PANACEA

Abril 2023
138

Colegio Oficial de Médicos de Navarra

Colegio de Médicos, espacio de encuentro y reflexión

- II Foro "Hacia un sistema de salud dirigido por los profesionales"
- Tres décadas del SNS-O, a debate
- ¿Qué nos proponen nuestros políticos?

Informe sobre jornada laboral y descansos de los MIR en Navarra.

Mujer y riesgo cardiovascular.

FOR

foro.co



¿QUÉ TE OFRECE LA NUEVA APP?

SSSS TU CARNET DIGITAL SIEMPRE CONTIGO

VENTAJAS QUE TE AYUDARÁN EN TU DÍA A DÍA

TRÁMITES Y GESTIONES AL INSTANTE

NOTICIAS, SERVICIOS Y ACTIVIDADES



Revista trimestral del COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA Abril. 2023 - nº 138

SUMARIO

Consejo de Redacción:

Rafael Teijeira, Tomás Rubio, Carlos Beaumont, Julio Duart.

Comisión Científica:

Laura Barriuso, Mª Victoria Güeto, Oscar Lecea, Rebeca Hidalgo, Marcos Lama, Carlos Panizo, Tomás Rubio y Enrique Sáinz de Murieta.

Coordinación General:

Redacción y fotografía: Trini Díaz.

Publicidad:

Diseño y maquetación: Gráficas Pamplona.

Redacción y Administración: Avda. Baja Navarra, 47

Pamplona Tel.: 948 22 60 93 Fax: 948 22 65 28 Corrector trini@medena.e

Soporte válido del Ministerio de Sanidad:

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)

En este número destacamos...

- 6 | Asamblea General de Colegiados: Con los Objetivos de Desarrollo
 - Con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.
- 8 II Foro COMNA: Hacia un sistema de salud dirigido por los profesionales.
- Tres décadas del SNS-Osasunbidea, a debate con Luis Gabilondo, José Carlos Garde, Óscar Moracho y Javier Sada.
- Pulsamos la sanidad navarra:
 ¿Qué nos proponen nuestros políticos?
- Premios del IX Certamen de casos clínicos para médicos en formación.
- 32 Las agresiones baten récord.
- Estudio demoscópico: Suspenso para el SNS-O en planificación y reconocimiento a sus profesionales.
- 38 | Informe sobre jornada laboral y descansos de los MIR en Navarra.
- **Ética y Deontología:** Nuevo Código. Entrevista a la **Dra. Pilar León**.
- 56 Mujer y riesgo cardiovascular.
- 60 Fórmate en tu Colegio:
 Calendario de actividades de formación médica programadas.
- Tres médicas navarras pioneras:
 Juana García Orcoyen, Ascensión Áriz y
 Mª Teresa Fortún.
- 74 Ciclismo: Chente García Acosta apadrina el equipo ciclista.
- Pintura: Acuarelas de experiencia con Goyo Armañanzas y César Viteri.

Síguenos para estar informado de la actualidad colegial y profesional.

... y además.

- 4 Editorial.
- Píldoras para la Salud.
 Parada cardíaca: ¿qué hacer?.
- Foro Médico de Atención Primaria en Navarra.
- 46 XVIII Jornadas Navarras de Vacunas.
- 48 XIX Congreso de la SEAUS: humanizando la atención sanitaria.
- Julio Duart, vocal en la Com. Nacional Cirugía Orto. y Traumatología.
 - Jornada:
- Avances en cáncer de mama.
- Restaurante El Colegio con Álex Múgica: cena solidaria.
- 69 Pacientes: Charlas sobre Neurología.
- Pridemiología y estadística con Begoña Bermejo.
- 73 Libros: La piel del castor.
- 76 Clen College: Verano 2023.
- Asesoría Jurídica:
 - Consentimiento por representación.
- 80 Viajes con Salvador Martín Cruz: Jerez de la Frontera.
- 82 Anecdotario con Iñaki Santiago.





ORGANIZAMOS TU CONGRESO ONLINE, PRESENCIAL O SEMIPRESENCIAL



Desde el **Colegio** nos vamos a empeñar en que así sea



Rafael Teijeira Álvarez.
Presidente del Colegio de
Médicos de Navarra.

n febrero de 2023 concluíamos en un artículo de opinión que "resulta necesario tomar decisiones valientes que promuevan cambios organizativos y que deriven hacia una mayor autonomía en la toma de decisiones a todos los niveles".

En este primer trimestre del año, las noticias de salud han ocupado mucho espacio en los medios. Entendemos como una buena noticia el acuerdo del SNS-O para responder a las reivindicaciones de los médicos. Ahora queda ir desarrollando su cumplimiento. Pero, como decíamos entonces, eso era el futuro a corto plazo.

Hay que mirar más allá. Para ello se han desarrollado en el Colegio distintas acciones que tenían esa finalidad: poner sobre la mesa la necesidad de cambios estructurales y organizativos en nuestro sistema sanitario y activar los mecanismos para que eso ocurra.

Celebramos el segundo Foro "Hacia un sistema de salud dirigido por los profesionales", en enero de 2023. Las conclusiones del mismo, de forma muy resumida, indican que los cambios en nuestro sistema sanitario son posibles y necesarios, incluso con la normativa actual, si bien a futuro es adecuado modificaciones legislativas mas profundas.

El 29 de marzo, ex gerentes y ex directores generales del SNS-O debatieron en el Colegio sobre su futuro y los cambios necesarios. Hubo unanimidad en la petición de mayor autonomía de gestión en todos los niveles. También compartían los ponentes la necesidad de adecuar el sistema actual de contratación e incentivos con el fin de retener y atraer profesionales, abogando por adoptar medidas urgentes para la mejora de la atención sanitaria al comenzar la nueva legislatura, con independencia de las que se pudieran tomar a medio plazo para cambios normativos más profundos.

Para culminar las actividades colegiales preelectorales acudieron al Colegio los representantes de los cuatro grupos políticos con mayor representación en nuestro Parlamento. Se puso de manifiesto una voluntad de consenso que resulta llamativa dado que, al menos aparentemente, no se da en la actividad parlamentaria cotidiana. El resultado de este debate nos devuelve la esperanza de que, al menos esta vez, se consiga el añorado acuerdo político mayoritario para conseguir cambios profundos en nuestro sistema sanitario.

Para ello, el Colegio se ofrece -desde la independencia institucional- a colaborar en la propuesta de soluciones. Solo desde esa colaboración institucional, y oyendo y atendiendo a las demandas de los profesionales en general y de los médicos en particular, es posible articular los cambios necesarios. Desde el Colegio nos vamos a empeñar en que así sea.



COLEGIO DE MÉDICOS

El Colegio de Médicos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030

La Asamblea General de Colegiados aprueba la gestión colegial

Los médicos navarros aprobaron por unanimidad el informe económico del ejercicio 2022 y los presupuestos del 2023, en la Asamblea General de Colegiados que se celebró el pasado 25 de abril. Sobre la situación económica se destacó la reducción de la deuda con las entidades financieras y el control del gasto.

En su informe de presidencia, Rafael Teijeira, valoró el cumplimiento de los objetivos estratégicos, entre los que se encuentra el compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 a través de proyectos de Salud y Bienestar y de cooperación, promovidos por el Colegio de Médicos de Navarra. En este sentido, destacó el proyecto ACERCAR, en colaboración con ADACEN y financiado con fondos europeos. con la finalidad de ofrecer una atención multidisciplinar a mayores y vulnerables en el ámbito rural con apoyo de tecnología. Se realizarán programa piloto en Erro y Cascante a lo largo del año 2023. Subrayó, además, el acuerdo alcanzado con Diario de Navarra para la financiación de estancias formativas de médicos en países en vías de desarrollo y el convenio de colaboración con ALBOAN para

la estancia formativa de un médico del Chad en Pamplona.

Rafael Teijeira, en su informe de presidencia, presentó los resultados del estudio demoscópico realizado por el Colegio de Médicos de Navarra entre 122 médicos y médicas en activo de diferentes niveles y especialidades sobre la atención sanitaria en Navarra. También se refirió al estudio sobre jornadas laborales y descanso de los MIR en España y el informe específico sobre su situación en Navarra, realizado por la Sección Nacional de Médicos jóvenes y promoción del empleo y que detallamos más adelante.



Cargos colegiales y representantes de las vocalías y secciones colegiales en la Asamblea General de Colegiados.

CAMBIOS EN LA JUNTA DIRECTIVA

A lo largo del año 2022, han dejado la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra, por motivos personales o profesionales, María Sanz Gálvez (tesorera), Joaquín De Carlos Artajo (vocal de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo) y Amaia Sola Galarza (vocal de Tutores). Se ha incorporado a la Junta Piva Sánchez Antón como nueva vocal de Tutores. El resto de los cargo siguen vacantes.

COLEGIO DE MÉDICOS

DEMOGRAFÍA: UNA PROFESIÓN ENVEJECIDA

La creciente feminización y el aumento de la edad media son los rasgos que caracterizan la profesión médica en Navarra, según los datos sobre demografía médica presentados en la Asamblea. En diciembre de 2022, el Colegio de Médicos de Navarra lo formaban un total de 4.608 colegiados, de los que 3.688 estaban en activo y 920 jubilados.

De los profesionales en activo, el 62,2% eran mujeres y el 37,8% hombres. Un dato preocupante es la edad media, que en los hombres es de 48 años y en las mujeres de 44. Las estadísticas señalan que el 25,41% de los médicos en activo de Navarra tienen entre 51 y 60 años y el 16% entre 61 y 70 años.

Rafael Teijeira alertó sobre la falta de médicos a corto y medio plazo e instó a las instituciones a abordar con urgencia la reposición de los médicos que se jubilarán en los próximos años.

ALTAS Y BAJAS EN LA COLEGIACIÓN

Durante el año 2022 se registraron 38 nuevos ingresos en el Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME). Según datos del informe de secretaría, había un total de 171 expedientes activos en el programa, lo que supone un importe gastado de 181.197,31 Euros.

En cuanto al número de bajas en la colegiación, se han producido 156 durante el año 2022, 119 por traslados interprovinciales, 16 fallecimientos, 6 traslados internacionales y 15 bajas voluntarias. El número de altas con la incorporación de nuevos MIR fue 152, de los que el 70,39% fueron mujeres y el 9,87% médicos extranjeros.

237.191,22 EUROS EN AYUDAS

La Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC) destinó un total de 237.191,22 euros en ayudas económicas para los médicos en Navarra en el año 2021. Principalmente, van destinadas a orfandad, discapacidad y becas de estudios.

El Colegio de Médicos anima a los colegiados a formar parte de la Fundación, que protege a la profesión médica y a sus familias, por un importe de 23,77 euros al trimestre que, además, desgrava en la declaración de la renta.

PORTAL DE TRANSPARENCIA

En el portal de transparencia de la página web del Colegio de Médicos de Navarra https://colegiodemedicos.es/ se pueden consultar los informes económicos del ejercicio 2022 y presupuestos del 2023, así como las memorias de la Comisión de Ética y Deontología Médica, Área de Desarrollo Profesional, Asesoría Jurídica y vocalías.



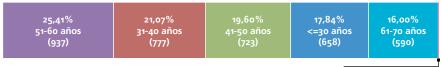




Médicos en activo (por género y edad): \$\mathbb{Q}\$ 62,2% \$\mathbb{G}\$ 37,8%\$

Médicos en activo (3688) Edad media: \$\mathbb{Q}\$ 44 \$\mathbb{G}\$ 48

Activos por edad a 31/12/2022



o,08% - >70 años - (3)

Activos por género a 31/12/2022

Hombres Mujeres 2.296 (62,26%)

II FORO COMNA



foro.colegiodemedicos.es

II Foro COMNA:

"Hacia un sistema de salud dirigido por los profesionales"

◆Trini Díaz

Con el título "Hacia un sistema de salud dirigido por los profesionales", el II Foro del Colegio de Médicos de Navarra reunió a gestores, profesionales del ámbito jurídico y actores principales en el ámbito de la salud para reflexionar sobre la nueva gobernanza del Sistema Nacional de Salud y, en concreto, su posible aplicación en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea desde el punto de vista organizativo y prestacional, y "siempre desde el análisis integral, la reflexión sosegada y la crítica constructiva", destacó el presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira.

El 18 de enero, la sede colegial fue el escenario para la celebración de una conferencia y tres mesas de debate que se pudieron seguir tanto presencialmente como online y que contó con la participación de un público heterogéneo, formado por profesionales, gestores, agentes sociales, políticos y ciudadanía.

Una de las demandas más argumentadas por los expertos reunidos volvió a ser la necesidad de una mayor capacidad de autogestión. En la inauguración del II Foro, Rafael Teijeira explicó que "la autonomía de gestión es una demanda histórica de los profesionales", que se ha vuelto a evidenciar en los resultados del estudio demoscópico realizado entre los médicos navarros. Fue, además, una de las conclusiones destacadas el I Foro sobre "Sanidad, Ciudadanía y Medicina", organizado por el Colegio de



Médicos de Navarra en el año 2019. "Ya entonces, los expertos defendieron la necesidad de aumentar la capacidad de autogestión, reduciendo la rigidez normativa y la burocratización, propiciando un sistema vivo y dinámico, dirigido por médicos, que pueda asumir los nuevos retos de la gestión, con rendición de cuentas".

El Colegio de Médicos de Navarra ha dado un paso más tras la organización del II Foro con un doble objetivo: "desarrollar herramientas que permitan dar mayor autonomía de gestión a los médicos en los distintos niveles en los que ejercen su actividad, y proponer e impulsar cambios normativos que permitan este escenario". Gestores, expertos en
economía de la salud,
juristas y representantes
nacionales de organizaciones
y entidades profesionales
proponen cambios para la
sostenibilidad del SNS

Una mayor capacidad de autogestión fue una de las demandas más reclamadas por los expertos reunidos en el II Foro COMNA

Cambios en el SNS y sostenibilidad

Conferencia inaugural de Vicente Ortún



El profesor
Vicente Ortún
Rubio, Catedrático
Emérito y ex
Decano del
Departamento
de Economía
y Empresa de
la Universidad
Pompeu Fabra
de Barcelona,
pronunció la
conferencia
inaugural.

El II Foro "Hacía un sistema de salud dirigido por profesionales" se estrenó con una conferencia inaugural impartida por Vicente Ortún Rubio, Catedrático Emérito y ex Decano del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

Hace 15 años que el profesor Ortún dejó escrito que "España tiene un buen sistema sanitario pero con mal pronóstico". ¿Qué hacer entonces? "Primero decirlo y después ponerse de acuerdo sobre los hechos más relevantes para actuar sobre los más importantes y vulnerables, sea cual sea la perspectiva ideológica". Sobre ellos y las posibles soluciones centró su intervención en este II Foro, organizado por el Colegio de Médicos de Navarra.

