exige una dedicación completa. Continuamos siendo médicos aún después de colgar la bata al final de la jornada laboral. En nuestro trabajo vocacional subyace el compromiso con la comunidad y la satisfacción de poder ayudar a los demás. Pero esta misma entrega es utilizada por la Administración, en su beneficio, para aumentar las cargas, reducir nuestros derechos y nuestra capacidad de decisión.

En cada cita con las urnas las promesas que los partidos realizan sobre las mejoras en Salud son un arma que, legislatura tras legislatura, utilizan para captar votos y obtener resultados electorales inmediatos. A medio y largo plazo resulta que esos compromisos no se ponen en práctica, bien por falta de interés real o por falta de capacidad de los gestores, con lo que los problemas se agravan y perpetúan para perjuicio de la atención a la población.

Dado que no disponemos de un presupuesto sanitario ilimitado, aunque Navarra sea una comunidad rica y en los últimos años haya mejorado los fondos destinados a Salud, es imprescindible hacer un cambio en la planificación sanitaria diseñada con la vista puesta en el futuro, y no en las elecciones próximas, para asegurar la sostenibilidad del sistema. Y debemos tener en cuenta que el médico es uno de los elementos centrales sobre el que pivota el sistema y que maltratarlo acaba repercutiendo gravemente en todos los niveles asistenciales.

Desde hace tiempo el Sindicato Médico de Navarra viene denunciando el empeoramiento de las condiciones laborales de los facultativos, que podemos agruparlas en tres grandes bloques. En el primero estaría el exceso de cargas de trabajo; en el segundo la pérdida retributiva, tanto en relación a otros trabajadores del SNS-O como de compañeros de otras autonomías; y en el último la pérdida de liderazgo.

#### PUNTO DE VISTA

#### Indicadores de exceso de trabajo alarmantes

En relación a la sobrecarga laboral decir que, por mucho que el Departamento de Salud se obstine en lo contrario, es ya una evidencia innegable y lo demuestran los informes realizados por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Los indicadores de exceso de trabajo son alarmantes. Muestran situaciones de "burn out" que implican un riesgo de enfermar de los profesionales y de disminución de la calidad en la prestación asistencial. A pesar de que el Sindicato Mé-

dico de Navarra ha comunicado esto a las diferentes Direcciones del SNS-O por diversas vías, no hemos tenido una respuesta satisfactoria, por lo que nos hemos visto abocados a presentar una denuncia ante la Inspección de Trabajo.

Lo importante no parece que sea atender bien a los pacientes, ¡lo importante es que consigamos ver muchos! Reducir las listas de espera a cualquier precio es el objetivo prioritario. "Estamos cansados de ver como los problemas de los médicos han sido



#### Pésimas retribuciones

Que la Administración sobrecarga intencionadamente a los médicos hasta el agotamiento es tan cierto como afirmar que los médicos en Navarra estamos pésimamente retribuidos.

Aunque parece que solo a partir del año 2010 arrancan nuestros males económicos, la merma retributiva comienza el siglo pasado con las transferencias sanitarias y la homologación. Mientras a los médicos se nos aplicaba la carrera profesional (de la que solo se benefició inicialmente el 50% del colectivo), al resto de estamentos se les concedía, subidas directas y universales, que oscilaban entre el 29% para el nivel E y hasta el 27% para el B. Esta subida nos pasó de largo.

En el año 2003 el Parlamento de Navarra decidió aplicar un incremento salarial para todos los trabajadores del SNS-O. Se subió un 1% al nivel E y un 8% al resto de niveles, salvo al A que no percibió ni un céntimo. Esta subida también nos pasó de largo.

En aquel momento los médicos navarros ya éramos los peor pagados de España, mientras que el resto de estamentos se encontraban entre los segundos mejor pagados (enfermería y administrativos) y los cuartos (celadores y TCAEs) del Estado. Y faltaba todavía por llegar la carrera profesional de enfermería, que en el año 2008 disparó al alza su nivel retributivo.

En 2010 la crisis económica precipitó una serie de medidas para reducir el gasto de la Administración. Dentro de los márgenes que determinó el Estado (5% de reducción retributiva media), las distintas comunidades autónomas diseñaron unos recortes a la medida de sus intereses políticos. En Navarra se redujo el sueldo de forma proporcional al nivel de ingresos, no lineal. El nivel A perdió un 6,7% (los MIR solo un 4,5% gracias a la acción sindical del SMN) mientras que el nivel E vio reducidos sus ingresos en un 0,24%. Un médico perdió más de 1800€/año, mientras que para un trabajador del nivel E, tras la subida del IPC (0,3%), los "recortes" supusieron un incremento retributivo de 8€ ya en el mismo 2010.

A esta merma desproporcionada se sumó la decisión de la Administración Foral de no aplicar el pactado aumento del 8% en la hora de guardia. Esta medida en particular castigó todavía más a los médicos que, de nuevo, nos vimos perjudicados frente al resto de trabajadores del SNS-O.

Tras la aplicación de los "recortes", el Sindicato Médico de Navarra, avanzó en una circular premonitoria que "no cabe duda que los médicos somos los grandes perjudicados [... por los recortes...]. Además, no se nos escapa que la recuperación de esta pérdida salarial (si es que algún día la conseguimos) puede no ser proporcional, sino que se nos suba el sueldo a "TODOS" el 1% o el 2%,...por ejemplo".

Y tal y como nosotros habíamos predicho la devolución de los recortes salariales se está realizando de forma lineal a todos los estamentos. Ahora vemos asombrados como los médicos (y el resto de profesionales del nivel A) somos los únicos que aún no hemos recuperado los descuentos de 2010. El Gobierno de Navarra pudo equilibrar la balanza y resolver la discriminación si hubiera repartido los fondos adicionales (11 millones de euros) entre los trabajadores más perjudicados. Pero no fue así. Decidió asignarlos mayoritariamente a los niveles D y E en una decisión política absolutamente injusta.

La noticia reciente de que los altos cargos de la Administración han decidido subir su sueldo en un 15% de forma vitalicia tras el cese, no hace sino profundizar, todavía más, la indignación de un colectivo médico maltratado. Nuestros gestores consideran que una subida del 14,5% para los médicos de Navarra, que nos equipararía en retribución con los compañeros del País Vasco, es inaceptable y desproporcionada. En cambio aprueban sin rubor un aumento del sueldo para ellos mismos del 15%.

En resumen: los médicos de Navarra hemos sido discriminados selectiva e intencionadamente por los sucesivos gobiernos hasta llegar a una situación salarial escandalosa.

"Los médicos de Navarra hemos sido discriminados selectiva e intencionadamente por los sucesivos gobiernos"

#### PUNTO DE VISTA

SINDICATO MÉDICO

DE NAVARRA

#### ¡Hasta aquí hemos llegado!

De la misma forma que han minado nuestros ingresos, también intentan destruir el liderazgo que nos corresponde como elemento principal de la Atención Sanitaria.

En estos años (y no solo en esta legislatura) asistimos al lamentable espectáculo de los desmanes en las contrataciones perfiladas, de la manipulación de las convocatorias de las jefaturas asistenciales, del ascenso a puestos de gestión de personal de otros estamentos que ahora deciden sobre la actividad médica, a la discriminación de los jefes asistenciales (en dedicación y retribución) frente a las jefaturas no asistenciales de reciente creación y, en fin, al desarrollo de una política que claramente persique desproveer al facultativo de su decisivo

papel en la organización y en la toma de decisiones de la Sanidad Navarra.

Pero lo que probablemente más nos afecta es la incapacidad de las sucesivas Administraciones para establecer cauces de comunicación, líneas de trabajo con objetivos y plazos definidos y voluntad clara de solucionar los problemas, más allá de las buenas palabras y los eternos e inoperantes grupos de trabajo.