Para Vicente Ortún, "financiar públicamente la sanidad es la manera más eficiente de mejorar la salud de la población pues permite atender los problemas clínicos y sanitarios con criterios de necesidad, no de disposición a pagar". Recomienda "no hablar en general" porque "ciertamente, la Atención Primaria ha desoído el déficit de 10.000 profesionales hace tiempo anunciado, ciertamente la gestión de sus recursos humanos resulta absolutamente inadecuada... pero existen centros de salud excelentes y otros muy mejorables". Añadió que la Atención Primaria es el único componente de atención de la salud en el que una mayor oferta se asocia con una mejor salud de la población y unos resultados equitativos. "Por ello, es un

bien común cuya solidez y calidad constituye una preocupación colectiva".

Explicó por qué la pandemia ha puesto en valor el profesionalismo y ha mostrado que la gestión importa. El reto es, para el profesor Ortún, mantener esa agilidad fuera del estado de alarma. En este sentido, denunció la falta de autonomía de gestión de los centros sanitarios públicos, "lo que dificulta su conveniente competencia por comparación en calidad. La sanidad pública desfallece por ser gestionada como un negociado de vados: preocupa el 'control de la legalidad' (o su apariencia) no la eficacia gestora que hace resolutiva la sanidad y, por tanto, deseable para la población votante".

II FORO COMNA

"España tiene un buen sistema sanitario pero con mal pronóstico"



Subrayó que el Sistema Nacional de Salud (SNS) "no mejorará a través de una Ley sino por un conjunto de acciones orientadas al bienestar común, que en gran parte debemos impulsar los profesionales (como las propuestas en este Foro), lidiando con los inevitables intereses gremiales, corporativos y sindicales que ahora protagonizan los debates". Para las acciones de mejora, el profesor Ortún recomendó "ser conscientes tanto de las peculiaridades de nuestra situación como de que participamos en un cierto caos sanitario que afecta a los países desarrollados por una oferta estancada en alguna de sus expresiones y una necesidad expresada absolutamente desbocada".

Según Ortún, el futuro del SNS depende mucho de los profesionales sanitarios, particularmente de cómo se alineen los líderes clínicos. "No será fácil, pero abstenerse no es una opción", concluyó.



El profesor Vicente Ortún Rubio.

VER VÍDEO

"La pandemia ha puesto en valor el profesionalismo y ha mostrado que la gestión importa. El reto es mantener esa agilidad fuera del estado de alarma"

"Intervención versus Auditoría", con los gerentes de los servicios autonómicos de Salud de Navarra. La Rioja y Castilla y León



En la primera mesa redonda titulada "Intervención vs Auditoría" participaron tres directores-gerentes de servicios autonómicos de Salud: Gregorio Achutegui (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea), Alberto Lafuente (Servicio Riojano de Salud) y Jesús García-Cruces (Servicio de Salud de Castilla y León).

El moderador de la mesa, Vicente Ortún, y su coordinador Julio Duart (secretario del Colegio de Médicos de Navarra) comenzaron por preguntar a los participantes sobre las peculiaridades de cada Comunidad Autónoma, atendiendo a las diferencias entre personal estatutario o funcionario (en Navarra) y cómo afecta a los profesionales; las distintas relaciones Salud-Hacienda-Función Pública y cómo afecta a la gestión; y las diferentes realidades demográficas y si son necesarias las mismas estructuras en las Consejerías de Salud con independencia de la población a la que atienden.

taron a las preguntas planteadas:

- ¿Cómo entiende en su CCAA que le afecta el trinomio Salud-Hacienda-Función Pública?
- ¿Qué cree que es lo mejor que tiene su sistema de salud? ¿Que debe mejorar y cómo hacerlo?
- ¿ Qué características tiene su sistema de salud que lo haga atractivo a los profesionales?
- ¿Hasta qué punto puede su servicio de salud favorecer la autonomía de gestión en los médicos en los hospitales, servicios y/o equipos de Atención Primaria?
- ¿Qué podemos hacer desde los puestos de alta gestión de los sistemas de salud para mejorar su eficiencia? ¿Y desde los puestos intermedios y en niveles inferiores? ¿Considera necesario un ajuste en la cartera de servicios?
- ¿En su CCAA le resulta complejo encontrar profesionales que asuman puestos de gestión? De ser así, ¿a qué lo atribuye?

Participantes en la mesa (de izquierda a derecha): Julio Duart (coordinador), Jesús García-Cruces (Gerente del Servicio de Salud de Castilla y León), Vicente Ortún (moderador), Gregorio Achutegui (Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea) y Alberto Lafuente (Gerente del Servicio Riojano de Salud).

VER VÍDEO



Cambios en el modelo normativo,

con expertos juristas

Francesc José María Sánchez:

"La autonomía de gestión está en el ADN del sistema. Es un problema de voluntad política, no de límites legales"

La segunda mesa redonda sobre "Cambios en el modelo normativo" contó como ponente con Francesc José María Sánchez, abogado y socio fundador de FJMAdvocats, y con José María Ayerra, letrado del SNS-Osasunbidea, como moderador. El debate, coordinado por el asesor jurídico del Colegio de Médicos de Navarra, Mariano Benac, se centró en la necesidad de cambios normativos y a qué nivel deben producirse: ¿Se requieren cambios en normas estatales? ¿Es posible conseguir autonomía en la gestión con cambios en la normativa autonómica? Y si es así, ¿de qué rango normativo?

Francés José María Sánchez está vinculado profesionalmente a hospitales y centros de salud de Cataluña desde 1987. Fue Director Gerente del Instituto Catalán de la Salud (2006-2008) y es presidente de honor de la Sociedad Catalana de Mediación en Salud.

Comenzó su intervención argumentando por qué "la autonomía de gestión está en el ADN del sistema". Para ello, se refirió al artículo 691 de

la Ley General de Sanidad, que ya en el año 1986 decía que "en los servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos". Explicó que autonomía de gestión y descentralización son dos caras de la misma moneda ya que la Ley General de Sanidad también dice que "los centros hospitalarios del sector público serán gestionados descentralizadamente".

LAS LEYES SE HACEN PARA CAMBIARLAS

Para Francés José María Sánchez, "la autonomía de gestión es un problema de voluntad política, no de límites legales porque las leyes se hacen para cambiarlas cuando no se ajustan a las necesidades". En este sentido, recomendó revisar la Ley Foral de Salud para su actualización y puesta al día y modificar el Decreto Foral 30/2005, convirtiéndolos en instrumentos válidos para iniciar un proceso transformador en la línea que se quisiera.

VER VÍDEO

El letrado subrayó que introducir la autonomía de gestión en el medio hospitalario es muy complicado, "es mucho más fácil empezar en los centros de salud. Los equipos están perfectamente configurados, identificados con una cartera de servicios clara, tienen una población asignada..." Aclaró que es lo que quiso hacer el Instituto Catalán de Salud en el año 2008, que quedó truncado por la crisis económica.

Destacó que lo fundamental de un proyecto de autonomía de gestión es un cambio cultural, "empezando por no considerar a los gerentes como presuntos delincuentes". Añadió que es, además, una herramienta para la motivación e implicación de los profesionales porque "las condiciones laborales son importantes pero insuficientes. Hay que darles capacidad de gestión económica, asignándoles un presupuesto por pequeño que sea y que puedan decidir. Cada centro de salud tendría su plan funcional, atendiendo a las características epidemiológicas, demográficas, etcétera, de la población a la que atienden".



Los juristas Mariano Benac, José María Ayerra y Francesc José María Sánchez en la mesa redonda sobre "Cambios en el modelo normativo".

II FORO COMNA

El futuro de los sistemas públicos de salud, con los líderes nacionales de la profesión médica

José Soto Bonel, presidente de Sociedad española de Directivos de la Salud (SEDISA), moderó la tercera y última mesa redonda con el título ¿Tienen futuro los sistemas públicos de salud?

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra coordinó el debate en el que participaron como ponentes: Tomás Cobo, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC); Domingo Antonio Sánchez Martínez, vocal nacional Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo de la OMC; Tomás Toranzo, presidente de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM); Paulino Cubero, tesorero de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME) y Carina Escobar, presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes.

Los participantes en la mesa defendieron que nuestro modelo sanitario universal, público y gratuito no está ni agotado ni caduco, pero necesita de profundas reformas. Como representantes de entidades y organizaciones nacionales con un destacable liderazgo en la profesión médica, en las sociedades científicas y en las asociaciones de pacientes, los ponentes explicaron los cambios que el SNS necesita a corto, medio y largo plazo y cómo han de producirse.

VER VÍDEO



En la mesa redonda sobre el futuro de los sistemas públicos de salud: Rafael Teijeira, José Soto, Tomás Cobo, Domingo Antonio Sánchez, Tomás Toranzo, Carina Escobar y Paulino Cubero.





DEBATE

Tres décadas del SNS-Osasunbidea, a debate con Luis Gabilondo, José Carlos Garde, Óscar Moracho y Javier Sada

◆Trini Díaz

Dos exdirectores generales de Salud, Luis Gabilondo y Javier Sada, y dos exgerentes del SNS-Osasumbidea, José Carlos Garde y Oscar Moracho, participaron en la Jornada "Tres décadas del SNS-Osasunbidea: Adaptándose a otra realidad", que organizó el Colegio de Médicos de Navarra el pasado 29 de marzo, con el fin de debatir sobre la necesidad de cambios organizativos profundos en nuestro sistema sanitario que permitan avanzar en una mayor autonomía a todos los niveles.

Los directivos de anteriores legislaturas respondieron a las preguntas de Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos

de Navarra, y Alberto Lafuente, gerente del Servicio Riojano de Salud, que hicieron especial hincapié en las propuestas o claves para la reforma de nuestro sistema sanitario: ¿cuál es la más urgente? ¿por dónde empezar? ¿hasta dónde llegar? Hubo también un tiempo para contestar a las preguntas de los asistentes.

Los invitados respondieron, además, a otras cuestiones

plateadas sobre si es adecuada la actual estructura del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y si durante su mandato tuvieron limitaciones en su capacidad de resolución.

La actividad, dirigida a médicos y otros agentes interesados en el sistema sanitario, pudo seguirse presencialmente y online.





Invitados y moderadores: Alberto Lafuente (moderador), Javier Sada, Óscar Moracho, Jose Carlos Garde, Luis Gabilondo y Rafael Teijeira (moderador).



NECESIDAD DE MAYOR AUTONOMÍA Y CONSENSO

Hubo unanimidad en la petición de mayor autonomía de gestión a nivel macro y micro en el sistema sanitario para responder con agilidad a los problemas actuales, en caminar hacía una mayor profesionalización en la gestión, en la necesidad de pactos y consensos políticos para realizar cambios estratégicos a medio y largo plazo o en la conveniencia de caminar hacía la elaboración de una nueva Ley Foral de Salud.

Hubo acuerdo en diagnósticos y propuestas, pero también el reconocimiento de que los cambios necesarios zozobran por la falta de autonomía en la toma de decisiones de gestores y profesionales, las resistencias al cambio por parte de los actores implicados, la visión cortoplacista de los diferentes gobiernos y políticas de recursos humanos erradas. Denunciaron que

el modelo de intervención previa y plena que se aplica en Navarra resulta paralizante para la gestión de los recursos y pidieron que el SNS-Osasunbidea sea una entidad independiente de Función Pública. Coincidieron en subrayar prioridades en salud como la Atención Primaria, las listas de espera y la salud pública y en arbitrar medidas para paliar el déficit de profesionales tales como OPEs extraordinarias, contratos atractivos para los MIR que terminan, convocatorias MIR extraordinarias de Medicina Familiar y Comunitaria, reconocer la permanencia continuada en los puestos de destino, etc.

Para muchos de los problemas ahora existentes pidieron altura de miras en los políticos y voluntad para logar consensos, sobre todo en Atención Primaria.

A modo de síntesis, resaltamos algunas citas de cada uno de los participantes en el debate. Un momento del debate, que reunió a dos exdirectores de Salud y dos exgerentes del SNS-O.



La actividad se hizo presencialmente y online. El debate sigue disponible en la página web del Colegio de Médicos



DEBATE

Luis Gabilondo Pujol.

Ex Director General de Salud (2015- 2019).



Óscar Moracho Del Rio.

Ex Director Gerente del SNS-Osasunbidea (2015-2019).



"La administración se ha vuelto cada vez más burocrática por el miedo al descontrol económico y a la corrupción. Le preocupa el gasto, pero no los costes. Está obsesionada con el control".

"Las legislaturas son un periodo de tiempo muy corto para cambios estructurales. Sólo el consenso puede lograr objetivos estratégicos a medio y largo plazo".

"Hay que revisar el Estatuto del personal y actualizarlo. El Servicio Navarro de Salud debería tener las competencias plenas en materia de gestión de personal".

"Aunque estoy totalmente de acuerdo en que es necesaria una nueva Ley Foral de Salud, propondría la aprobación de una ley foral de medidas urgentes para la mejora de la atención sanitaria, que se centre en aquellos asuntos que se pueden resolver más o menos a corto plazo".

"Considero imprescindible, aunque sea problemática, la integración efectiva del personal de urgencia rural en los equipos de Atención Primaria, priorizando la atención ordinaria sobre la atención de urgencia. No nos podemos permitir el lujo de tener profesionales infrautilizados".

"Los planes de choque no resuelven el problema de las listas de espera porque tienen un efecto rebote. Tenemos que ir a un modelo que incentive el equilibrio entre oferta y demanda". "Empecé hace 37 años con la gestión, por la frustración que me provocaba como clínico la desorganización que había entonces y desgraciadamente gran parte, tanto de los diagnósticos como de las posibles soluciones, siguen estando en vigor".

"En gestión sanitaria prima más la docilidad que la lealtad; no se buscan perfiles profesionales. Es una aberración cambiar los gerentes, incluso de hospitales o de centros de salud, con cada nuevo gobierno".

"En Navarra he encontrado especiales dificultades con la restricción de la capacidad de gestión. Que los profesionales sean funcionarios marca mucho. Tratar a todos por igual es terriblemente injusto".

"La intervención sobre gastos e inversiones en Navarra es tortuosa. Todos los años perdíamos un porcentaje de inversión porque no llegábamos a tiempo. Los procesos eran tan lentos que lo que te había concedido el Parlamento, que es por delegación de la ciudadanía, no podías comprarlo. En otros servicios autonómicos se compra y luego se controla y no hay mayor corrupción o ineficiencia".

"Hay que aumentar la financiación, pero no para hacer más de lo mismo, sino para hacer otras cosas como apoyar la prevención, incorporar incentivos, traer a primeros espadas, etc".

"La eventualidad en el empleo es maltrato laboral, aunque se pueda hacer legalmente".

Javier Sada Goñi.

Ex Director General de Salud (2003-2007).



José Carlos Garde Celigueta.

Ex Director Gerente del SNS-Osasunbidea (2003-2011).



"Hay que desfuncionarizar. Un compañero médico me decía: gano más por viejo que por médico. Tenemos que ir a un modelo de incentivos ligado a los resultados y a la calidad".

"Hacer atractivo el sistema para los profesionales requiere, entre otras medidas, mejorar contratos y primar las plazas de difícil cobertura".

"Necesitamos un plan de choque para las listas de espera que sea sistémico, que no solo aborde los problemas donde está el cuello de botella".

"La colaboración entre la sanidad pública y privada debe hacerse de forma continua y coordinada y no como ha sido hasta ahora, de una manera puntual o bien por una extensión de la oferta sanitaria. Sí entendemos que el paciente es el centro del sistema, le da igual que le atiendan en el sistema público o privado, mientras lo haga un cirujano de reconocido prestigio y sin listas de espera".

"Es necesario un cambio de paradigma. Hay que pasar del cuánto al cómo porque ahora nos dedicamos a contar consultas, intervenciones quirúrgicas... Hay que pasar de la cantidad a la calidad".

"Además de caminar hacía una mayor autonomía de gestión, es urgente ilusionar de nuevo a los profesionales con un sistema de desarrollo profesional basado en dos vías: una asistencial y otra docente e investigadora".

"En la época que nos tocó gestionar, la autonomía del Servicio Navarro de Salud tenía dos grandes limitaciones: la presupuestaria y la que marcaba Función Pública para la gestión de personal, pero entonces había muchísimos médicos en paro. Mi impresión es que ahora tenemos más limitaciones a la hora de aumentar las plantillas".

"El principal problema del Servicio Navarro de Salud, en estos momentos, es la falta de médicos en todos los estamentos, pero creo sinceramente que mucho más en Atención Primaria urbana y rural, donde el objetivo es sobrevivir al verano".

"Cualquier cosa que queramos hacer pasa por la normativa de Función Pública, que nos tiene las manos esposadas".

"¿Por qué en los años 90 fuimos capaces de llegar a acuerdos tan importantes en normativas con rango de ley y ahora no es posible el consenso? Los partidos políticos tienen que dejar a un lado sus intereses partidistas y pensar en los ciudadanos".

"Aumentar el sueldo de los profesionales de forma lineal no soluciona los problemas del medio rural porque cobrando lo mismo me quedo en Pamplona".

"Los cambios estructurales necesitan de voluntad política, que no ha habido hasta ahora, y además se debe contar con los profesionales".

Pulsamos la sanidad navarra:

¿qué nos proponen nuestros políticos?

◆Trini Díaz

El Colegio de Médicos de Navarra fue, una vez más, foro de análisis, reflexión y contraste de opiniones y propuestas. Esta vez, coincidiendo con la campaña electoral, entre representantes de los diferentes grupos políticos presentes en el Parlamento de Navarra. Respondieron a la invitación —que se realizó a todos los partidos—, Leticia San Martín (UPN), Patricia Fanlo (PSOE), Fernando Domínguez (Geroa Bai) y Txomin González (Bildu).

Ver el VÍDEO

Moderadores y políticos: Tomás Rubio (moderador), Leticia San Martín (UPN), Txomin González (Bildu), Fernando Domínguez (Geroa Bai), Patricia Fanlo (PSOE) y Julio Duart (moderador).



Tomás Rubio y Julio Duart, vicepresidente y secretario del Colegio de Médicos, moderaron un debate en el que los políticos respondieron a pre-

guntas clave sobre la necesaria reforma de la Ley Foral de Salud, presupuestos, profesionalización de la gestión y liderazgo médico, cambios en el modelo asistencial de la Atención Primaria (AP) y la colaboración entre sanidad pública y privada.

El Colegio de Médicos organizó el debate con el fin de promover la necesidad de cambios estructurales, operativos y organizativos en nuestro sistema sanitario y conscientes de que, en gran medida, esos cambios deben de ser aprobados en el Parlamento de Navarra.

El debate sugirió propuestas que, en opinión de todos los participantes, deberán llevarse a la práctica en la próxima legislatura, tales como reformar la Ley Foral de Salud, priorizar la Atención Primaria, incrementar el presupuesto de salud e investigación, otorgar mayor autonomía de gestión a los profesionales, flexibilizar y profesionalizar la gestión, mayor coordinación de niveles asistenciales y socio-sanitarios, contratación de una agencia de evaluación externa o la integración de los actuales Servicios de Urgencias Rurales (SUR) en los centros de salud. Reclamaron un pacto político, social, sindical y profesional en materia sanitaria, "una voluntad de consenso que no se da en la arena política", interpeló uno los asistentes.



El debate con los grupos políticos con representación en el Parlamento se celebró el 18 de abril en el Colegio de Médicos. En la imagen inferior, parte del público asistente. Más de 50 personas lo siguieron on-line



PREGUNTAS Y RESPUESTAS ▶▶

























¿Creen necesario un pacto para la reforma de la Ley Foral de Salud? En ese sentido, ¿comparte la propuesta de que el SNS-Osasunbidea sea una entidad independiente de Función Pública?

LETICIA SAN MARTÍN (UPN):

"Hace ya dos legislaturas que se encuentra encima de la mesa la reforma de esta Ley Foral, sin que hayamos podido verla culminada. Es urgente y necesaria esta reforma. El Gobierno de Navarra ha rechazado el ofrecimiento de Navarra Suma para elaborarla conjuntamente y con amplio consenso, que es lo que precisa una Ley que tiene que trascender legislaturas. En el camino hacia un nuevo modelo sanitario, la separación de Función Pública proporcionaría mayor autonomía y flexibilidad

PATRICIA FANLO (PSN):

"Es necesaria una nueva ley que realmente refleje un nuevo modelo de ordenación de la sanidad, con compromisos reales y realistas y que dé respuestas jurídicas a un nuevo sistema sanitario. La mayoría del arco parlamentario está de acuerdo, pero no entendemos por qué hay partidos políticos que se opusieron a la creación de la Comisión Especial de Salud en el Parlamento de Navarra para comenzar a trabajar en un proyecto que se deberá llevar a cabo irremisiblemente en la próxima legislatura".

FERNANDO DOMÍNGUEZ (Geroa Bai):

"Evidentemente es necesario desarrollar una Ley Foral de Salud con el máximo consenso posible. Desde mi punto de vista el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea debe aumentar la autonomía de gestión, pero no sólo éste sino también el Instituto Navarro de Salud Pública (ISPLN).

Por todo ello debe quedar recogido en la nueva Ley Foral de Salud".

TXOMIN GONZÁLEZ (Bildu):

"La nueva Ley Foral de Salud tiene que ser un objetivo ineludible para la próxima legislatura. Es conveniente poder desarrollarla con el mayor consenso posible para que se convierta en una herramienta útil para los siguientes 20 años. Apostamos por un modelo más ágil, eficaz y adaptado a las características del SNS-O que el actual y este objetivo se puede conseguir a través de la independencia de Función Pública, pero no es la única solución".



¿Valoran cambiar la asignación actual del presupuesto al Departamento de Salud? Indique los ámbitos del cambio y concrete las medidas.

LETICIA SAN MARTÍN (UPN):

"UPN presentó una enmienda a la totalidad a los presupuestos. A pesar del incremento en un 5,62% del dinero destinado a salud, la partida destinada a AP se redujo. Consideramos urgente la acometida de las prometidas infraestructuras, la compra de tecnología de diagnóstico y tratamiento (PET), un nuevo centro de salud mental infanto juvenil y de especialidades para la zona media de Navarra en Tafalla, habitaciones individuales en hospitales y la tan esperada UCI pediátrica en el HUN. Es esencial el cambio de modelo retributivo, transformando peonadas abusivas y sin control, en incentivos

PATRICIA FANLO (PSN):

"Necesitamos una nueva ley que garantice la financiación suficiente y que fije máximos y mínimos, tanto presupuestarios como de tiempos de espera, de conciertos, etc., con normas de buen gobierno, códigos de trasparencia y rendición de cuentas. La AP debe ser el eje del sistema, con un porcentaje mínimo de financiación para que gobierne quien gobierne, ese eje prioritario y fundamental siempre prevalezca y quede blindada su financiación pública por encima de políticas neoliberales. Sin una AP fuerte, el sistema sanitario no se sustenta".

FERNANDO DOMÍNGUEZ (Geroa Bai):

"El presupuesto global de estos años ha quedado muy distorsionado por los fondos europeos y no ha habido un aumento estructural de presupuestos en sanidad. Se debe cambiar la asignación en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Salud Mental, Salud Pública y Docencia e Investigación. En cuanto a los ámbitos del cambio y medidas más urgentes, destacaría: mayor proporción a la AP respecto a la hospitalaria y aumentar los recursos de AP; en Atención Hospitalaria, actuaciones para la reducción de listas de espera, y racionalizar el gasto farmacéutico y de tecnología de última generación; plan de infraestructuras; y revisar

TXOMIN GONZÁLEZ (Bildu):

"Nuestro objetivo presupuestario pasa por acercar el esfuerzo inversor a niveles similares al realizado por los países europeos con la mejor sanidad pública de nuestro entorno (8%) y mejorar la financiación de la AP hasta alcanzar el 20% del presupuesto total de salud en la legislatura 2023-2027. Es urgente reforzar los recursos humanos, las instalaciones e infraestructuras y la capacidad resolutiva de los equipos de AP. Salud Pública es otro de los ámbitos donde es urgente reforzar la financiación y, desde luego, mejorar de forma cualitativa el presupuesto dedicado a I+D+I en el Departamento de Salud".



¿Cómo valoran la necesidad de profesionalizar la gestión en los distintos niveles del sistema sanitario desde el liderazgo médico con rendición de cuentas?

LETICIA SAN MARTÍN (UPN):

"La profesionalización de la gestión es fundamental para garantizar un mejor funcionamiento del sistema sanitario. Para ello, es imprescindible una estrategia de recursos humanos que establezca un criterio unificado en cuanto a la formación y trayectoria necesarias para el acceso a estos puestos. Además, este plan debería contemplar facilidades para que los profesionales sanitarios puedan formarse en esta materia, asegurando así la cobertura de puestos de gestión, su continuidad y relevo generacional".

PATRICIA FANLO (PSN):

"Es necesaria una organización de la gestión por objetivos y evaluación centrada en los resultados. Nos falta aplicar sistemas de Gestión y de Evaluación de la Calidad Integral (calidad técnica, calidad percibida y eficiencia social). Necesitamos una Agencia de Evaluación Externa de la Calidad. En cuanto a la gobernanza del sistema Navarro de Salud, los cuadros de mando de gestión de Osasunbidea deberían estar más profesionalizados, formados específicamente en gestión sanitaria y mejor remunerados, con exclusividad al sistema sanitario público y a la gestión".

FERNANDO DOMÍNGUEZ (Geroa Bai):

"El programa electoral de Geroa Bai recoge dentro del apartado de propuestas comunes a toda la red de salud su apuesta por la profesionalización de los gestores sanitarios, que en cualquier nivel del sistema sanitario deberán ser elegidos para desempeñar su cargo en virtud de los principios de mérito y capacidad, al margen de su ideología o afiliación política y de los intereses de los distintos partidos. Sea cual sea la profesión del gestor sanitario debe ser sometido a procesos periódicos de rendición de cuentas".

TXOMIN GONZÁLEZ (Bildu):

"La profesionalización de los cuadros de mandos y del personal con responsabilidad de gestión en unidades, secciones y servicios es un objetivo urgente. El SNS-Osasunbidea lleva décadas sin utilizar, o utilizando de forma muy limitada, la normativa de provisión de puestos de trabajo de jefaturas. La mayoría de los gobiernos han usado y abusado de esta figura, implantando un modelo de gestión basado en la designación de jefaturas personal o ideológicamente afines, un grave error. En cuanto al liderazgo del estamento médico en la gestión, creemos que no debemos



4

¿Cuáles son los cambios más significativos en el modelo asistencial que requiere la AP en Navarra? Indique algunas medidas concretas.

LETICIA SAN MARTÍN (UPN):

"La AP en nuestra comunidad requiere de importantes cambios que le posibiliten desarrollar con solvencia el rol central que tiene que jugar dentro del sistema sanitario. Nos parece necesaria una mayor descentralización del sistema, de forma que se deje una cierta autonomía en cuanto a la organización de los equipos locales y bajo la supervisión de una rendición de cuentas basada en indicadores. Se podría plantear un proyecto piloto que ponga en práctica estos principios.

Hay que: 1. Redefinir las funciones de los profesionales sanitarios, de forma que se eliminen aquellas actividades que no aportan un valor añadido al proceso (burocráticas) y añadir otras (gestión de la demanda por parte de las enfermeras). 2. Incentivar y poner en valor el trabajo en el ámbito de la AP, intentando atraer profesionales. 3. Cambios en la composición de los equipos, que los hagan más adaptados a las necesidades reales de la población a la que atienden. La descentralización podría jugar un papel fundamental. 4. Evaluación de resultados que reoriente los cambios".

PATRICIA FANLO (PSN):

"Desde el PSN, la apuesta es clara: más recursos humanos y materiales para la AP, acondicionamiento de consultorios y centros. Medidas: 1. Plan de choque que le devuelva el vigor, prestigio, capacidad resolutiva y la dimensión de acción comunitaria, con una financiación suficiente. 2. Desburocratización, con aumento de personal administrativo con perfil sanitario y digitalización de procesos por medio de la carpeta sanitaria. 3. Redistribuir las platillas por zonas básicas de salud. Incentivar y fidelizar las plazas de difícil cobertura en áreas rurales, haciéndolas atractivas con medidas económicas, flexibilidad horaria, etc. 4 Equipos multidisciplinares con mayor autonomía y autogestión, y con profesionales sanitarios de enfermería de cuidados a domicilio, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos y optometristas. 5. Un modelo sociosanitario centrado en el envejecimiento poblacional y los pacientes crónicos y polimedicados, mejorar de la asistencia sanitaria en los centros residenciales y potenciar la visón comunitaria en contacto estrecho con las entidades locales, ayuntamientos, escuelas, farmacias, asociaciones, etc".

FERNANDO DOMÍNGUEZ (Geroa Bai):

"La AP en Navarra requiere varios cambios y medidas correctoras que deben aplicarse, entre las que destacaría: reforzar los equipos de AP, autonomía de gestión, refuerzo de lo no médico: enfermería, trabajo social y psicología, reforma de la atención continuada y urgente, apoyo a los centros de difícil cobertura y desarrollo de los Distritos Sociosanitarios. Estas propuestas se deben concretar en cambios en la financiación y organizativos. Es fundamental llegar a un pacto presupuestario entre todos los grupos políticos para garantizar un incremento presupuestario anual que permita mantener la calidad asistencial. Hay que buscar un modelo asistencial que conlleve cambios en la organización y la gestión, tender a un trabajo en equipo y dar autonomía a cada centro para gestionar mejor las capacidades de cada uno de sus profesionales. Lo primero es reequilibrar las platillas y, en este sentido, es imprescindible que el primer año de legislatura, gobierne quien gobierne, se llegue a un pacto para que los profesionales de la urgencia rurales se integren en los Equipos Básicos de Salud".