Recordemos que el Código Deontológico de la OMC nos obliga a denunciar "la falta de condiciones que nos permitan actuar con independencia y garantía de calidad".

Eso es lo que hemos hecho con esta huelga. Estamos cansados de ver como los problemas de los médicos han sido ignorados y relegados una y otra vez. No podemos quedarnos callados cuando asistimos a un deterioro del sistema que comienza a afectar a nuestra salud y a nuestros pacientes, y viendo como el trato discriminatorio al médico recibe el respaldo gubernamental. ¡Hasta aquí hemos llegado! Una huelga médica, en esta situación, era la única alternativa aceptable.

"No podemos quedarnos callados cuando asistimos a un deterioro del sistema que comienza a afectar a nuestra salud y a nuestros pacientes"



# CONTIGO ME ATREVO A TODO...



#### PACIENTES



# AMIMET, atención integral para personas con discapacidad en la Ribera



#### Asociación de personas con discapacidad de la Ribera Navarra (AMIMET)

Polígono Industrial Municipal Vial C 13 Tudela y C/ Melchor Enrico Comediógrafo 2 Teléfonos: 948 848 402 948 410 100 www.amimet.com

AMIMET atiende a personas con diferentes discapacidades, tanto discapacidad física como psíquica, intelectual o sensorial. Actualmente tiene 422 socios/as, 313 con discapacidad. Además, un centenar de personas son atendidas por el Servicio de Orientación Laboral, de las que 60 han iniciado itinerarios de orientación y formación para encontrar un empleo

Creada en 1978 con el objetivo de lograr la plena integración social de las personas con discapacidad de La Ribera, basada en su autonomía personal y en el cumplimiento de sus derechos básicos. Para ello, la asociación ofrece a las personas con discapacidad de la Ribera los siguientes servicios:

- Servicio de acogida y orientación
- Servicio de atención social individualizada con la Trabajadora Social
- Servicio de Transporte Adaptado
- Servicio de Mediacion en Dependencia
- Programa de salud
- Programa de ocio y tiempo libre
- Programa de conciliación y respiro familiar
- Programa de concienciación y sensibilización
- Club deportivo filial
- Voluntariado
- Servicio de igualdad
- Servicio de Orientación Laboral

#### "Trabajar es la mejor terapia para sentirse útil y demostrar sus capacidades"

#### Más de 800 personas con discapacidad han pasado por el centro de empleo CANRASO

Un grupo de personas con discapacidad física de diferentes localidades de la Ribera se reunían en marzo de 1979 en un local de Fustiñana para compartir sus inquietudes y buscar soluciones a una realidad de su día a día: se encontraban más obstáculos que el resto de personas con discapacidad por el hecho de vivir en la Ribera, principalmente en cuestiones como la accesibilidad, el empleo o el tiempo libre.

De esta forma nació AMIMET, **Asociación de personas con discapacidad de la Ribera**, organización que años más tarde se trasladó a Tudela para iniciar una trayectoria de 40 años, con el mismo objetivo: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, defender sus derechos y eliminar esos obstáculos que se encuentran en su día a día, tanto por tener discapacidad como por vivir en La Ribera.

"En La Ribera las personas con discapacidad están doblemente discriminadas. Además de los obstáculos que se encuentran por tener discapacidad o una enfermedad crónica, viven en una zona rural, donde los recursos dirigidos a este colectivo son menores y además tienen muchos más problemas para acceder a ellos por un importante problema de transporte adaptado. Es decir, lo tienen un poquito más complicado para lograr una integración social plena, y desde la asociación intentamos que lo tengan un poquito más fácil", explica Margarita Sánchez, directora general de AMIMET.



Para ello, la asociación ofrece un amplio abanico de servicios que ha ido creciendo con los años, tanto en número como en destinatarios. De esta forma, en un inicio la asociación se dirigía a personas con discapacidad física en ámbitos como el ocio y el fomento de la accesibilidad, con actividades de tiempo libre y el servicio de una furgoneta adaptado.

Posteriormente, ha ido abarcando otros ámbitos de la vida de una personas con discapacidad con distintos servicios: apoyo en la tramitación de prestaciones y recursos, préstamos de ayudas técnicas como camas articuladas, muletas, talleres de alimentación saludable, mindfulness, sesiones de psicología, actividades deportivas, programa de sensibilización escolar, respiro familiar para personas cuidadoras. "Las asociaciones tenemos que intentar un abordaje multidisciplinar para lograr una mejor calidad de vida de las personas con discapacidad y enfermedades crónicas que llaman a nuestra puerta", explica Margarita Sánchez.

#### **MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA**

En salud, AMIMET intenta mejorar la calidad de vida de las personas asociadas a través del fomento de los hábitos de vida saludables, así como ofrecer un servicio multidisciplinar formado por fisioterapia, logopedia y psicología para mejorar el estado físico y psicológico de las personas con discapacidad asociadas, así como de sus familiares.

Un amplio abanico de servicios que no ha dejado atrás las actividades de ocio inclusivo, el germen de la asociación. "El ocio es mucho más que unas actividades lúdicas con las que pasar el rato. Creemos en el ocio como un derecho de las personas con discapacidad, como una parte esencial de su vida y como una manera de fomentar sus aptitudes y sus relaciones sociales. Además, la participación de las personas con discapacidad en actividades inclusivas son una forma de demostrar a la sociedad que una persona con discapacidad, por ejemplo una persona usuaria de silla de ruedas, puede realizar cualquier actividad, aunque necesite una pequeña adaptación para ello".

Todo un trabajo que se completa con distintas actividades de sensibilización como campañas, actividades como la Carrera Popular de AMIMET, pionera en Navarra en los cross solidarios, y visitas periódicas a las escuelas de toda La Ribera. "Queremos llegar a las personas con discapacidad de las distintas localidades de La Ribera para animarles a conocer AMIMET y los servicios que podemos ofrecerles, así como concienciar al resto de la población de que la discapacidad no nos puede dejar fuera de la vida social de nuestra localidad".



#### **MUCHO MÁS QUE TRABAJO**

El empleo es mucho más que una forma de ganarse la vida. En las personas con discapacidad supone una puerta para lograr su independencia familiar, una mayor autonomía y sobre todo una mayor autoestima. Porque trabajar es la mejor terapia para sentirse útil y demostrar al resto de personas las capacidades de una persona con discapacidad

Por ello, hace ya tres décadas AMIMET puso en marcha el centro de empleo CANRASO para favorecer el empleo de las personas con discapacidad. "Nuestro principal objetivo es ofrecer una oportunidad laboral a todas esas personas con discapacidad que lo tienen más difícil para encontrar un trabajo. El Centro Especial de Empleo es para muchas personas su primer contacto con el mundo laboral, en algunos casos el único", explica Margarita Sánchez, directora general de la asociación, quien destaca que más de 800 personas con discapacidad ya han pasado por el centro de empleo.





#### CAMPAMENTO ALLOZ

Para niños entre 7 y 14 años.

Lugar: Pantano de Alloz.

Fechas disponibles: Del 21 al 26 de julio Del 18 al 23 de agosto

La estancia puede ser

Completa: precio 320€

Residencial: precio 210€

\*Residencial: de 9 a 19h

Ambas opciones incluyen seguro.