TXOMIN GONZÁLEZ (Bildu):

"Recuperar y reforzar la capacidad resolutiva de AP es fundamental. Las medidas más urgentes pasan por: 1. Implementar psicología, una iniciativa que hemos impulsado y que esperamos esté en marcha para el 1 de julio. 2. Revisar los cupos de los equipos en varios sentidos: limitar el número de TIS a un máximo de 1.200, menos de 280/300 de personas mayores de 65 años, que permita recuperar la actividad preventiva y comunitaria. 3. Revisar la estrategia de atención pediátrica de atención al niño y niña sana. El déficit de profesionales de pediatría nos obliga a realizar una reflexión con el personal afectado para conseguir garantizar la atención a la infancia en unas condiciones óptimas. 4. Construcción y renovación de las infraestructuras, adaptando los espacios a las necesidades evidenciadas en la pandemia y a nuevas especialidades (fisioterapia, psicología, etc). 5. Implantación de un modelo eficaz de la atención urgente y la atención continuada, rentabilizando los recursos existentes. 6. Modelo de formación y de investigación propios".

5

¿Cuál es y cuál debe ser en el medio plazo el papel de la colaboración público-privada en el desarrollo del sistema sanitario navarro?

LETICIA SAN MARTÍN (UPN):

"Sin cambiar nuestro modelo sanitario de cobertura gratuita y universal, la contratación de servicios privados parece más que razonable. Ahora bien, se hace imprescindible una evaluación de estos servicios por parte del sistema público. Por lo tanto, sí a la colaboración público-privada con criterios de eficiencia, eficacia y calidad".

PATRICIA FANLO (PSN):

"La apuesta principal y primordial del PSN es el sistema sanitario público. Eso no excluye que haya colaboración público-privada, de forma concreta y limitada. Debe realizarse sobre todo en el campo de la investigación, en la implementación de ensayos clínicos, la creación de patentes, la inteligencia artificial, etc."

FERNANDO DOMÍNGUEZ (Geroa Bai):

"El Programa electoral de Geroa Bai recoge el compromiso por la defensa del sistema público de salud, Al mismo tiempo que apuesta por establecer medidas para optimizar y rentabilizar los recursos públicos, propugna revisar las derivaciones y conciertos con entidades privadas desde el principio de complementariedad y subsidiariedad. La colaboración público-privada tiene que mantener siempre el liderazgo y control público".

TXOMIN GONZÁLEZ (Bildu):

"La responsabilidad de garantizar la salud de la población es única y exclusiva de la sanidad pública. Como los recursos de la sanidad pública a veces no son suficientes, se ve obligada a utilizar la sanidad privada. Pero este uso siempre tiene que estar limitado a circunstancias excepcionales".



Premios del **IX Certamen** de casos clínicos para médicos en formación

Cristina Irigoyen, Miriam Vicente y Julio César Moreno, ganadores del primer, segundo y tercer premio.

José Luis Ramírez, premio al mejor póster.



Cristina Irigoyen Bañegil, residente de segundo año de Oftalmología de la Clínica Universidad de Navarra (CUN), se proclamó ganadora del IX Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes con un caso titulado "Neuromielitis óptica en paciente pediátrico: La importancia de un manejo precoz". El premio está dotado con 1.000 euros.

El segundo premio (750 euros) fue para **Miriam Vicente Ruiz**, residente de cuarto año de Cirugía

Plástica, Estética y Reparadora en la Clínica Universidad de Navarra (CUN), por el caso clínico "Doctor, o me opera o me suicido: Retos reconstructivos en una paciente paliativa".

Julio César Moreno Alfonso, residente de cuarto año de Cirugía Pediátrica en el Hospital Universitario de Navarra (HUN), recibió el tercer premio (dotado con una cuantía de 500 euros) por su caso "Mutación pik3ca en biopsia de tejido afecto de paciente con malformación capilar

difusa y sobrecrecimiento: Un nuevo paradigma de investigación diagnóstica en las anomalías vasculares".

El premio al mejor póster fue para José Luis Ramírez Cervera, residente de tercer año de Cirugía General y del Aparato Digestivo en el Hospital Universitario de Navarra (HUN), por el caso titulado "Cirugía hepática extrema: Cuándo la lesión es inicialmente irresecable. La importancia de los equipos multidisciplinares". Este premio está dotado con 300 euros.

45 casos presentados

En esta novena edición, se presentaron un total de 45 casos. De ellos, el Jurado seleccionó los seis mejores para su presentación oral y otros catorce para su presentación en formato póster.

Los finalistas defendieron su caso y contestaron a las preguntas del Jurado formado por los doctores Jean Louis Clint (Médico de Familia. Urgencias extrahospitalarias-UVI Móvil), Joaquín de Carlos (endocrinólogo en el Hospital de Zumárraga), Coro Miranda (cirujana del Hospital Universitario de Navarra), Ma Carmen Martínez Velasco (médico internista del Hospital García Orcoyen de Estella) y Tomás Rubio (médico internista del Hospital Universitario de Navarra y vicepresidente del Colegio de Médicos).

El Colegio de Médicos editará un libro con los 20 casos que han llegado a la final.







Finalistas

Además de los premiados, los autores principales de los casos finalistas que se presentaron oralmente son:

- Andoni Presa Orué,
- Jorge Illarramendi Esteban y
- Diana López Equiza.

Los clasificados para su presentación en formato póster, además del ganador, fueron:

- Javier Arredondo Montero,
- · Raquel Ros Briones,
- Guadalupe Talavera Utrera,
- Sergio Sánchez Fernández,
- Carmen Sala Trull,
- Leyre Cayetana Ugarte Mugarza,
- Christian Alejandro Espinoza Vinces,
- Irati Pérez Otermin,
- Beatriz Ramos Lacuey,
- Íñigo Arroyo Pérez,
- Henar Casal de Andrés,
- Nuria Blanco Asensio y
- Ángel Andrés Henares Chavarino.





El vicepresidente del Colegio de Médicos, Tomás Rubio, entrega el primer premio a Cristina Irigoyen.



Joaquín de Carlos con Miriam Vicente, segundo premio.



Mª Carmen Martínez Velasco con Julio César Moreno, tercer premio.



Coro Miranda con José Luis Ramírez, autor del póster ganador.

ENTREVISTA A LOS PREMIADOS

- 1. ¿Esperabas el premio?
- 2. ¿Por qué elegiste este caso?
- 3. Principales conclusiones.
- 4. ¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación?
- 5. ¿Qué valoración haces de este Certamen?





"El Certamen incentiva a los residentes a buscar casos clínicos interesantes y estudiarlos más a fondo"

- Sabía que era un caso muy interesante, pero no me esperaba ganar. Soy consciente de que hay gente muy buena en Navarra, así que veía posible que alguien expusiera algo mejor.
- 2. Es un caso llamativo, no solo por la buena evolución que tuvo sino porque no es una enfermedad frecuente, además de por el hecho de ser diagnosticada desde el Departamento de Oftalmología. De hecho, lo bonito del caso para mi es que nos obligó a hacer un diagnóstico diferencial amplio para poder tratarlo, aún teniendo menos datos de los que se requieren para llegar al diagnóstico.
- Como principal conclusión sacaríamos que, en casos complicados como este, es muy importante un buen diagnóstico diferencial para poder dirigir un tratamiento empírico. Sobre todo, si algunas de las enfermedades mejoran su pronóstico con un tratamiento temprano.
- 4. A mí me sirvió, sobre todo, para estudiar y aprender acerca de la enfermedad propiamente y las enfermedades similares, así como aprender del buen proceder de mi adjunto el Dr. Jesús Barrio, quien se implicó mucho en el caso desde el primer momento.
- 5. Me parece muy buena idea, incentiva a los residentes a buscar casos clínicos interesantes y estudiarlos más a fondo para poder presentarlos. Además del premio, claro, y de que el caso se publique en un libro de casos clínicos que luego cuente como una publicación en capítulo de libro de cara al currículum.

Miriam Vicente, segundo premio



"Siempre hay que luchar por los pacientes, incluso cuando sabes que ya no puedes curarles"

- El caso que presentaba era interesante y podía suscitar el interés del jurado, pero nunca sabes lo que han presentado tus compañeros o el nivel de los otros trabajos por lo que es difícil "esperar" el premio. Para mí fue un bonito reconocimiento al trabajo conjunto de los equipos de Cirugía Plástica y Ginecología, así como los demás equipos implicados.
- Fue una paciente que me marcó especialmente porque su caso era muy desesperado. Llegó a la consulta con muy mala calidad de vida, vivía prácticamente confinada en la cama, y logramos que recuperara su vida y pudiera retomar actividades tan cotidianas como pasear a su perro o sentarse en la terraza de su casa.

- 3. Que siempre hay que luchar por los pacientes. Incluso cuando sabes que ya no puedes curarles, tienes que velar para que tengan la mejor calidad de vida posible. Y la importancia de que los equipos médicos trabajen de manera coordinada; para ello es necesario que haya un equipo responsable que sea el que dirija y que tenga una visión global del paciente.
- 4. Me ha ayudado a pararme y reflexionar sobre la responsabilidad que tengo en la vida de los pacientes
- que trato en mi día a día, incluso siendo residente, y darme cuenta de que de mi buen hacer como médico dependen muchas cosas importantes. También de la importancia de saberme parte de una comunidad científica que comparte conocimiento, en este caso a través del Colegio de Médicos de Navarra.
- 5. Es una iniciativa que ayuda a los residentes a tener un espíritu crítico en su práctica clínica diaria, cuestionando el por qué de las decisiones que se toman y contrastándolo con la literatura científica. Además, fomenta la implicación de los residentes en el Colegio de Médicos. Sin ir más lejos, el Certamen fue la segunda ocasión en la que yo acudía al Colegio, la primera fue hace cuatro años cuando fui a colegiarme.

Julio César Moreno, tercer premio

"Esta experiencia ha sido una valiosa oportunidad para trabajar en colaboración con especialistas de diferentes áreas"



- En un Certamen tan competitivo como este, nunca se sabe con
 certeza quién será el ganador.
 Sin embargo, siempre tuve la esperanza de que mi caso fuera reconocido por su singularidad y su
 relevancia clínica, lo que me llevó
 a dedicarle una cantidad significativa de tiempo y esfuerzo. El
 premio fue un reconocimiento
 muy gratificante a mi trabajo y
 un impulso para seguir esforzándome en mi formación médica.
- Este caso fue uno de los más intrigantes y desafiantes que he encontrado en mi carrera como médico residente. El paciente
- presentaba una malformación capilar difusa con sobrecrecimiento, lo cual es un fenómeno raro y poco comprendido. Sin embargo, el descubrimiento de una mutación en mosaico de PIK3CA fue un hallazgo emocionante y potencialmente significativo para el tratamiento futuro de la enfermedad mediante una terapia dirigida. Aunque las anomalías vasculares sindrómicas son enfermedades raras creo que es nuestra obligación conocerlas, ya que la actuación oportuna puede hacer la diferencia en la futura calidad de vida del enfermo; por eso elegí este caso.

- 3. La identificación de mutaciones genéticas en anomalías vasculares complejas tiene el potencial de proporcionar información crítica para el tratamiento personalizado y manejo de la enfermedad. Además, la biopsia de tejido afectado proporciona información valiosa que no se puede obtener a través de otros métodos de diagnóstico. Esta experiencia ha reforzado mi comprensión de la fisiopatología de las anomalías vasculares y mi capacidad de razonamiento clínico-quirúrgico.
- 4. Esta experiencia ha sido una valiosa oportunidad para afianzar mis conocimientos en el diagnóstico y tratamiento de las anomalías vasculares, así como para trabajar en colaboración con especialistas de diferentes áreas. Además, este caso ha reforzado la importancia de seguir aprendiendo y mejorando mis habilidades clínicas y de investigación para poder brindar la mejor atención posible a mis pacientes.
- 5. El Certamen es una ocasión única para que los médicos internos residentes compartan sus experiencias clínicas y aprendan de los casos presentados por sus colegas. También es una excelente oportunidad para recibir retroalimentación valiosa y reconocimiento por el trabajo dedicado en la práctica médica, lo cual es una motivación adicional para continuar investigando y aprendiendo. En general, valoro altamente este Certamen y creo que es un evento importante para el desarrollo y la formación de los futuros especialistas del Sistema Navarro de Salud.



Las **agresiones** comunicadas a los colegios de médicos baten récord en 2022

Suben también las notificadas al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SNS-O

Con motivo del Día Europeo Contra las Agresiones a Médicos y Profesionales Sanitarios, que se celebró el 12 de marzo, el Observatorio Contra las Agresiones del Consejo General de Médicos (CGCOM) presentó su informe anual con los datos de las agresiones a médicos

durante el año 2022, unas cifras que baten el récord histórico, con 843 acciones violentas comunicadas a los colegios de médicos, lo que supone un 38% más que el año anterior.

También los datos facilitados por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea refleian un incremento en las agresiones notificadas por los facultativos navarros. En el año 2022, fueron 143 agresiones (6 físicas y 137 verbales), una cifra superior a la registrada en el año 2021, que fueron 123.



Tu Colegio frente a una agresión

El Colegio de Médicos de Navarra mostró su preocupación frente a estos datos, que son solo la punta del iceberg. En un comunicado subrayó que "hay ocasiones en las que el médico no comunica la agresión a su Colegio porque piensa que sirve para poco", por lo que anima a comunicar cualquier agresión e iniciar el proceso de denuncia. Para acompañar a los colegiados en el proceso, el Colegio navarro pone a su disposición un servicio de asesoría jurídica personalizada que permite que el médico que ha sufrido una agresión esté acompañado por un letrado desde el inicio del proceso. Además, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) facilita una valoración confidencial y personalizada si el profesional necesita asistencia en el ámbito psicológico.

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 en la lucha contra este problema. El Colegio de Médicos de Navarra valora que ahora es necesario que esto se extienda a los profesionales que trabajan en la sanidad privada, sector que ha sufrido

el 11% de las agresiones registradas por el CGCOM durante el año 2022. Desde los colegios de médicos se seguirá 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.

El Colegio de Médicos de Navarra seguirá impulsando los protocolos y acciones que contribuyan a erradicar las agresiones a los profesionales sanitarios y dar una respuesta ágil, coordinada y personalizada a los médicos de Navarra. El Colegio y la Fiscalía Superior de Justicia de Navarra firmaron, en febrero de 2012, un protocolo de actuación que garantiza una atención eficaz y rápida en los casos de agresiones contra médicos y que permite, además, un seguimiento del procedimiento más completo.

Finalmente, el Colegio de Médicos de Navarra hace un llamamiento a la unidad y coordinación de 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.



AGRESIONES

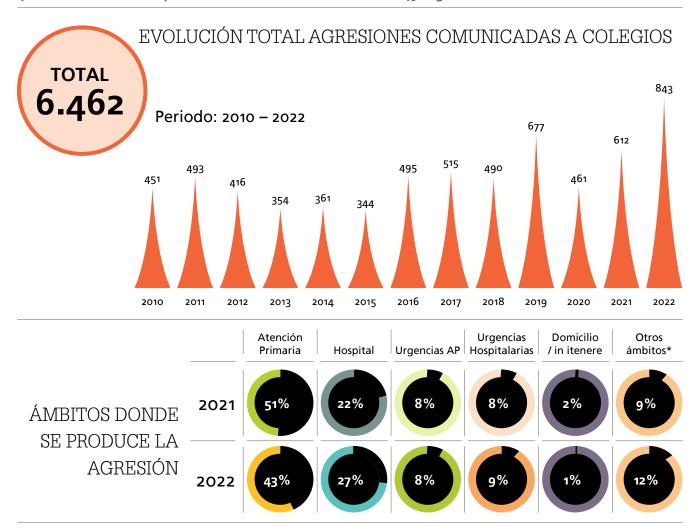
Agresiones en Navarra: Datos

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en Navarra registró en el año 2022 un total de 588 agresiones a profesionales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), un 19,5% más que las registradas en 2021, cuando hubo 492. De las 588 agresiones, el 78,2% fueron verbales

Por estamentos, el más castigado fue el personal administrativo: un 10,2% de su plantilla notificó una agresión, aunque el 98% fueron verbales. Los siguientes en incidencia fueron los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAES): un 5,7%, de las que más de la mitad fueron físicas. En tercera posición, se sitúa el personal médico: el 5,3% de la plantilla notificó alguna agresión, aunque también aquí un 95% fueron verbales. A continuación está Enfermería (4,2%), celadores (2,3%) y otro personal no sanitario (0,8%%).

En cuanto a los protagonistas de las agresiones, 452 fueron acometidas por pacientes (76,9%) y 136 (23,1%) por familiares o acompañantes. En relación a los motivos alegados, 156 estaban relacionadas con la atención recibida por el usuario; 189, con el propio acto sanitario o administrativo; y 162, con causas ajenas al sistema. Según los datos del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, nueve de los profesionales agredidos precisaron baja médica, las cuales oscilaron entre uno y 31 días.

El Observatorio Contra las Agresiones del CGCOM recogió en 2022 un total de 843 agresiones, 231 más que el año anterior, lo que sitúa la cifra total desde 2010 en 6.492 agresiones.



Observatorio contra las Agresiones del CGCOM:

Perfil de la víctima y agresor

STOP

MÉDICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, PERFIL DE LA AGRESIÓN.

De todas las agresiones sufridas el 61% corresponde a mujeres, un dato que consolida la tendencia de los últimos años en los que las mujeres sufren la mayor parte de las agresiones.

El ámbito de la Atención Primaria las agresiones representan el 43% de los casos, un porcentaje que, aunque experimenta un descenso a nivel nacional, no es homogéneo en todas las CCAA. Por detrás se sitúan los Hospitales que sube cinco puntos y se coloca en el 27%, por delante de Urgencias de Hospitales (9%) y Urgencias de Atención Primaria (8%).

LOS INSULTOS Y VEJACIONES REPRESENTAN CASI LA MITAD DE LAS AGRESIONES Y REPUNTAN LAS AGRESIONES FÍSICAS.

Respecto a los diferentes tipos de agresiones sufridas, en el 84% de los casos se produjeron insultos y amenazas, mayoritariamente a mujeres, mientas que el 16% restante fueron agresiones que acabaron en lesiones físicas, sufriéndolas en un 56% las mujeres y un 44% los hombres. Cabe destacar el aumento registrado en lesiones (+3%). De todas las agresiones recibidas y comunicadas acabaron en baja laboral el 10% de las mismas.

EL 21% DE LAS AGRESIONES NO ESTÁN RELACIONADAS CON TEMAS ASISTENCIALES SINO ESTRUCTURALES.

Dos de cada diez agresiones no están relacionadas con atención médica o cuestiones asistenciales. Dentro de este ámbito "estructural" destaca con un 64,3% el tiempo en ser atendido, seguido de un mal funcionamiento del centro (24,9%) y de aquello relacionado con los protocolos COVID-19 (11,7%). Dentro de las causas asistenciales de nuevo la principal causa de la agresión es la discrepancia con la atención médica recibida, que se sitúa en el 53%. También son motivos de agresiones las discrepancias personales (13,8%); no recetar lo propuesto por el paciente (12,4%); aquello relacionado con la incapacidad temporal (10,6%); y, por último, informes no acordes a las pretensiones (9,9%).

Respecto al **tipo de ejercicio** en el que se han producido las agresiones en el año 2022, también mantienen datos similares a los de años anteriores con una clara preponderancia del

ejercicio público (89%) frente al privado (11%). De todas las agresiones, el 95,1% se producen en horario y entorno laboral. En la distribución por edades el informe resalta que el mayor aumento por rango de edad se ha producido entre los colegiados más jóvenes (menos de 35 años) que ya representan una cuarta parte de los agredidos (25,4%).

TIPOLOGÍA DE AGRESORES.

En cuanto a la tipología de los agresores en el año 2022, los datos muestran que son principalmente pacientes programados (48%), seguidos de los pacientes no programados (28%) y los acompañantes (22%).





ESTUDIO DEMOSCÓPICO

Los médicos navarros suspenden al SNS-O en planificación y reconocimiento a sus profesionales

Un estudio demoscópico realizado por el Colegio de Médicos de Navarra entre más de 120 médicos y médicas en activo otorga una puntuación global de un aprobado (un 5,66 sobre 10) a la sanidad navarra.

El estudio, que ha sido supervisado por un equipo de sociólogos, recoge la percepción de Jefes de Servicio, profesionales senior y junior y MIRes de tercer y cuarto año de todas las especialidades médicas. Se realizó durante los meses de octubre y noviembre de 2022.



Julio Duart, Rafael Teijeira, Tomás Rubio y Carlos Beaumont en la presentación del II Foro Hacia un sistema de salud dirigido por los profesionales, organizado en respuesta a la demandas recogidas entre los colegiados.

En cuanto al grado de satisfacción sobre diferentes aspectos, los médicos encuestados dan la puntuación más alta a los recursos técnicos (un 6,77 sobre 10) y suspenden al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en planificación (un 4,76 sobre 10) y en reconocimiento a sus profesionales (un 4,12 sobre 10). Valoran los recursos humanos con un 6,11, los equipos con un 6,61 y el reconocimiento del paciente con un 6,25 sobre 10.

SOBRE LA SATISFACCIÓN CON LA SANIDAD EN NAVARRA

Grado de satisfacción hoy con nuestra sanidad. Escala 1 Muy insatisfecho/a – 10 Muy satisfecho/a

	VALIDUS	PERDIDOS	MEDIA	DESV.TIP.
Recursos técnicos	117	1	6,77	1,94
Recursos humanos	85	33	6,11	2,10
Equipos	117	1	6,61	1,79
Reconocimiento del paciente	117	1	6,25	1,87
Reconocimiento de la Administración	117	1	4,12	2,11
Planificación	116	2	4,76	2,11

ESTUDIO DEMOSCÓPICO

EN CUESTIÓN, LA VIABILIDAD DEL SISTEMA

Los profesionales ponen en cuestión mayoritariamente la viabilidad y sostenibilidad del actual sistema sanitario, siendo necesarios más y mayores cambios en gestión, planificación, regulación y mayor acceso y uso de nuevas tecnologías.

Piden mayor autonomía de equipos, multidisciplinariedad, más financiación pública, ajustes entre la cartera de servicios y recursos, y resultados con impacto económico en los profesionales.

Para más del 60% de los encuestados, la comunidad de referencia en calidad de asistencia sanitaria y en gestión del modelo sanitario es el País Vasco. En segundo y tercer lugar, sitúan a Navarra y Cataluña.

A la pregunta sobre los efectos clave para que la Atención Primaria sea considerada el eje vertebrador del sistema sanitario, destacaron la coordinación existente con centros de especialidades hospitalarias y otros (un 21,14%), el tiempo dedicado a cada paciente (un 17,43%) y la atención integral al paciente, familia y comunidad (un 17,43%). En menor porcentaje (entre un 8 y 9% de las respuestas): la confianza y seguridad que genera en el paciente, el liderazgo profesional de los médicos y mayor equidad entre zonas rurales y urbanas.

SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

Valoración / percepción "El sistema debe evolucionar hacia..." Respuesta múltiple máx. tres opciones

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sistema centralizado para la toma de decisiones	8	2,29%
Mayor autonomía de los equipos, equipos con mayor capacidad de gestión y rendición de resultados	71	20,29%
Incremento de la financiación pública	49	14,00%
Aumento de la inversión/apoyo en la sanidad privada	14	4,00%
Ajuste entre la cartera de servicios y los recursos existentes	41	11,71%
Mayor digitalización de los procesos y/o protocolos	19	5,43%
Más equipos multidisciplinares (entre AP, especialidades hospitalarias, otros profesionales)	55	15,71%
Resultados con impacto económico en los profesionales	41	11,71%
Resultados con otros impactos profesionales	18	5,14%
Copago elemento de control de la demanda	34	9,71%
TOTAL	350	100,00%

SOBRE EFECTOS CLAVE PARA QUE LA AP SEA CONSIDERADA EL EJE VERTEBRADOR DEL SS.

Valoración / percepción "El sistema debe evolucionar hacia..." Respuesta múltiple máx. tres opciones

RETOS Y PROPUESTAS

Los retos más importantes para los próximos años son, según los médicos encuestados, la falta profesionales, la tecnología y digitalización, el aumento de la demanda (por el envejecimiento de la población, entre otras causas), las listas de espera, el refuerzo de la Atención Primaria, la multidisciplinariedad, la mejora del sistema de retribuciones y la baja motivación de los profesionales.

La encuesta incluía la posibilidad de aportar sugerencias, entre las que se señalaron: revisar las condiciones de contratación en Navarra en comparación con otras Comunidades, buscando mayor estabilidad; trabajar en la concienciación y visibilización del valor añadido de la Sanidad entre la población para educar en un mejor uso de los servicios sanitarios; y mejorar la agilidad de trámites.

		-
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
La coordinación existente con centros de espacialidades hospitalarias del sistema sanitario	74	21,14%
El liderazgo profesional de los médicos	31	8,86%
Tiempo dedicado a cada paciente	63	18,00%
Conocimiento del paciente (trascender su historia clínica)	23	6,57%
Confianza y seguridad que genera en cada paciente	32	9,14%
Atención integral del paciente, familia y comunidad	61	17,43%
Digitalización IA	10	2,86%
Capacidad resolutiva con mejora de la tecnología	25	7,14%
Mayor equidad entre zonas rurales y urbanas en AP	28	8,00%
TOTAL	347	99,14%

INFORME MIR

El incumplimiento de las jornadas laborales y la falta de descanso de los MIR impactan en su salud y en la calidad asistencial

En Navarra, el 66,67% de los MIR incumple la normativa laboral en cuanto a máximos de jornada

Un estudio sobre jornada laboral y descansos de los MIR en España, realizado por el Consejo General de Médicos (CGCOM) y promovido por la Sección Nacional de Médicos Jóvenes y Promoción del Empleo, ha puesto de relieve las condiciones laborales de los médicos residentes en España y su impacto en la salud de los profesionales y la provisión de servicios. El estudio, que se realizó entre los meses de abril y mayo de 2022 entre los Médicos Internos Residentes de toda España, valora el grado de cumplimiento de la legislación laboral en lo relativo a las jornadas máximas y número de quardias.

Los datos arrojan que más de un 80% de los MIR incumple el máximo de jornada laboral y que en más del 10% de las guardias realizadas no se realiza el descanso obligatorio postguardia. También que el 50% de los residentes son incluidos en listas de sustitución (también llamadas "listas negras") para cubrir bajas de última hora. Pero, ¿cuál fue el resultado del estudio sobre jornadas laborales y descansos de los MIR en Navarra?

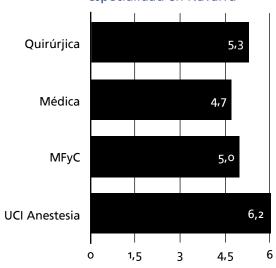
INFORME MIR

RESULTADOS DEL ESTUDIO MIR EN NAVARRA

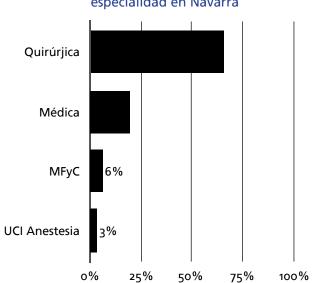
En Navarra respondieron al estudio un total de 69 residentes, 19 hombres (27,5%) y 50 mujeres (72,5%). Por año de residencia, 26 eran R1 (37,7%), 28 R2 (40,6%) y 15 de R3 a R5 (21,7%).

El 76,8% de los residentes navarros son incluidos en listas de sustitución

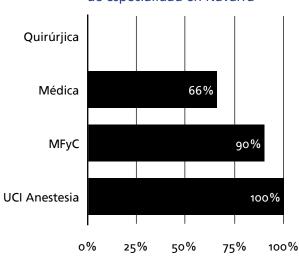
% guardias por tipo especialidad en Navarra



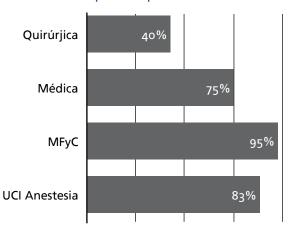
% no libranza por tipo especialidad en Navarra



% libranza de sábado por tipo de especialidad en Navarra



% en listas de sustitución por tipo de especialidad en Navarra



INFORME MIR

En el 20,9% de las ocasiones, no se realizó el descanso diario obligatorio post-guardia, siendo la tercera Comunidad Autónoma que menos libranzas realiza

EXCESO DE JORNADA: ¿CUÁNTAS GUARDIAS DE MEDIA REALIZAN LOS MIR EN NAVARRA?

El primer objetivo del estudio fue conocer el grado de cumplimiento de la legislación laboral en lo relativo a las jornadas máximas y número de guardias. Para ello se utilizó solo la tipología de guardia más frecuente de 17 o 24 horas, excluyéndose los residentes que realizan jornadas de atención continuada de inferior duración.

La jornada ordinaria de un MIR en España es de media 37,5 horas a la semana. El punto de corte para el incumplimiento del tope de 48 horas a la semana se estableció en mayor o igual de 5 guardias, lo cual es la interpretación más restrictiva posible.