#### **CAMPAMENTO URBANO**

Más información próximamente en nuestra web verano.clencollege.es



INSCRIPCIÓN A CAMPAMENTOS ONLINE inscripcionverano.clencollege.es

#### **CURSOS INTENSIVOS CAMBRIDGE**

EXAMEN	FECHAS	HORARIOS	LUGAR	PRECIO
FCE	15/07-21/08	PRÓXIMAMENTE	ROCHAPEA COLEGIO DE MÉDICOS MENDEBALDEA	PRÓXIMAMENTE
CAE	15/07-21/08	PRÓXIMAMENTE	ROCHAPEA COLEGIO DE MÉDICOS MENDEBALDEA	PRÓXIMAMENTE
CAE	29/07-06/09	PRÓXIMAMENTE	ROCHAPEA COLEGIO DE MÉDICOS MENDEBALDEA	PRÓXIMAMENTE

15% de descuento para médicos e hijos de médicos

#### **ACTIVIDADES DE VERANO**

#### **ADULTOS Y ADOLESCENTES**

verano.clencollege.es



#### Clases de conversación

Inglés, francés, alemán y chino. Fechas disponibles desde mitad de julio a principios de septiembre. **Descuentos del 50% para médicos e hijos de médicos.** 



#### Recuperaciones

Clases para adolescentes.
Fechas disponibles en agosto
y principios de septiembre.
Descuentos del 50% para
médicos e hijos de médicos.



#### Exámenes EOI

Preparación de Exámenes EOI para adultos o adolescentes. Fechas disponibles en agosto. Descuentos del 50% para médicos e hijos de médicos.



#### Cursos de Verano

Cursos para adultos.Idiomas disponibles. Inglés, francés, alemán y chino. Fechas desde mitad de julio a principios de septiembre. Descuentos del 50% para médicos e hijos de médicos.



### CURSOS INTENSIVOS de francés del 23 AL 26 DE ABRIL

#### **GRUPO JUNIOR**

Niveles **B1 y B2** Horario de 9h a 12h

PRECIO 179€

#### **GRUPO ADULTOS**

Niveles B2 y C1 Horario de 18h a 21h

LUGAR Colegio de Médicos

INSCRIPCIÓN ONLINE www.clencollege.es/frances/



DESCUENTO DEL 50% PARA MÉDICOS E HIJOS



# Más **rentabilidad** para el ahorro familiar a medio y largo plazo

# PSN Ahorro Garantizado M.A.S VM ofrece ahora un 2%

ctualmente el mercado está marcado por la búsqueda de solvencia, una cuestión en la que no parece que el futuro vaya a ser muy esperanzador. Por su parte, las pensiones públicas atraviesan una etapa difícil y, por el momento no hay consenso para encontrar una solución que las garantice en el futuro. Es por ello que el ahorro cobra cada vez más importancia, esté destinado a la jubilación o no. En cuestión de previsión, España no está precisamente a la cabeza de los países europeos. Según Unespa, mientras que el promedio histórico del esfuerzo de los hogares en adquisición de ahorro-previsión se sitúa por encima del 8% en países como Suecia, Holanda o Reino Unido, en España apenas llegamos al 2%. Los ciudadanos españoles no tenemos por costumbre plantearnos qué hacer con nuestros ahorros y mucho menos intentar que estos crezcan. Pero tener dinero ahorrado puede no ser inteligente si simplemente se almacena.

Por ello, PSN centra su esfuerzo en crear productos que ayuden a los mutualistas a hacer crecer sus ahorros de manera que puedan garantizar su futuro. Uno de los seguros de ahorro mas importantes para la Entidad es el Seguro de Ahorro Garantizado M.A.S Valor de Mercado (VM). Se trata de un producto tradicional que nació fruto de la preocupación de la Entidad por fomentar el ahorro, aun cuando esto no suponía un problema social. Este seguro ofrece un interés técnico garantizado del 2%, un porcentaje que PSN ha aumentado recientemente para ofrecer más rentabilidad en un entorno en el que los tipos de interés rozan los mínimos. De este modo, se constata el compromiso que la Mutua tiene para ser motor del ahorro de las familias.

Este producto de ahorro a medio-largo plazo, permite una duración entre los 5 años como mínimo y los 20 como máximo. No obstante, si el mutualista quisiera rescatar su



dinero, la rentabilidad quedaría sujeta al valor que tuviera el mercado de ese momento. Además, PSN Ahorro Garantizado M.A.S VM incluye Participación en Beneficios, una interesante característica que le permite acceder a una rentabilidad extra por encima del interés técnico que garantiza el contrato. Se trata de los rendimientos que generan las inversiones de PSN y que revertimos directamente en los mutualistas, de manera que se consigue un producto más competitivo y favorable a sus intereses.

Por otro lado, en caso de fallecimiento, el seguro devuelve las aportaciones netas revalorizadas al tipo de interés técnico garantizado establecido en las Condiciones Particulares del contrato si así se hubiera contratado. Esto hace que, además de ser un seguro de ahorro, suponga una garantía de Vida ya que los familiares o personas designadas por el titular del seguro, recibirían el capital aportado si a este le sucediera algo.

#### El **Restaurante El Colegio** se estrena con éxito en la XXI Semana del Pincho de Navarra

#### Semifinalista con su pincho Nafarkumea



Por primera vez, el Restaurante El Colegio participó en la XXI Semana del Pincho. En esta edición compitieron 63 locales. El pincho del Restaurante El Colegio, que llevaba el título de Nafarkumea, logró pasar a semifinales. Todo un éxito.

La Semana del Pincho se ha convertido en el evento gastronómico más importante de Navarra. Se estima que unas 40.000 personas han saboreado las elaboraciones de 63 establecimientos navarros.

De los 63 participantes, 24 -uno de ellos el pincho del Restaurante El Colegio- pasaron a las semifinales. A su vez, de este grupo salió una terna de ocho finalistas, de entre los que se escogió a los tres ganadores. Como miembros del jurado final participaron, entre otros, Koldo Rodero, del restaurante Rodero de Pamplona; José Luque, del Hotel Palace de Madrid; David Rodríguez, del restaurante Danako de Irún; y Juan Antonio Gómez, del restaurante Villa Lucía de Laguardia.

Una de las principales novedades de esta XXI edición de la Semana del Pincho consistía en que, por primera vez, las dos últimas rondas del concurso se retransmitieron a través de internet, en concreto en el canal de YouTube de '123 tvemos otra vez'.

El evento, que está organizado por la Asociación de Turismo y la Asociación de Hostelería y Turismo de Navarra, cuenta con la colaboración de la Cooperativa de Hostelería de Navarra, la Asociación de Hostelería de Navarra, las bodegas Marco Real, Amstel Oro, Aceites Sandua, Caixabank, Inoxamedida y Navarfest.



La Asociación de Hostelería y Turismo de Navarra editó 27.000 ejemplares de una guía en la que se relacionan los establecimientos y el nombre de los pinchos concursantes. Los bares y restaurantes se colocan por orden de cercanía geográfica a fin de que quienes fueran a degustar los pinchos pudieran crearse sus propias rutas.

La presidenta de la Asociación de Hostelería, Ana Beriáin Apesteguía, quiso poner en valor, durante la presentación del evento, la buena salud de la Semana del Pincho, que este año supera las dos décadas de vida. En especial, Beriain subrayó que esta cita gastronómica ha ganado fuerza en la atracción de "turistas nacionales y también extranjeros".

#### **Ganadores**

El bar Baserri Berri de Pamplona obtuvo el Premio Oro Asociación de Hostelería y Turismo de Navarra por su pincho denominado «Resakwich revolotum re-CenoZ». El Premio Plata fue para el Iruñazarra, de Pamplona, por el pincho «Patacon.con» y el Premio Bronce, para Nuevo Hostaf, de Tafalla, por el pincho «Ayer y hoy».

Por otro lado, el Premio Marco Real al Servicio y Tratamiento del Vino fue para Bistrot Catedral, de Pamplona, y el Premio Marco Real al «Maridaje» recayó en el Café Iruña, de Pamplona, por su pincho «Galleta de pimientos de cristal de Puente La Reina con ajoarriero».





# La receta TERRAZA T del Chef SANFERMINES 79

#### Pincho NAFARKUMEA

Tosta de Pan de Castaña con Tiradillo de Cordero, crema celeri, migas de lechezuelas y crujiente de trigo

#### Receta del Pincho:

#### Ingredientes:

Pan de castaña: 310 g de harina, 120 g de castaña cocida, 180 g agua, 6 levadura, 7g sal. Crema celeri: 2 patatas, 150 g apio bola, sal, pimienta, 3 yemas de huevo.

#### Migas de lechezuelas:

100 g de lechezuelas, aceite, sal, pimienta Crujiente de trigo: 50 g trigo, agua, sal, aceite Tiradillo de cordero: 50 g carne cordero lechal noble Mushy peas: 20 g de la crema

#### Elaboración:

#### Pan de castaña:

Mezclamos todos los ingredientes y dejamos fermentar durante horas. Hacemos pequeñas bolas, las aplanamos y las freimos en la sartén. Una vez hechas, reservamos.

#### Crema celeri.

Cocemos con agua la patata y el apionabo a cocer. Una vez cocido, retiramos el exceso de agua, salpimentamos, añadimos las yemas y trituramos.

Migas de lechezuelas: Escaldamos las lechezuelas, las enfriamos y las picamos finas. Las salteamos con aceite y sal.

#### Crujiente de trigo:

Cocemos previamente con el triple de agua y sal. Dejamos enfriar y, en abundante aceite, lo freiremos hasta buscar el punto de crunch.

#### Tiradillo de cordero:

Cogemos una parte noble del cordero (zona costillar) y hacemos unos tiradillos, que pasaremos por la plancha vuelta y vuelta, y lo salpimentamos.

Con los huesos del cordero realizamos un gel con espesante.

#### Montaje:

En el fondo del plato colocamos las migas de lechezuelas. Sobre ellas, la tosta de pan con unos puntos de la crema celeri. Colocamos el tiradillo de cordero con unos puntos de crema mushy peas para darle un toque fresco. Finalmente, espolvoreamos con el crujiente de trigo y ponemos un poco de gel de cordero sobre el tiradillo.

Ahora que ya empieza el buen tiempo es el momento de conocer la Terraza "gourmet" del Restaurante El Colegio.

Un lugar tranquilo, en el centro de Pamplona, donde disfrutar de la luz tan especial que nos ofrece la primavera. Con un cuidado césped, un elegante mobiliario, y por supuesto, una atención de primera, se podrá degustar un menú de picoteo (tablas de quesos, embutidos...) acompañado de bebidas y cócteles.

Además, próximamente, también en la Web se informará del Menú de Sanfermines y se podrán hacer las reservas.



# CARRERA PROFESIONAL Y GRADO EN LOS CONTRATADOS TEMPORALES DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUDOSASUNBIDEA

 MARIANO BENAC URROZ.
 ASESORÍA JURÍDICA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA.

Conforme a la normativa de la Comunidad Foral de Navarra vigente relativa a los médicos vinculados al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea mediante contrato temporal (sustitución de personal con derecho a reserva de plaza, provisión temporal de vacantes existentes en plantilla orgánica, estructurales o atención de otras necesidades de personal) no se les reconoce ni retribuye la carrera profesional, ni el grado.

El artículo 1 de la Ley 11/1999, de 6 de abril, establece que el sistema de carrera profesional será de aplicación al personal con plaza en propiedad; se reconocen, sí, los servicios prestados con carácter temporal desde el 1 de enero de 1992, pero desde el momento en que accede a una plaza en propiedad.

Por su parte el artículo 11 del Decreto Foral 68/2009, de 28 de septiembre, por el que se regula la contratación de personal en régimen administrativo en las Administraciones Públicas de Navarra, establece que este personal percibirá las retribuciones correspondientes al puesto

"DESDE EL AUTO DEL TRIBUNAL EUROPEO
DE 22 DE MARZO DE 2018, LOS DIFERENTES
PRONUNCIAMIENTOS DE LOS TRIBUNALES
PARECE QUE VAN EN LA LÍNEA DE
RECONOCER LA CARRERA PROFESIONAL
DEL PERSONAL TEMPORAL"

de trabajo que ocupe, el premio de antigüedad y la ayuda familiar, pero excluye expresamente el grado, como retribución personal básica inherente a la condición de funcionario.

Sin embargo, los preceptos referidos pueden resultar contrarios a la Directiva 1999/70, de 28 de junio, del Consejo de la Unión Europea, cuya clausula 4ª, apartado 1º, dispone que: "Por lo que respecta a las condiciones de trabajo, no podrá tratarse a los trabajadores con un contrato de duración determinada de una manera menos favorable que a los trabajadores fijos comparables por el mero hecho de tener un contrato de duración determinada, a menos que se justifique un trato diferente por razones objetivas".

Así al menos se pronunció, en interpretación de este precepto, el año pasado el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (auto de 22 de marzo de 2018) en un asunto de reclamación de carrera profesional efectuada por una contratada administrativa de la Universidad de Zaragoza, estableciendo que "...una diferencia

de trato por lo que se refiere a las condiciones de trabajo entre trabajadores con contrato de trabajo con duración determinada y trabajadores fijos no puede justificarse por un criterio que se refiere a la duración misma de la relación laboral de manera general y abstracta. Admitir que la mera naturaleza temporal de una relación laboral basta para justificar tal diferencia privaría de contenido a los objetivos de la Directiva 1999/70 y del Acuerdo Marco".

Y que "...procede responder a las cuestiones prejudiciales planteadas que la cláusula cuatro, apartado 1, del Acuerdo Marco (Directiva 1999/70) debe interpretarse en el sentido de que se opone a una norma nacional...que reserva la participación del sistema de carrera profesional del personal de administración y de servicios de la Universidad de Zaragoza y, en consecuencia, el derecho al complemento retributivo derivado de dicha participación, a los funcionarios de carrera y al personal laboral fijo, excluyendo, en particular, a los funcionarios interinos".

#### A SESORÍA JURÍDICA

"CON LOS MISMOS ARGUMENTOS,

DEBERÍA RECONOCERSE EL

DERECHO AL GRADO Y SU

RETRIBUCIÓN"

## RECONOCIMIENTO DEL DERECHO DE LOS RECLAMANTES EN LOS JUZGADOS DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO DE PAMPLONA

En aplicación de esta reciente doctrina, los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo de Pamplona nº 3 (sentencia de 11/6/18) y nº 1 (sentencia de 21/6/18) han reconocido el derecho de los reclamantes a la participación del sistema de carrera profesional, y a los efectos retributivos correspondientes con efectos retroactivos de cuatros años.

También nuestro Tribunal Supremo en sus sentencias de 18 de diciembre de 2018 y 21 de febrero de 2019 analiza el referido auto del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 22 de marzo de 2018 (sobre la aplicación de la Directiva 1999/70) y en relación a la carrera profesional establece: "Que la carrera profesional, como la establecida en el Acuerdo de la Mesa Sectorial de 19 de julio de 2006...., está incluida en el concepto "condiciones de trabajo" de la cláusula 4 del Acuerdo Marco incorporado a la citada Directiva 1999/70 referida al principio de no discriminación, y a los efectos de valorar las diferencias de régimen jurídico aplicable al personal estatutario interino, al que viene referida la actuación impugnada" y que "existe discriminación del personal estatutario interino por condicionarse su participación en la carrera profesional diseñada en ese Acuerdo de la Mesa Sectorial a la circunstancia de haber superado un proceso de ingreso y, por tanto, a la adquisición previa de la condición de personal estatutario fijo, ello por no admitirse que ese condicionamiento integre una causa objetiva que justifique la diferencia de trato".