En Navarra, en el 66,67% de las plazas de residente se incumple la normativa de máximos de jornada y se realizaron 5 o más guardias en el último mes, lo que está por debajo de la media nacional (80,49%). De media, el número de guardias el último mes fue de 5,00 guardias. La Rioja (100%), Región de Murcia (96,40%), Castilla la Mancha (92,09%), Galicia (91,95%), Principado de Asturias (91,30%) y Extremadura (90,38%) fueron las CC. AA. que concentraron mayor número de residentes con 5 o más guardias mensuales.

¿EN CUÁNTAS GUARDIAS NO SE HA REALIZADO EL DESCANSO DIARIO OBLIGATORIO? (MEDIA DE GUARDIAS DESCANSADAS AL DÍA SIGUIENTE/ LIBRANZA)

De media, no se realizó el descanso diario obligatorio post-guardia en el 20,9% de las ocasiones, siendo la tercera Comunidad Autónoma que menos libranzas realiza tras Cantabria (23%) y el Principado de Asturias (21%), lo que está por encima de la media en España (13%).

DESCANSO DE LA ÚLTIMA GUARDIA DE SÁBADO, POSIBILIDAD DE DESCANSAR AL MENOS 36 HORAS SEMANALES ININTERRUMPIDAS

Una de las últimas acciones en defensa de la conciliación laboral es la posibilidad de realizar un descanso semanal ininterrumpido de 36 horas/semana. El 34% de los MIR en la Comunidad Foral de Navarra no tuvieron descanso después de su última guardia de sábado el lunes siguiente o viernes, obteniendo un resultado más respetuoso con los derechos de los residentes que la media nacional (47%). Las CCAA que menos respetaron dicho descanso fueron la Comunidad Valenciana (89%), Cantabria (74%), Castilla y León (66%).

LISTAS DE SUSTITUCIÓN

El 76,8% de los residentes son incluidos en listas de sustitución en la Comunidad Foral de Navarra. Estas listas de sustitución (también llamadas "listas negras") se utilizan incumpliendo la legalidad para obligar a compañeros que no están de guardia, a cubrir una baja de última hora en caso de que algún MIR no pueda acudir a realizar su guardia. Eso supone que pueden obligar a acudir al hospital a un residente en cualquier momento, sin ningún tipo de retribución por tener dicha disponibilidad. Esto está por encima de la media nacional (50%), siendo la CCAA con peores resultados, seguida de Aragón (70%) y Andalucía (61%).

RANKING DE INCUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES LABORALES POR ESPECIALIDADES Y CCAA

Con el objetivo de sintetizar y agrupar los distintos indicadores sobre los incumplimientos de derechos laborales se ha realizado un ranking en el que se ha comparado qué Comunidades y qué especialidades respetan menos los derechos laborales de manera global.

Para su cálculo, se han incluido los siguientes parámetros: número de guardias al mes (puntuando como negativo cuando se supera el máximo europeo de horas de trabajo), % de no descanso diario tras guardia, % de no descanso semanal tras guardia de sábado, número de horas trabajadas cuando no se descansa tras una guardia y la existencia de listas de sustitución. De esta manera, se ha generado un intervalo donde el 1 es el respeto máximo de todos los derechos laborales, y el 8 el incumplimiento más alto.

En el ranking de incumplimiento de las diferentes categorías, las CCAA con mayor incumplimiento son Cantabria (3,80/8), Extremadura (3,37/8), Castilla León (3,36/8) y Asturias (3,33/8) y las que menos incumplen País Vasco (2.07/8), Canarias (2,09/8), Islas Baleares (2,12/5) y Cataluña (2,15/8).

PROPUESTAS DE MEJORA

En base a los datos que se muestran en el informe mencionado, desde la Sección Nacional de Médicos Jóvenes del CGCOM se hacen una serie de recomendaciones con el objetivo de mejorar las condiciones de los especialistas en formación, reducir el evidente impacto en la salud de los mismos y mejorar la calidad asistencial a los pacientes de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Los datos ponen de manifiesto que es necesaria una modificación de la legislación específica de la relación laboral de carácter especial de los residentes para que sea acorde a la normativa europea, al tiempo que se establecen los mecanismos de supervisión de las condiciones laborales en las que trabajan los médicos residentes en España.

Dentro de esta revisión, el CGCOM solicita que se establezca un máximo de cuatro guardias obligatorias al mes; modificar el RD 1146/2006 para que recoja el descanso semanal (36 o 72h.) presente en la legislación vigente y cuya vulneración ha quedado patente en la jurisprudencia del Tribunal Supremo; implementar sistemas de control de posibles excesos de la normativa y ajustar los tiempos de formación a la adquisición de competencias.

Por otra parte, considera fundamental el desarrollo de sistemas de evaluación externo de la formación sanitaria especializada, a través de las auditorías externas por parte del Ministerio de Sanidad y de las encuestas de satisfacción por parte de las Comunidades Autónomas, con especial interés en la evaluación de las condiciones materiales de aprendizaje y el desarrollo de planes de gestión docente.

Aboga también por realizar una revisión y mejora del marco retributivo de los MIR para que la jornada complementaria a través de las guardias no suponga el grueso de los salarios.

Uno de los elementos claves que se recogen de este estudio es el hecho de que para poder hacer cumplir la directiva europea, los médicos en formación no pueden asumir el número de horas de trabajo que actualmente están realizando. Ello va a conllevar la revisión de diferentes programas formativos de la especialidad haciendo que los tiempos de formación se vean modificados.

El CGCOM ha presentado las conclusiones al Ministerio de Sanidad y tiene previsto trasladar este informe y sus propuestas al Defensor del Pueblo, así como al Parlamento Europeo a través de una solicitud a su Comisión Parlamentaria de Peticiones (PETI), entre otras acciones, con el fin de mejorar la situación de los médicos en formación de nuestro país.



AUDIOS

Álvaro Cerame



Domingo Sánchez



MÁS INFORMACIÓN

Informe MIR Navarra



Recomendaciones para la mejora de las condiciones de los MIR en España



El incumplimiento de las jornadas laborales y la falta de descanso de los MIR impactan en su salud y en la calidad asistencial



Infografía datos estudio MIR



Infografía propuestas mejora estudio MIR





Parada cardíaca: ¿qué hacer?

Con la Dra. Fermina Beramendi Garciandía, médica de la UVI móvil de Pamplona.

Píldora realizada en colaboración con la Sociedad Navarra de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES-Navarra).



VIDEO PARADA **CARDIORESPIRATORIA**





#PíldorasParaLaSalud fin (y) @MedenaColegio



"Realizar técnicas de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) en los primeros minutos tras una parada cardíaca duplica o incluso triplica las probabilidades de sobrevivir a ésta", subraya la Dra. Fermina Beramendi Garciandía, médica de la UVI móvil de Pamplona y protagonista de la píldora para la

salud sobre "Parada cardiorespiratoria: ¿qué hacer?" del Colegio de Mé-

dicos de Navarra en colaboración con la Sociedad Navarra de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES-Na-

varra).

paradas cardíacas se producen en el domicilio

PÍLDORAS PARA LA SALUD



;OUÉ ES LA PARADA CARDIORESPIRATORIA?

La Dra. Fermina Beramendi explica que la parada cardiorrespiratoria "es una situación crítica y potencialmente reversible en la que bruscamente se detienen las funciones cardiocirculatorias del organismo: cese de la función respiratoria y cese de la actividad cardiaca" y que generalmente acontece derivado de problemas médicos agudos como infartos, arritmias cardíacas, trombos, anafilaxias, etc.

En los países occidentales, los problemas del corazón son la causa más frecuente de parada cardiorespiratoria en adultos.

Clínicamente la parada cardíaca se identifica cuando una persona no responde a nuestra llamada o a los estímulos dolorosos y no respira (o no lo hace con normalidad). "Si el paro cardiorespiratorio no se contrarresta con medidas de reanimación o resucitación, produce una disminución brusca del transporte de oxígeno, que da lugar a una mala perfusión del cerebro, y posteriormente conduce a lesiones celulares irreversibles y a la muerte".

En 1980 la American Heart Association estableció una serie de recomendaciones llamadas "cadena de supervivencia". Los cuatro eslabones iniciales son, en primer lugar, el reconocimiento precoz y la alerta rápida a los servicios de emergencias, seguido del inicio inmediato de maniobras de Resucitación Cardiopulmonar (RCP), la desfibrilación precoz y, por último, el apoyo cardiovascular avanzado administrado en el más corto plazo posible. "Los dos primeros eslabones constituyen el Soporte Vital Básico (SVB) y deberían ser conocidos por toda la población", afirma la doctora.

NO HACER NADA Frente a una parada cardíaca, lo prioritario es actuar, "lo peor es no hacer nada. Hay que vencer al miedo y la confusión inicial y actuar siguiendo una serie de pasos".

LO PEOR ES

El primer paso, explica la Dra. Beramendi, "es identificar que nos encontramos ante una parada; es decir, la persona no responde y no respira". Para comprobar la consciencia, aconseja llamar al paciente y golpearle ligeramente en la zona de los hombros, brazos... "si no nos contesta podemos decir que está inconsciente". Para comprobar si respira colocamos una mano sobre la frente y con la otra tiramos del mentón hacia arriba (así evitamos que la lengua impida el paso del aire a los pulmones). "En esta posición hacemos lo que se conoce como VER-OIR-SENTIR la respiración, que consiste en ver si sube y baja el tórax espontáneamente, oír la respiración acercando el oído a la boca-nariz y sentir el aire exhalado. Esto no debe llevarnos más de 10 segundos. Ante la duda, debemos considerar que no respira".

Una vez identificada la parada y mientras llamamos al 112 (si no lo hemos hecho ya) iniciaremos las compresiones torácicas. "Debemos intentar transmitir con la mayor tranquilidad posible los datos que nos soliciten desde el 112, sin dejar de hacer las maniobras de RCP. Los operadores del centro de emergencias nos guiarán y localizarán el desfibrilador más cercano para poder conseguir una reanimación eficaz".

SINSTRUCCIONES BÁSICAS PARA REALIZAR LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y SABER UTILIZAR UN DESFIBRILADOR

EVER TODAS LAS PÍLDORAS

Según la Dra. Beramendi "cada minuto de retraso en la atención a la parada cardíaca hace disminuir un 10% las posibilidades de sobrevivir a la misma, de manera que con una atención correcta y precoz bajaría su mortalidad de manera muy importante". Sin embargo, en la actualidad, estas maniobras sólo se realizan en una de cada cinco personas que sufren un paro fuera del hospital.

Destaca que entre el 60-70% de las paradas cardiorespiratorias se producen en el domicilio por lo que "es fundamental que los testigos de una parada inicien las maniobras de RCP, así probablemente estarán salvando a sus familiares, amigos, vecinos..."

La Dra. Beramendi indica en el vídeo que la tasa de supervivencia de un paro cardíaco sin la debida atención médica es muy baja: un 8% en Europa y algo mayor en Navarra, en torno al 10%, razón por la cual es de vital importancia divulgar información acerca de las nociones básicas para aplicar las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP). "Si fuéramos capaces de conseguir aumentar el porcentaje de personas que aprenden e inician estas medidas se podría llegar a salvar entre un 15-20% más de vidas".



FORO DE ATENCIÓN PRIMARIA

12 de abril:

Día de la Atención Primaria

Con motivo del Día de la Atención Primaria, el Foro Médico de Atención Primaria en Navarra remitió una carta a los medios de comunicación, que reproducimos a continuación.

"Una Atención Primaria resolutiva y fuerte mejora la salud, previene enfermedad y permite evitar exclusiones en la atención sanitaria a las personas con más dificultades"

Entro en la consulta, a primera hora de la mañana. Enciendo el ordenador y abro la ventana. Ese árbol de enfrente comienza a florecer, son ya unas cuantas las primaveras que disfruto de ese momento. Y, detrás, el movimiento de la gente que inicia su día.

Miro el correo, tengo varios mensajes... La presentación del nuevo programa de fisioterapia en Atención Primaria. El recordatorio y orden del día de la reunión de equipo del miércoles. Un correo de Javier I: "Te mando los resultados de la revisión laboral que te comenté ayer en la consulta, ya me dirás qué te parece el colesterol y si me apunto al programa de ejercicio del barrio. Pido consulta no presencial para tu agenda". Otro correo de la farmacéutica de la farmacia de la zona, con dudas sobre prescripciones para comentar. Un correo recordatorio de un curso sobre dolor crónico y otro de actualización en patología respiratoria... Me acuerdo de que todavía no me he apuntado a las jornadas formativas de la sociedad científica...

Reviso los resultados de las pruebas de ayer, las visitas a urgencias y los informes que me han enviado desde el hospital. Me anoto que tengo que llamar a Luisa, su biopsia ha salido benigna.

Abro la agenda, veo las citas concertadas con pacientes: el control de la bronquitis de Eider, el dolor de cadera de Miguel, esa cistitis repetida de Julia, el control de la pluripatología crónica de Jose Mari, cómo van la ansiedad y el ánimo de Elena... Se van añadiendo las consultas agudas que van surgiendo: pacientes con fiebre, dolor de cabeza, diarrea, torsión del tobillo, catarro, dolor lumbar... Me preocupa la pierna inflamada y enrojecida de Ana... "¿Te parece si quedamos en una hora con otro compañero, que maneja más las ecografías?".

Y va pasando la mañana... hablo varias veces con mi compañera enfermera: "Habrá que revisar el tratamiento antihipertensivo de María, no hay manera de controlársela. Te paso el electro, me parece que tiene una arritmia";



Encuentro "La Atención Primaria herida de muerte, salvarla es cosa de todos", organizado por el Foro Médico de Atención Primaria en Navarra, el pasado 11 de enero. Participaron autoridades sanitarias, profesionales de centros de salud y ciudadanos.



"Recuerda que hemos quedado a las doce en el domicilio de Marisa para la visita conjunta con la trabajadora social, a ver cómo se va reorganizado la familia después del fallecimiento de Ramón que era su cuidador principal"; "Ha venido Eusebio, tiene una mancha fea en la pierna. No sé si podremos operársela nosotras o será mejor que lo man-

des al hospital. ¿Pasas y le echas un vistazo?".

Nos llama la administrativa: "Siento molestar, pero avisan desde el 112, ha llamado la cuidadora de Juan. Que se ha caído y no lo puede levantar. Ha avisado a los vecinos y les parece que le falla la pierna. Igual se ha fracturado la cadera...".

Al volver de la urgencia, veo que tengo pendiente una cita no presencial de Aritz para "llamar a la pediatra". "Hoy no estoy –dice la pediatra– y hay que valorarlo hoy sin falta. Ya conoces a la familia, es de vuestro cupo. Cítamelo de nuevo mañana, que hay que vigilarlo de cerca".