Ciertamente que estos pronunciamientos del Tribunal Supremo se dictan sobre normativa de la Comunidad Autónoma de Cataluña y legislación común sobre carrera profesional (Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; Ley 55/2003, Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud) -es decir, no aplican específicamente la normativa de la Comunidad Foral al respecto- pero la razón de pedir por los médicos contratados temporales de Osasunbidea sería idéntica a la referida en los procedimientos que dieron lugar a tales sentencias, como a la del auto del Tribunal de Justicia de la Unión Europea y las sentencias de los Juzgados de Pamplona citadas con anterioridad: en el concepto "condiciones de trabajo" que se establece en la cláusula 4.1. de la Directiva se incluye la retribución de la carrera profesional; y a nuestro entender, tiene perfecto encaje también en dicho concepto la retribución del grado.

Y no puede de ninguna manera considerarse razón objetiva para la

diferencia de trato a tales efectos, el carácter temporal o indefinido de la vinculación con la Administración Sanitaria.

Adviértase en relación con el grado, que lo más reciente es que el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 1 de Pamplona tiene en la actualidad planteada una cuestión prejudicial ante el Tribunal de Justicia de la Unión Europea sobre la compatibilidad de la normativa navarra, cuando establece la negativa a reconocer el grado al personal contratado, con el Derecho Europeo y la Directiva citada; cuya cuestión parece estar próxima a resolverse.

Habrá que esperar a que vayan adquiriendo firmeza las sentencias de los Juzgados de Pamplona de junio pasado (carrera); y a que el Tribunal Europeo resuelva si la normativa navarra sobre el grado se opone a la directiva (cuestión prejudicial sobre el grado), pero desde el auto del Tribunal Europeo de 22 de marzo de 2018, los diferentes pronunciamientos de los Tribunales -a destacar por su rango la reciente sentencia del Tribunal Supremo de 21 de febrero de este año antes citada- parece que van en la línea de reconocer la carrera profesional del personal temporal; y, con los mismos argumentos debería reconocerse el derecho al grado y su retribución.



# En la página anterior:

En la página anterior: Retrato de María de Médici. Frans Pourbus el Joven. Museo Nacional del Louvre (París).

44

Pocas cuestiones a lo largo de la historia de la Humanidad han sido fuente de tan continuos y encarnizados conflictos como la relación entre fe religiosa y poder secular; y si bien es cierto que en toda época ha habido hombres dispuestos a sacrificar sus cargos políticos y aun la propia vida antes que renunciar a sus convicciones morales (baste recordar, por ejemplo, a los británicos Tomás Beckett y Tomás Moro), la realidad es que han sido mucho más numerosos los ejemplos de quienes, como el rey francés Enrique IV, optaron por lo contrario. A Enrique IV, puesto en la tesitura de tener que elegir entre su fe en la Iglesia Reformada o la Corona de Francia, se le atribuye la célebre sentencia "París bien vale una Misa", síntesis perfecta de cómo acomodar el propio credo a las circunstancias del momento. De este hombre y de su segunda esposa, María de Médici, se ocupa la presente biografía, en la que tra-

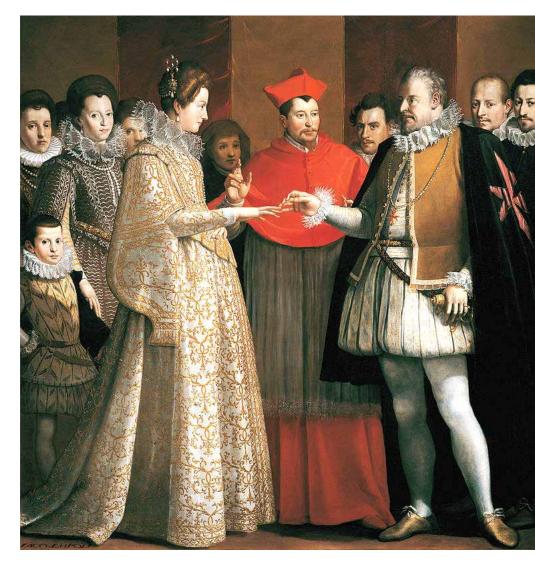
taremos de analizar someramente los principales rasgos del carácter de ambos personajes y la influencia que ejercieron durante el que fue uno de los períodos más turbulentos y difíciles de la historia francesa.

Enrique IV de Borbón accedió al trono de Francia en el año 1594, después de tres décadas de continuos enfrentamientos entre los católicos franceses y sus rivales calvinistas del partido hugonote. Su predecesor, el rey Enrique III de Valois, había fallecido sin descendencia en 1589, víctima del ataque de un clérigo mentalmente desequilibrado. El regicidio, además de provocar la extinción de la dinastía reinante en Francia desde 1328, colocó a Enrique de Borbón -hijo de Antonio de Borbón y de la reina de Navarra Juana de Albret- como primer aspirante a la sucesión. Sin embargo, para que Enrique se hiciera con la corona francesa existía un problema de

> Nupcias de María de Médici con Enrique IV de Francia, en 1600. Jacopo Chimenti. Galleria degli Uffizi (Florencia)

#### BIOGRAFÍAS MÉDICAS

"La elección de María como reina consorte de Francia fue recibida con franca hostilidad por parte de sus nuevos súbditos"



#### BIOGRAFÍAS MÉDICAS

compleja resolución: por tradición, los monarcas de Francia debían ser católicos romanos (como lo era la mayoría del pueblo francés), y ocurría que tanto los Borbón como los Albret habían militado en el bando hugonote durante las recientes guerras de religión. El propio Enrique, aunque bautizado católico, había sido educado por su madre en el más estricto calvinismo, y él mismo confesaba ser un ferviente hugonote. A esta dificultad interna vino a sumarse el hecho de que el rey Felipe II de España, temeroso de que un protestante quedase al frente de su principal potencia enemiga, reclamara los derechos al trono francés de la princesa Isabel Clara Eugenia, nacida de su matrimonio con Isabel de Valois. Enrique, cuyas convicciones en materia religiosa no debían de ser tan sólidas como él aseguraba, decidió zanjar la cuestión declarando en público su conversión al catolicismo el 25 de Julio de 1593. Con su "París bien vales una Misa", Enrique obtuvo el apoyo del Papa Clemente VIII, apoyo que a la larga resultó decisivo para que el príncipe francés alcanzara su objetivo. Coronado finalmente en 1594, Enrique se convirtió en el fundador de una nueva dinastía, la borbónica, cuyos miembros habrían de reinar en Francia durante los dos siglos siguientes.

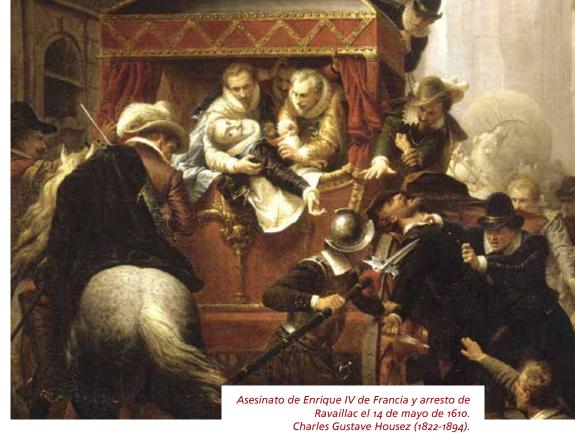
Inmediatamente tras su proclamación, y en represalia por los desafíos antes comentados, Enrique IV declaró la guerra a Felipe II. Para entonces, los ejércitos españoles llevaban largo tiempo combatiendo en Flandes y su capacidad de resistencia se hallaba seriamente mermada. No sorprende, pues, que el curso de la campaña resultase desfavorable para España, y que en 1598 Felipe II se viese obligado a reconocer su derrota y a renunciar a cualquier injerencia posterior en los asuntos sucesorios del reino vecino. Esta victoria fortaleció enormemente la confianza de Enrique. Animado por el éxito obtenido, el rey francés consideró llegado el momento de abordar el gran problema de la división religiosa, una cuestión que desde hacía casi cuarenta años venía envenenando la vida política del país galo. Así pues, decidido a atemperar cuanto antes el malestar que su interesada conversión había provocado entre la minoría calvinista, aquel mismo año de 1598 Enrique publicó el llamado Edicto de Nantes, por el que se declaraba la libertad de culto de los hugonotes franceses.

Sin abandonar el terreno de lo político, pero concerniendo al mismo tiempo a su vida personal, el siguiente paso de Enrique IV consistió en buscar una esposa que le proporcionara la descendencia necesaria para perpetuar su linaje en el trono. Esto planteaba un nuevo problema, dado que, en realidad, Enrique ya estaba casado, si bien su mujer (Margarita de Valois) era tenida por estéril. Nadie ignoraba que Enrique tenía una amante (Gabrielle d'Estrées) que le había dado tres hijos, pero ninguno de éstos podía –lógicamente– aspirar a la sucesión. Enfrentado a

esta situación, el monarca consideró la posibilidad de solicitar la anulación de su matrimonio (podía alegar para ello la esterilidad de su esposa, un argumento de suma importancia en las parejas regias) y legalizar acto seguido su unión con Madame d'Estrées. Sus consejeros, sin embargo, se manifestaron contrarios a este proyecto por juzgarlo totalmente inadecuado. El asunto, que durante unos meses fue motivo de un serio enfrentamiento entre Enrique y el Consejo, se resolvió de manera inesperada con la muerte de la amante, ocurrida en Abril de 1599. De este modo, y libre ya de posibles suspicacias, Enrique pudo obtener la anulación matrimonial, y el 16 de Diciembre de 1600 contrajo nuevas nupcias con la que sería su segunda y definitiva esposa: la florentina María de Médici, hija del gran duque de Toscana Francisco I y de la archiduquesa de Austria Juana de Habsburgo.

"Tras la muerte de Enrique IV pasó a convertirse en la regente de Francia. Esta era una responsabilidad para la que no estaba preparada"

La elección de María como reina consorte de Francia, aunque satisfactoria desde el punto vista de Enrique, fue recibida con franca hostilidad por parte de sus nuevos súbditos. No faltaban, en realidad, motivos que explicasen esta actitud, puesto que, para desgracia de María, no era ella la primera Médici en ocupar el trono francés. Existía un precedente reciente -y no precisamente afortunadoen la persona de Catalina de Médici, tía de María y una de las auténticas "bestias negras" de la historia francesa del siglo XVI. Habiendo fallecido Catalina en 1589 en medio del más profundo aborrecimiento popular, apenas habían transcurrido once años desde su desaparición, y cuando María desembarcó en Marsella convertida ya en esposa de Enrique IV, el pueblo francés conservaba aún fresco en su memoria el odioso recuerdo de aquella extranjera que, como madre de los reyes Francisco II, Carlos IX y Enrique III, había manejado los hilos de la política francesa durante



los desgraciados años de las guerras de religión. A Catalina se le atribuía, en particular, la responsabilidad de haber desencadenado los incidentes de la trágica Noche de San Bartolomé, en la que miles de hugonotes congregados en París habían perdido la vida a manos de una muchedumbre enfervorizada. Con semejantes antecedentes, resulta fácil de entender que la llegada de una segunda reina Médici

no produjera un especial regocijo entre los franceses. No obstante, ni la manifiesta reticencia del pueblo, ni siquiera el escaso atractivo físico de María (una muchacha de aspecto más bien rústico, obesa, rubicunda y de facciones poco agraciadas) parecieron hacer mella en el ánimo de Enrique, quien solamente esperaba dos cosas de su esposa: hijos para asegurar el trono y dinero con el que paliar el asfixiante déficit de las arcas del Estado.

Los Médici eran, en efecto, una de las familias más ricas de Europa, y entre sus numerosos e ilustres deudores se encontraba el mismísimo rey de Francia. La deuda del Estado galo para con el clan florentino –deuda procedente de préstamos efectuados durante las guerras religiosas– sobrepasaba el millón de escudos de oro, una suma fabulosa que ahogaba toda posibilidad de recuperación del erario francés. Enrique, a quien el dinero preocupaba tanto o más que la armonía religiosa entre sus súbditos, ansiaba saldar al menos una parte sustancial de aquella cantidad, y la espléndida dote que María aportó a su matrimonio (seiscientos mil escudos de oro) le permitió convertir su deseo en realidad.

También en lo que a descendencia se refiere obtuvo Enrique lo que quería de su mujer. María le dio tres varones, el mayor de los cuales (el futuro Luis XIII) vino al mundo antes de cumplirse el primer aniversario de las bodas. Todo lo que Enrique emprendía parecía llegar a buen término. En apenas unos meses, todas sus aspiraciones inmediatas se habían visto colmadas, y pronto se plantearía otras más ambiciosas. Con el conflicto religioso interno momentáneamente apaciguado, neutralizado el agobiante déficit monetario y asegurada la sucesión al trono, era el momento de dar un impulso decisivo a su labor al frente del Estado. Enrique se aplicó arduamente a la tarea, y puso en marcha una serie de reformas económicas y administrativas con las que consiguió devolver a la nación un

cierto grado de estabilidad financiera. Esta recuperación material tuvo su traducción en el exterior, permitiendo a Francia llevar a cabo una importante labor colonizadora en los territorios orientales del Canadá y, sobre todo, reanudar su tradicional política encaminada a debilitar el poderío de los Habsburgo en el continente europeo. En lo que a este último extremo se refiere, Enrique era consciente de la necesidad de contar con el mayor apoyo internacional posible, para lo que trató de establecer una alianza general entre todas las potencias enemigas de la Casa de Austria. Sin embargo, este proyecto de hostigamiento dirigido contra la principal monarquía católica del mundo enfureció al sector más radical del catolicismo francés, y el 14 de Mayo de 1610 un extremista llamado François Ravaillac apuñaló al rey en su propia carroza y acabó con su vida. Cuando, inmediatamente tras el atentado, María inquirió a grandes voces si el rey había muerto, el canciller Sillery le respondió imperturbable: "Que Vuestra Majestad me perdone, pero en Francia los reyes no mueren: ahí está, y está vivo". Y le señaló al delfín, que contemplaba la escena consternado sin alcanzar a comprender lo que ocurría.

Grand Palais (Chateau de Pau) París.

A la muerte de Enrique IV, su primogénito Luis no había cumplido aún la mayoría de edad, de modo que María pasó a convertirse en la regente de Francia. Esta era una responsabilidad para la que, evidentemente, no estaba preparada. Hasta entonces, ella había sido un simple instrumento en manos de su esposo; un instrumento destinado a producir hijos y a aportar recursos económicos a la Corona, pero jamás consultado a la hora de tomar decisiones políticas. La muerte de Enrique sacó, pues, a María de aquel estado de pasividad voluntariamente aceptada para, de la noche a la mañana, situarla al frente de una de las naciones más poderosas de Europa.