Laura, nuestra pediatra, cubre varias zonas. Viene tres días a la semana a nuestro centro, sobre todo para controlar a los niños con problemas de salud importantes, aunque también valora problemas agudos de salud y hace las revisiones de niños sanos, dentro del Programa de Salud Infantil. Ella y la enfermera de pediatría van al colegio a dar charlas y se coordinan con su director, las orientadoras y los servicios sociales cuando detectan una necesidad especial en algún niño o adolescente. Menudo invierno llevan entre bronquiolitis, gripes y problemas de autoestima en adolescentes. Siempre nos coordinamos para dar la mejor atención a nuestra población pediátrica, aunque es una pena no tenerla aquí todos los días. Y que gusto da ver la disposición y comprensión de las familias ante esta situación intermitente.

La médica residente que está rotando conmigo tiene una duda sobre cómo abordar un cuadro en el que no hay un diagnóstico claro de primeras. Habláis un rato sobre la gestión de la incertidumbre, tan complicada en estos tiempos de inmediatez y alta tecnología. Le explicas que nuestra principal herramienta es el conocer a las personas y el poder volver a verlas con cercanía.

Hemos dejado para última hora la visita a Petra, que tiene un cáncer terminal, para acompañarla, ajustar la medicación para que esté más cómoda e ir trabajando el final de su vida. Vamos a verla cada 2 días, a veces con el equipo específico de cuidados paliativos a domicilio.

Llega el final de la mañana, con retraso otra vez, y me doy cuenta de que no me ha dado tiempo a buscar la información para preparar la sesión de docencia sobre detección del maltrato a personas mayores que habíamos acordado en el equipo. Descargo la guía oficial y lo dejo para hacer en casa.

Ya fuera del horario de trabajo, por desgracia, hemos quedado en reunirnos el grupo motor sobre el Plan Local de Adicciones, que se ha decidido impulsar en nuestra comunidad. Vamos a hacer un diagnóstico de la situación del consumo de tóxicos con la población, para decidir en qué es más prioritario empezar a trabajar.

La Atención Primaria es el ámbito donde se resuelven la gran mayoría de las necesidades de salud de la población, en los países en los que existe. En ella, se debería dar una atención longitudinal –a lo largo de toda la vida de la persona–, accesible –especialmente a quién más dificultades tenga–, integrada –con otros dispositivos de la red de salud- e integral -no centrándose en la enfermedad, si no en la persona, su familia y su comunidad–.

Este modelo, propugnado en los años 70, ha ido alejándose de la realidad de la sociedad, y nuestros políticos no han sabido, o no han querido, apostar por renovarla y convertirla en un recurso potente para los ciudadanos. Tener una Atención Primaria resolutiva y fuerte mejora la salud, previene enfermedad y permite evitar exclusiones en la atención sanitaria a las personas con más dificultades.

En el día de la Atención Primaria, desde el Foro Médico de Atención Primaria, reivindicamos encontrar ese modelo de atención que la población necesita, en favor de su salud y sobre todo de su bienestar. Podemos cambiar el modelo, pero no sus valores, para que las futuras generaciones puedan seguir disfrutando de esa joya que es la Atención Primaria. Y esto solo lo podemos conseguir entre todos: profesionales, políticos, gestores y ciudadanos, todos a una.

El Foro Médico de Atención Primaria en Navarra está formado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Navarra), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG-Navarra), la Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria (nam-FYC), la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE), el Colegio Oficial de Médicos de Navarra (COMNA) y el Sindicato Médico Navarra (SMN).

VACUNAS

XVIII Jornadas Navarras de Vacunas

Las novedades en vacunación frente a la malaria, el Virus Respiratorio Sincitial y el Herpes Zóster fueron algunos de los temas que se debatieron en las XVIII Jornadas Navarras de Vacunas, organizadas por el Instituto Balmis de Vacunas y profesionales del Servicio Navarro de Salud.

Cerca de 350 profesionales sanitarios participaron en las Jornadas, celebradas los días 23 y 24 de febrero en el Colegio de Médicos de Navarra y que reunieron a los mayores expertos nacionales en vacunología e inmunización.



XVIII Jornadas Navarras de Vacunas en el Colegio de Médicos.

Comenzó con una mesa redonda, moderada por la Dra. Isabel Martín Montaner, pediatra del Servicio Navarro de Salud, en la que se debatió sobre el estado de **nuevas vacunas**. El Dr. Quique Bassat, pediatra y epidemiólogo clínico del Instituto de Salud Global de Barcelona, habló sobre la vacuna contra la malaria y aseguró que "una de cada tres muertes en niños se deben a enfermedades inmunoprevenibles", recordando que "hay algo que da más miedo que las vacunas y es no tenerlas".

Por su parte, la Dra. Judith Chamorro, jefa del Servicio de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria del Hospital Universitario de Navarra, dio las claves de la vacunación frente al Herpes Zóster y destacó que una de cada cuatro mujeres y uno de cada cinco hombres mayores de 50 años padecerán al menos un episodio causado por este virus en

su vida. En este sentido, insistió en la importancia de que los médicos de familia recomienden la vacunación a todas las personas a partir de esta edad, con independencia de que esté financiada o no en sus respectivas comunidades autónomas.

En esta misma mesa, el Dr. Manuel Baca, jefe del Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital Quirón Salud Málaga, abordó los avances en la prevención del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) que, a su juicio, es "un verdadero problema de salud pública", que colapsa los sistemas sanitarios año tras año". La mayoría de infectados son niños previamente sanos y supone un aumento en la prescripción de antibióticos, por lo que las estrategias de inmunización son esenciales y se abren nuevas perspectivas en su abordaje.

Los expertos también ahondaron en la situación actual y el futuro de

la vacunación frente a enfermedades como la Covid-19 y la meningitis, en una mesa moderada por el Dr. José García-Sicilia, pediatra consultor y expresidente de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha. En ella participó el Dr. Francisco Giménez Sánchez, director del Instituto Balmis de Vacunas, cuya intervención versó sobre vacunas internacionales, repasando las principales infecciones importadas, como la malaria, la diarrea del viajero, las hepatitis A y B, la fiebre tifoidea, el dengue, o la gripe y la Covid-19, entre otras. El Dr. Francisco Giménez señaló que, por regla general, todas las vacunas pueden ser administradas en la misma visita.

El primer día concluyó con una mesa interactiva en la que las pediatras del Hospital Universitario de Navarra, Mercedes Herranz y Natividad Viguria, plantearon casos clínicos sobre infecciones inmunoprevenibles.

Dr. Bassat:

"Hay algo que da más miedo que las vacunas y es no tenerlas"

Dra. Chamorro:

"Una de cada cuatro mujeres y uno de cada cinco hombres mayores de 50 años padecerán al menos un episodio de Herpes Zóster en su vida"

Nuevas vacunas frente al neumococo

Las Jornadas continuaron el 24 de febrero, con dos mesas redondas moderadas por la Dra. Isabel Martín. En la primera, el Dr. Jesús Ruiz Contreras, jefe de Pediatría del Hospital 12 de Octubre de Madrid, se centró en el futuro de la vacunación frente al neumococo y aseguró que "las nuevas vacunas conjugadas de valencia ampliada contribuirán a disminuir la carga de la Enfermedad Neumocócica Invasiva (ENI) y no invasiva en el niño y el adulto".

Por su parte, el Dr. Valentín Pineda, pediatra del Hospital de Sabadell y ex presidente de la Sociedad Catalana de Pediatría, destacó la importancia de seguir mejorando los datos de la **prevención frente a la gripe**, también en la población infantil, ya que las tasas de hospitalización en niños y en personas mayores de 64 años por este virus son similares.

En esta misma mesa se abordaron las **novedades de la vacunación frente al VPH**, a cargo del Dr. Manuel García-Cenoz, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, quien señaló que es la infección de transmisión sexual más frecuente del mundo



La Dra. Isabel Martín Montaner, pediatra del Servicio Navarro de Salud, moderó varias de las mesas redondas programadas.

y que el 91% de los hombres y el 85% de las mujeres sexualmente activos tendrán al menos una infección VPH a lo largo de su vida, de ahí la importancia de la vacunación tanto en chicos como en chicas.

En la segunda de las mesas redondas, Yolanda Velaz, enfermera especializada en pediatría y fundadora de "Nadie como mamá", insistió en la importancia de la divulgación en vacunas y lamentó que "para crear un bulo no se necesita prácticamente nada". En esta misma mesa la Dra. Magda Campins, jefa de Medicina Preventiva en el Hospital Vall d'Hebron (Barcelona), incidió en la respuesta de las vacunas ante las emergencias actuales, profundizando en la viruela del mono y en la polio.

Las Jornadas finalizaron con una sesión interactiva sobre las preguntas más frecuentes sobre vacunas realizadas al Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP), a cargo de los pediatras Mara Garcés, del Centro de Salud Nazaret (Valencia), y Francisco Álvarez, coordinador del Comité Asesor en Vacunas de la AEP.



Intervención del Dr. Francisco Giménez Sánchez, director del Instituto Balmis, sobre vacunas internacionales.



XIX Congreso de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad

Humanizando la atención sanitaria



Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos, en la inauguración.

31 de marzo, el Colegio de Médicos de Navarra acogió el XIX Congreso de la SEAUS, Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, con el lema "Humanizando la atención", que reunió a profesionales del sistema sanitario navarro y a asociaciones de pacientes y familiares. Navarra presentó 30 comunicaciones al Congreso, en formato póster o comunicación oral.

Durante los días 30 y

En el acto de inauguración participaron el presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira; el presidente de la SEAUS, Rodrigo Gutiérrez; la consejera de

Salud, Santos Induráin; y Ana Elizalde, primera teniente alcalde del Ayuntamiento de Pamplona.

El programa incluyó una conferencia sobre las redes sociales en salud, a cargo de Joan Carles March, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, y seis mesas redondas: espacios de participación como herramienta de mejora del sistema sanitario; otras formas de atender, experiencias innovadoras; competencias profesionales en humanización; 20 años de la Ley de Autonomía del Paciente; y hablemos de humanización.



Asistentes al congreso. Más de 150 participantes.

El Dr. Julio Duart,

vocal en la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología

El actual secretario del Colegio de Médicos de Navarra y especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Navarra (HUN), Dr. Julio Duart Clemente, formará parte de la Comisión Nacional de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología, en representación del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).

El Dr. Duart fue elegido para el cargo, a propuesta del Colegio de Médicos de Navarra, en la Asamblea General extraordinaria del CGCOM celebrada el pasado 21 de abril, en la que también se renovó la representación de otras quince comisiones nacionales de especialidades.

El Dr. Duart está avalado para el cargo –al que se presentaron otras cinco candidaturas– por su trayectoria profesional, académica, docente y de compromiso con la profesión en el Colegio de Médicos de Navarra. Valora la calidad y el prestigio logrado por el sistema de formación especializada de España, que cuenta con más de 40 años de existencia, pero considera que necesita cambios "en sus elementos organizativos, contenidos docentes y de aprendizaje, que potencien su transversalidad competencial y flexibilidad".

Las comisiones nacionales de las especialidades son órganos asesores de los Ministerios de Sanidad y Educación. Sus funciones son, entre otras, elaborar el programa formativo de su especialidad, establecer los criterios de evaluación de los especialistas en formación, proponer la creación de áreas de capacitación específica, acreditar a las unidades docentes en la especialidad, participar en los informes sobre programas y criterios relativos a la formación



continuada de los profesionales o valorar las convalidaciones de profesionales formados en otros países y por otras vías distintas al sistema MIR.

TRAYECTORIA ACADÉMICA, PROFESIONAL Y COLEGIAL

Julio Vicente Duart Clemente (Valencia, 1976) es especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología y Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra, Máster en Gestión de Centros y Servicios de Salud por la Universidad de Barcelona y experto en Ética Médica por la Fundación Formación OMC.

En la actualidad es facultativo especialista del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Universitario de Navarra (HUN). Ha trabajado anteriormente en la Clínica Universidad de Navarra y en el Hospital García Orcoyen de Estella (Navarra).

Es profesor clínico asociado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, tutor de residentes del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Navarra (HUN) y Vocal Docente en su Comisión de Docencia.

Fue vicesecretario del Colegio de Médicos de Navarra y, en la actualidad, es secretario de su Junta Directiva. Ha participado en el grupo de formación de secretarios de médicos del CGCOM y es su responsable desde 2018, promoviendo actividades de desarrollo de habilidades de liderazgo de las juntas directivas, prevención de agresiones, gestión colegial y programa de Ayuda Integral al Médico Enfermo (PAIME).

El nuevo **Código de Deontología** es el mayor compromiso de la profesión con la sociedad y pacientes

Recoge los criterios, las normas y los valores de nuestra Profesión Médica

El salón Ernest Lluch del Congreso de los Diputados, sede de la soberanía nacional, acogió la presentación del nuevo Código de Deontología Médica el pasado 30 de marzo. Contó con la participación del nuevo ministro de Sanidad, José Manuel Miñones; la vicepresidenta segunda de la cámara baja, Ana Pastor; la presidenta de la Comisión de Sanidad de esa misma cámara, Rosa Romero; y el presidente del Consejo General de Médicos (CGCOM), Dr. Tomás Cobo.





El nuevo Código de Deontología Médica sitúa a la profesión médica española a la vanguardia en el mundo con un texto que, además de adaptarse a los cambios sociales y científicos de los últimos años, recoge nuevos ámbitos de la Deontología hasta ahora inéditos. Así, incluye nuevos capítulos en el que se regulan aspectos deontológicos novedosos como la telemedicina, los médicos y las redes sociales, la seguridad del paciente, las grandes bases de datos sanitarias y la inteligencia artificial aplicada a la Medicina, entre otros. Aborda, además, asuntos nucleares como la objeción de conciencia, el aborto, la eutanasia o la maternidad subrogada.

El Código español se fundamenta en los principios universales de la Medicina y se alinea con el Código Ético de la Asociación Médica Mundial, aprobado en octubre de este año y que, junto a la declaración de Ginebra de 1948 y la de Helsinki de 1964, constituyen la esencia de la profesión médica en el mundo. Este nuevo texto, que sustituye al aprobado en el año 2011, se sitúa entre los Códigos de Deontología Médica más modernos del mundo por su contenido y desarrollo.

Clave de la autorregulación de nuestra profesión

Para el presidente del CGCOM, Dr. Tomás Cobo, "este nuevo Código supone la renovación del contrato social de la corporación y de la profesión con la sociedad, a través de la actualización de nuestras normas y comportamientos éticos, cuyo fin último es mejorar la asistencia sanitaria, garantizar la seguridad del paciente y realizar la mejor Medicina posible. Este Código se alinea con los tres principios universales que hoy reconoce la medicina: el principio de primacía del bienestar del paciente, el principio de autonomía del paciente y el principio de justicia social".