VIAJES

### PONTEDEUME:

#### VILLA MARINERA CON UN RICO PATRIMONIO HISTÓRICO Y CULTURAL



a primera vez que estuve en Pontedeume fue a mediados de los años 80, cuando tuve la suerte de pasar cuatro o cinco días acompañando a un equipo de balonmano de escolares a jugar una fase de sector en Ferrol (el equipo de Maristas-San Antonio ganó aquella fase de sector imbatido), siendo alojados en un hotel de Pontedeume, frente al casco histórico del lugar, encima de la ría. Creo que desde entonces guardo en el corazón un cariño especial por esta villa marinera de La Coruña, situada en la ría de Ares, en la orilla izquierda de la desembocadura del río Eume. En algún sitio leí que su origen era romano (lo que parece documentado es que los romanos levantaron un puente de madera entre ambas orillas de la ría), pero la mayoría de los libros que he consultado dan por sentado que fue fundada por Alfonso X el Sabio a finales del siglo XIII, siendo el feudo de una de las familias más importantes de la Galicia histórica, los Andrade, cuya huella se reconoce por aquí y allá a lo largo de toda la villa y sus alrededores. Dicen los libros que el puente que da nombre a la villa es el más largo de Galicia, también de los más viejos ya que inicialmente fue construido en 1380, si bien del medio centenar de arcos que en su día tuvo, con un hospital de peregrinos y una ermita en su centro, después de su última restauración sólo quedan 15 y una especie de espigón sobre el que discurre la carretera que une la población con Cabanes, al otro lado de la ría. Del primitivo puente sólo quedan un oso y un jabalí, animales totémicos de los Andrade, que estaban situados en uno de sus tajamares y hoy flanquean la carretera N-651.

La verdad es que la belleza del paisaje en torno al que se levanta la villa, con la ría y sus arenales bordeados por frondosos pinares y su hermoso puente, hacen de ella lugar de visita obligada, incluso en una tierra tan llena de encanto como la gallega. Más si a ello añadimos el interés de su casco histórico de origen medieval, primitivamente murado aunque hoy apenas quedan vestigios de ello, con calles empinadas y estrechas ascendiendo desde el malecón por la falda del monte Breamo, orilladas por soportales y casas blasonadas, sobre todo de los siglos XVII y XVIII. Y con un rico patrimonio de edificios notables, empezando por el Torreón de los Andrade, único resto de lo que fue el Palacio-Fortaleza de la familia Andrade, de 18 metros de altura, con sus saeteras, ventanas ojivales y el gran escudo de la familia empotrado en su fachada (el primitivo castillo de los Andrade se encuentra a 3 kilómetros, en Nogueirosa, sobre la Peña Leboreira); la Iglesia parroquial de Santiago, inicialmente del siglo XVI aunque reconstruida en el XVIII por orden del arzobispo Rajoy, con una fachada que se considera uno de los referentes del barroco gallego; las de San Martín de Andrade y San Miguel de Breamo, románicas, quizás haya que destacar San Miguel, considerada como una de las más características del románico gallego; el edificio del Ayuntamiento, construido por iniciativa del siempre presente arzobispo Rajoy, de cuyo palacio sólo quedaba la última vez que estuve en la villa la fachada principal, coronada por su escudo; el Convento de San Agustín, de fachada barroca, hoy Casa de Cultura... Y vamos a dejarlo ahí, creo que junto con ser etapa del "Camino Inglés" (lógicamente de Santiago), lo más importante de su patrimonio cultural.



Puente de piedra sobre el río Eume.

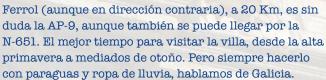
4

Castillo de Andrade (1369 y 1377).



#### Ficha práctica:

La mejor vía de acceso tanto desde La Coruña, a 42 km, como desde Santiago de Compostela, a 90 Km, Betanzos, a 17 Km, y



La ría de Ares (puede decirse que es una hijuela de la de la de Betanzos) y que las Fragas del río Eume (tan ricas en vegetación atlántica como para ser declaradas Parque Natural en 1997), están a tiro de piedra siguiendo aguas arriba por la orilla del río. ¡Cuidado! Aseguraría que es lugar encantado y "Haberlas haylas". Destacar asimismo la proximidad de La Coruña, Betanzos, Ferrol y la "Costa da Morte", con el cabo Finisterre; quedando un poco más lejanos Santiago de Compostela, San Andrés de Teixido ("A San Andrés de Teixido, va muerto quien no fue de vivo"), el cabo Estaca de Bares y hasta Mondoñedo y Lugo.

Como en otras ocasiones no me atrevo a recomendar hoteles y lugares de estancia; la última vez que pasé por allí fue en el año 2000. Pero eso sí, a señalar que hay desde un camping y alguna casa rural a hoteles de muy diversa categoría. Lo mismo me pasa con restaurantes y bares en los que se puede comer; la Calle Real está llena de ellos. Recomendaría como originales del lugar el "pulpo a feira", los melindres y la tarta de Pontedeume; así como en todo Galicia el pote gallego, el lacón con grelos, la empanada y hasta el "queso de tetiña", por no hablar del pescado y el marisco, de viejo es villa marinera y pescadora, y de la excepcional carne de vacuno. Bebida, lógicamente un Ribeiro, un Albariño o un Rías Baixas.

Para leer como entretenimiento me atrevería a recomendar cualquiera de los libros de Cunqueiro, verdadero predecesor de la literatura mágica, o de los de Torrente Ballester de tema gallego. Y como guía la de Antón Pombo, editada por Anaya Touring, GALICIA; totalmente actualizada.

# Los senos de la mujer son la única persistencia del hombre; los coge al nacer y ya no los suelta hasta morir de viejo

Enrique Jardiel Poncela. Escritor español. 1901-1952.

#### • IÑAKI SANTIAGO

Huvendo conscientemente meterme en el complicado barrizal de la eterna polémica hartamente discutida en entornos médicos, deontológicos, éticos, filosóficos, moralistas, teoréticos y otros más barrocos de "cuándo somos", entiendo que todos estaremos de acuerdo en que el momento culmen lo podemos ubicar en la explosión de gozo que genera el maravilloso milagro de ese emocionante momento cuando un desconocido ente asoma su diminuta cabeza al nuevo mundo. Bueno, para ser exactos, he conocido yo algún recién nacido del cuál el término diminuto, en referencia a su tamaño cefálico, queda bastante, por no decir muy alejado de la realidad. O sea, auténticos cabezones.

Para el "cuándo somos" existen todo tipo de heterogéneas disquisiciones y proposiciones varias, algunas de lo más peregrinas y bizarras, aunque las más defendidas se circunscriben en muy pocas.

Hay quien defiende que "comenzamos a ser" en el preciso momento en el que los bracitos de los diferentes cromosomas de ambos gametos, paterno y materno, se funden en un tierno abrazo dando comienzo al maravilloso baile de la nueva vida, primero en forma de zigoto y luego en plácido feto, a lo Esther Williams.

Otro numeroso movimiento fija el "comienzo del nuevo ser" alrededor de ese instante en el que en los primeros días comienza a palpitar el delicado corazoncillo del pequeño embrión, para no parar de latir hasta el momento de la llegada de inevitable Parca

Lo más simples, que son plaga, señalan el "comienzo" cuando ven unas extrañas sombras que no entienden, dicho sea de paso, en la tan esperada primera y conmovedora ecografía de su futuro bebito. Como santo Tomás: ver para creer.

Otro grupo del que no quiero olvidarme es el que se manifiesta radicalmente contrario a todo lo dicho anteriormente y se unge en férreo defensor de que el momento más maravilloso del hecho de la concepción no es ni la aparición del zigoto, ni el primer latido, ni el nacimiento, ni nada. Su alegato del momento más maravilloso lo circunscriben principalmente al instante del guigui (para los de la LOMCE, polvete), en ese centelleante instante de orgásmico placer que precede a todo el posterior desarrollo de un ser (o no). Sin pretender quitarle una pizca de su gozosa y placentera vivencia a ese momento, personalmente pienso que hace falta ser muy básico para comparar un período tan fulgurante

e íntimo, con la llegada de un heredero a esta terrenal existencia. Insisto, sin quitarle peso a ese a veces (generalmente) fugaz instante de jubiloso deleite erótico.

Por eso, la alegría que desprende en el entorno la llegada de un nuevo ser es habitualmente indescriptible. La cara de bobalicón del padre disputa una encarnizada lucha por la atención de los allegados frente a la cara de lela con la que la amante madre mira a su criaturita. En un segundo plano quedan las caras de atontados de los abuelos, babeando como niños ante un dulce. No es para menos.

-¡Está para comérselo! -exclama jubiloso cualquiera de ellos.

Son los mismos que, llegada la temible adolescencia de esa misma criaturita, se apesadumbran de no habérsela comido cuanto tuvieron la oportunidad. Pero literalmente.

Existe la arraigada costumbre en todo el personal de tender a pellizcar cariñosamente los tiernos mofletes del lactante, cuando no les da por asestarle un contenido mordisquillo. Todo son parabienes para el recién nacido.

¿Y nadie se ha dado cuenta de que ese ser diminuto, delicado y achuchable ha sido engendrado y, por tanto, de un engendramiento solo puede salir un engendro? Qué



mal utilizamos el idioma. Dejémonos de engendrar y cuando realicemos la coyunda con fines lúdicos, gocemos dichosos de los placeres carnales, pero cuando el propósito último sea la procreación y perpetuación de la especie, hablemos de que estamos hermoseando o belleceando o guapeando (para los de la LOMCE sería echar un quiqui, para lo cuál les remito más arriba, donde se explica de qué estamos hablando). Entonces podremos decir que ha nacido un ser hermoso, bello, guapo... y no un engendro.

Y los abuelos y las tías pelmas (que las hay en todas las familias, por muy de bien que sean) siguen:

- ¡Es igual que su padre!
- ¡Es igual que su madre!
- ¡Uy! ¡Cómo se parece al difunto tío Pepe! –en la expresión preferida de la referida tía cansina.

Por cierto, hablando de parecidos entre neonatos y padres, no en todos los lugares de esta bendita tierra se considera a los progenitores tan cas-

tos y con tanta honorabilidad y fidelidad como en esta en la que nos ha tocado vivir. Tengo yo un amigo que por circunstancias laborales paternas vino al mundo en un país sudamericano, que no viene al caso, y por lo que siempre ha gozado de doble nacionalidad. El tema es que un buen día necesitó echar mano de un certificado de nacimiento por lo que su padre lo solicitó en la embajada de turno. Recibida la documentación, su progenitor nos la enseñó no sin cierta indignación por lo que rezaba el pliego de marras: "Fulanito de Tal y Cual (mi amigo), nacido en Aguí, hijo de Fulano de Tal, quien dice ser su padre, y de Menganita de Cual, la madre..." En ningún momento se dudaba de la identidad de la madre, faltaría más, pero, ¡ay el pater familias! Por lo visto, la palabra fidelidad había enraizado débilmente en el crisol idiomático de aquel bendito país donde, a tenor de la procelosa jerga legal empleada en sus documentos oficiales, la verdadera identidad del

padre solía ser habitualmente discutida y por tanto basada en una más que precaria suposición, independientemente del afán que pusiera el susodicho en insistir que era el verdadero hacedor de aquel ser.

El caso es que, sea quien sea el padre, los recién nacidos son un primor, merecedores de un buen achuchón. ¿O no? Bueno, eso al principio, porque luego crecen y dan para mucho. Mira que si dan que hasta se les dedican canciones, como la de Serrat y su famosa "Esos locos bajitos" con su famoso "Niño deja ya de joder con la pelota. Niño, que eso no se hace, que eso no se dice, que eso no se toca". Vamos, un primor.

Así es que disfrutemos de "esos locos bajitos" y estrujémoslos y comámonoslos (figuradamente) mientras podamos, que luego crecen y empiezan a joder y no solo precisamente con la pelota (a los de la LOM-CE les vuelvo a remitir otra vez más arriba, por aquello de dar algo por supuesto y leer entre líneas).

#### ANECDOTARIO

#### **EL COLOR DE LA PIEL**

Nos ubicamos en un Servicio de Neonatología. La verdad es que acabar de tener un hijo y ver cómo te lo "secuestran" para ingresarlo en una unidad especial tiene que ser profundamente dramático para los padres. En ese momento en que lo que más deseas es abrazar a tu retoño y que no puedas... ¡en fin! El caso es que, me consta, estos servicios están atendidos por profesionales de tomo y lomo, acostumbrados a estas crueles realidades y avezados expertos en hacer que todo sea más llevadero para los padres. En este contexto, este personal sanitario es capaz, mediante la comunicación de información, de transferir tranguilidad a los angustiados padres.

Y en esas estaba aquella neonatóloga. Aquel niño había nacido prematuro, con bajo peso y, lo más llamativo y preocupante, una marcada ictericia. Así es que salió a informar a los progenitores de la criatura, acompañada de la enfermera.

 ¿Familiares de Chu Li? –interpeló mirando a los familiares de varios niños que allí se encontraban.

La verdad es que no habría sido necesario realizar tal pregunta, porque los padres de aquel niñito solo podían ser aquellos: los de claros rasgos orientales. Chinos, para más señas.

La médico se dirigió a ellos con cariño y les dijo:

 Su hijo ha nacido con poco peso.
 Por lo demás, parece estar bien, aunque debo decirles que ha nacido con la piel un poco amarilla.

En ese momento, la enfermera se tapó la cara para esconder una mueca de risa e incredulidad que aguantó hasta que estuvieron de vuelta en el servicio y le dijo a la médico:

 ¿Pero cómo les has podido decir que su hijo ha nacido con la piel amarilla? ¡Que el niño es chino! ¡Chi-no!

La médico dándose cuenta de su comentario tornó las mejillas en rojo chillón, ¡como un Piel Roja!

Seguro que los padres habrían comentado con extrañeza entre ellos:

 ¡Pues clalo, niño amalillo! ¿Qué colol si no quelel encontlal dotola?

#### PEQUEÑO, SÍ. MOVIDO, MÁS

Otra vez en Neonatología. Y otra vez un niño con bajo peso, sin ninguna otra patología grave. Pero en este caso, el lactante era tremendamente nervioso y más movido que la mano de un novio en la última fila del cine de los de antes (la llamada "la fila de los mancos" donde al atareado novio, nerviosamente abrazado a la novia, solo se le veía una mano. Entiendo que sobran más explicaciones). El caso es que la criaturita trasmitía nervio y meneo. A fin de cuentas, prematuro, pero con gran vitalidad.

En la hora de las visitas el médico se percató de que la madre, gitanica para más señas, miraba embelesada a su retoño, el cual meneaba brazos y piernas cual molinillo loco, como si le fuera la vida en ello. Se acercó a la embobada madre y le dijo:

- ¿Ya ve usted? Menudo chaval, lo movido que ha salido. ¡No para!
   La madre, atenta a las explicaciones, en vez de transmitir el esperado orgullo, le miró al doctor
- y con honda preocupación le preguntó, casi implorando: - ¡Ay dotooool, no será "imperatii-
- ¡Ay dotooool, no será "imperatiiiiivo", como su hermaaaanoooo?

Y es que, ya lo dice mi primo: "¿No te has dado cuenta que a todos los niños que antes eran movidos ahora los diagnostican de hiperactivos? Como al hermano del gitanico recién nacido, "imperativo".



#### **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





Sonia tiene que pasar la ITV, tranquila pero está muy

Porque con su Seguro de Automóvil, en A.M.A. pasamos la ITV de su coche por ella.

Así de fácil...

A.M.A. PAMPLONA Avda. Pío XII, 30 Tel. 948 27 50 50 pamplona@amaseguros.com A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico) Avda. Baja Navarra, 47; 1ª Tel. 948 21 02 28 cpamplona@amaseguros.com

#### LA MUTUA DE LOS **PROFESIONALES SANITARIOS**

WWW.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10 Siganos en 🚹 💟 🗓 🔠 😵 🎯 💮 🔻 Yen nuestra APP 🕕