Para el Dr. Cobo "constituye el elemento clave de la autorregulación de nuestra profesión y nace del consenso con un espíritu moderno y con capacidad de adaptación a las nuevas circunstancias que los pacientes, la sociedad o la profesión médica puedan exigir en el futuro".

Proceso participativo y abierto

El proceso de aprobación del Código, que tuvo que verse interrumpido por la pandemia, se reanudó a principios del año 2022, y en él han tenido participación todos los Colegios de Médicos de España a través de aportaciones y comentarios de las diferentes versiones realizadas. La Comisión Central de Deontología del CGCOM, presidida por el Dr. José Mª Domínguez Roldán, ha coordinado no solamente las distintas versiones del Código, sino que también ha servido de órgano asesor a la Asamblea General de la corporación durante todo este proceso.

El nuevo documento, que marca los ámbitos éticos y deontológicos para los médicos españoles, se ha gestado en diversas reuniones a lo largo del año, con un proceso de deliberación y discusión democrática y extensa de la Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos que finalizó el 17 de diciembre.









Entrevista a la Dra. Pilar León

"El nuevo Código de Deontología servirá para identificar mejor los valores, virtudes y deberes esenciales de la práctica médica"



"Mantiene una saludable independencia entre la Ética y la Deontología médicas y el Derecho" La Dra. Pilar León es miembro de la

Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y secretaria de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra.

En el VIII Congreso Nacional de Ética y Deontología Médica, en el que participó como ponente, subrayó que el nuevo Código de Deontología "servirá para identificar mejor los valores, virtudes y deberes esenciales de la práctica médica y mantener los niveles de competencia de nuestra profesión".

- ¿QUÉ SUPONE PARA LA PROFESIÓN MÉDICA EL NUEVO CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA?

-En una primera aproximación, en la actualización del código de deontología médica de 2022 descubrimos tres aspectos importantes para la profesión médica: el primero es que mantiene una saludable independencia entre la Ética y la Deontología médicas y el Derecho. El documento pone de manifiesto que no todas las acciones humanas caen bajo la autoridad de la ley, y que la deontología aporta la reflexión ética sobre los deberes morales propios del ejercicio de las profesiones (en especial, de la medicina). Lógicamente, como bien establece el código, cuando un profesional actúe amparado por las leyes del Estado, no podrá ser sancionado deontológicamente.

En segundo lugar, observamos la continuidad de unos Principios Generales que reúnen valores permanentes propios de la Ética Médica. Así lo expresa el Artículo 4.1: "El médico está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico".

En tercer lugar, el nuevo código destaca, desde su inicio, que los médicos somos agentes morales, no simplemente proveedores de servicios, de ahí que entre los Principios Generales ha incluido que "el médico tiene el deber y el derecho de ejercer su profesión con autonomía profesional e independencia clínica" (Artículo 6.5). Eso sí, también ha de ser capaz de justificar que actúa "sin influencia de partes o personas externas, en beneficio de sus pacientes y de la sociedad" (Artículo 6.5).

Este tipo de documentos necesariamente contienen recomendaciones generales, puesto que su aplicación depende, en muchas ocasiones, de las circunstancias particulares de los casos, sin embargo, los redactores iniciales del código se propusieron dejar claras las obligaciones de los profesionales, y el nuevo código contiene muchas recomendaciones directas y específicas sobre lo que el médico debe o no debe llevar a cabo en el ejercicio de su profesión.

Sin duda, el nuevo código nos servirá para identificar mejor los valores, virtudes y deberes esenciales de la práctica médica y mantener los niveles de competencia de nuestra profesión.

-¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES NOVEDADES QUE INCORPORA?

-El código aprobado a finales de 2022 incrementa casi un 50% el articulado, pasa de 66 a 93 artículos. El aumento se debe a la aparición de nuevos capítulos dedicados a la Seguridad del paciente (capítulo X), a la telemedicina y a la tecnología de la información y la comunicación (capí-

"Contiene muchas recomendaciones directas y específicas sobre lo que el médico debe o no debe llevar a cabo en el ejercicio de su profesión"

tulo XXIII), y a la deontología de la Inteligencia artificial y bases de datos sanitarios (capítulo XXIV). Algunos de los temas ya habían sido tratados en Informes y Declaraciones de la Comisión de Deontología aprobados por el Consejo General.

Además, se han desdoblado otros dos capítulos: del capítulo III (Relaciones del médico con sus pacientes) se ha separado uno nuevo dedicado a la Deontología de la Historia Clínica y la documentación (capítulo IV). También se ha subdividido el capítulo sobre la Calidad en la atención médica (capítulo V) y añadido otro titulado "la Responsabilidad del médico" (capítulo VI), que caracteriza la conducta del profesional ante el paciente y le exige asumir y reparar las consecuencias negativas de sus actuaciones o errores en el curso de su ejercicio profesional (Artículo 24.2).

Hasta aquí los cambios que podríamos considerar estructurales. El nuevo código también ha prestado atención a cuestiones deontológicas que han adquirido relevancia y actualidad en la práctica médica como la sexualidad humana o la atención médica en casos de violencia, que hemos de detectar e intentar erradicar (Artículo 68.2).

El Código obliga a todos los médicos por el hecho de estar colegiados, por eso hay que conocerlo y consultarlo de vez en cuando, para que inspire nuestra conducta profesional y revisar cómo estamos ejerciendo la medicina.





Ramón Angós y Pilar León de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra en el VII Congreso Nacional de Ética y Deontología Médica, celebrado en Sevilla, del g a 11 de febrero.

-¿EN QUÉ MEDIDA CONSIDERA QUE LA PANDEMIA DE COVID-19 HA MARCADO NUEVOS PARADIGMAS EN LA ÉTICA MÉDICA?

-La pandemia ocasionada por la COVID-19 ha supuesto una prueba para toda la sociedad. Se ha manifestado en el esfuerzo de las instituciones para combatirla, en la respuesta que dieron los profesionales de la salud y los científicos, en el comportamiento de los ciudadanos.

Nos ha llevado a plantearnos preguntas difíciles, pero necesarias como la priorización de los recursos en momentos de catástrofe o la importancia de adoptar y comunicar las medidas preventivas con base científica, veracidad y claridad, como recientemente señalaba Paul Offit (FDA Vaccine Advisory Committee) al considerar los logros, pero también las limitaciones y las expectativas creadas en las campañas de vacunación.

"Incrementa casi un 50% el articulado, pasa de 66 a 93"

La pandemia ha llevado a desarrollar modos de asistencia y técnicas que han venido para quedarse, como la telemedicina y, en general, la medicina virtual, que abre retos éticos, muchos de los cuales están presentes en el nuevo código de deontología.

Ha puesto de manifiesto aspectos que siguen pendientes de mejora como la necesidad de cuidar más a los profesionales tanto durante como después de la pandemia, cuando se recupera la actividad habitual y disminuyen los puestos de trabajo.

Ha resultado asombroso el resultado conseguido a través de la investigación y la sinergia de recursos científicos y económicos, lo cual plantea, desde un punto de vista ético-médico, el reto de aplicarlos a otras situaciones y enfermedades, también infecto-contagiosas, que siguen pendientes de resolver.

Al final, hemos observado que el buen hacer de la Medicina consiste en atender lo mejor posible a las personas enfermas y a sus familias, y no sólo en los logros de la tecnología diagnóstica, los procedimientos epidemiológicos o las innovaciones terapéuticas. Para ello necesitamos formación y un sistema sanitario ético y bien dotado.

-¿QUÉ HA SUPUESTO LA LEY DE LA EUTANASIA PARA ESTE NUEVO CÓDIGO?

-La legalización de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido nos ha llevado a preguntarnos ¿cómo ha de actuar el médico ante la vida que acaba?, ¿cómo ha de tratar el médico al paciente con enfermedad avanzada?, ¿cómo ha de plantar cara al sufrimiento refractario y a la debilidad extrema e irreversible? También plantea que él o la profesional han de ejercer la profesión con conciencia, conforme a la buena práctica médica.

El nuevo código de deontología mantiene, de igual manera que la Asociación Médica Mundial y la mayoría de los países que "el médico no deberá provocar ni colaborar intencionadamente en la muerte del paciente" (Artículo 38.4).

Insiste el nuevo código en los deberes del médico respecto a la atención médica al final de la vida. El punto 1 de ese artículo 38 destaca el "deber de intentar la curación o la mejoría del paciente, siempre que sea posible. Y, cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para procurar su mayor bienestar posible y dignidad, aun cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida". A continuación. el punto 2 del mismo artículo 38 insiste en que "el médico no debe emprender o continuar acciones diagnósticas o

terapéuticas sin esperanza de beneficios o inútiles para el enfermo". Y "debe retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando su pronóstico así lo aconseja". Además, "tendrá en cuenta la voluntad explícita o anticipada del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida".

Es una postura coherente con los Principios generales del documento. Como recuerda el nuevo código, "respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico" (Artículo 4.1).

De igual manera que el código establece que no se puede sancionar al médico que cumple la ley, también desarrolla el "derecho del médico a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a sus propias convicciones" a través de la objeción de conciencia (Artículo 34.1), que es "garantía de libertad e independencia en el ejercicio profesional" (Artículo 34.2). También contempla el código la objeción de ciencia basada en el derecho a la libertad de método y prescripción médicas (Artículo 35.1).

Siguiendo una tradición propia, el nuevo código mantiene la posibilidad de asesoramiento y ayuda por parte de los Colegios a los Médicos en su condición de objetores.

La regulación de la eutanasia ha puesto de relieve que, si bien la medicina ha incrementado su capacidad para tratar las enfermedades, se mantiene el reto de desarrollar mejores cuidados y de facilitar la formación a los profesionales de la salud en la asistencia en los momentos finales de la vida, cuando la prioridad de la actuación médica sea el alivio o la supresión de los síntomas refractarios.



La Dra. León en la mesa redonda sobre el "Nuevo código de Deontología Médica".



El 25 de mayo, presentación del Código a los médicos navarros.

La Comisión de Deontología del Colegio de Médicos está organizando una mesa redonda para la presentación del nuevo Código a los colegiados navarros que podrá seguirse presencialmente y online, previa inscripción en la web del Colegio de Médicos.

La actividad tendrá lugar el 25 de mayo, a las 18 horas. Se enviarán por e-mail las invitaciones y el programa detallado.



Seminario

"Mujer y riesgo cardiovascular"

Con el fin de revisar la evidencia científica y actualizar conocimientos sobre las especificidades de la enfermedad coronaria y el riesgo cardiovascular en la mujer, el Colegio de Médicos de Navarra organizó un Seminario de Actualización Clínica sobre "Mujer y riesgo cardiovascular".

Las expertas reunidas destacaron la necesidad de estrategias individualizadas para hombres y mujeres. Cada 8 minutos fallece una mujer por enfermedad cardiovascular en España y el número de muertes supera en 8.000 al registrado anualmente entre hombres.

Mediante la discusión abierta con las expertas, la Dra. Nahikari Salterain, cardióloga de la Clínica Universidad de Navarra y moderadora del Seminario, propició la identificación y valoración de signos y síntomas de la enfermedad cardiovascular en la mujer. Ponentes (de izquierda a derecha): Mayte Basurte, Clara Bonanad, Nuria Aymerich, Margarita Redondo, Virginia Álvarez, Ana Zugasti y Nahikari Salterain.



UNA CORRECTA ANTICOAGULACIÓN

Las doctoras Nuria Aymerich y Margarita Redondo, neuróloga y hematóloga del Hospital Universitario de Navarra (HUN) abordaron la prevalencia del ictus en la mujer y la importancia de una correcta anticoagulación.

El ictus en la mujer es la primera causa de muerte y discapacidad. Se prevé que la incidencia se incremente en un 35% entre 2015 y 2035 debido, en gran parte, al aumento de la esperanza de vida de la población. Las expertas aclararon que el ictus en la mujer mayor es más grave y la etiología más frecuente es la cardioembólica por fibrilación auricular.

Subrayaron también que el uso de anticoagulantes orales directos en Navarra es menor al promedio de todas las comunidades autónomas y que, cumpliendo el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT), "aún hay pacientes que se podrían beneficiar de una mejor anticoagulación". Destacaron la importancia de abordar todos los costes en la prevención del ictus y de facilitar la equidad en el tratamiento anticoagulante oral.

"El 39% de las mujeres reconoce los síntomas de un infarto, frente al 57% de los hombres"

DIABESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MENOPAUSIA

La Dra. Ana Zugasti, endocrinóloga del Hospital Universitario de Navarra (HUN), explicó que la menopausia precoz está relacionada con un mayor riesgo cardiovascular. Destacó la importancia de ofrecer un plan nutricional saludable v de ejercicio multicomponente; elegir el fármaco más adecuado teniendo en cuenta su relación con la composición corporal y nutrientes específicos para cada paciente; y hacer una historia clínica detallada que incluya antecedentes propios de la mujer como pueden ser la edad de menarquia/menopausisa, diabetes mellitus gestacio-

nal, presencia de enfermedades inflamatorias o factores psicológicos entre otros.



La actividad fue presencial y online.



"Los criterios diagnósticos y tratamientos están basados en las características masculinas"



Las doctoras Clara Bonanad y Nahikari Salterain (moderadora del Seminario).

HACIA UN MANEJO DIFERENCIAL

En España la enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en mujeres, por encima de cualquier tipo de cáncer. Sin embargo, solo el 39% de las mujeres reconoce los síntomas de un infarto, frente al 57% de los hombres.

La Dra. Clara Bonanad, cardióloga del Hospital Clínico Universitario de Valencia, incidió en la importancia de un manejo diferencial de la enfermedad cardiovascular en mujeres porque "somos fisiológicamente distintos". Explicó que, en cardiología, "los criterios diagnósticos y tratamientos están basados generalmente en las características masculinas" y que las mujeres acuden más a urgencias que los hombres, pero ingresan menos.

La salud de la mujer se ve afectada por factores de riesgo cardiovascular clásicos pero también propios y emergentes, explicó la Dra. Clara Bonanad. Subrayó la importancia de fomentar el autocuidado y conductas saludables

> y destacó que "el aspecto cultural influye negativamente en el autocuidado de la mujer".

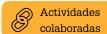
> La Dra. Mayte Basurte, cardióloga del Hospital Universitario de Navarra (HUN), abordó en su ponencia el síndrome cardiorrenal e insuficiencia cardiaca en la mujer. Recomendó un abordaje multiparamétrico de la congestión, que incluya parámetros clínicos, de la exploración física, analíticos y técnicas de imagen. Se refirió a las diferencias en la farmacocinética y farmacodinámica ente hombres y mujeres y aportó datos que demuestran que la rehabilitación cardiaca en la mujer tiene mejor pronóstico que en hombres.

LIDERANDO EL CAMBIO

La Dra. Virginia Álvarez Asiaín, directora del Área Clínica del Corazón en el Hospital Universitario de Navarra, habló desde su propia experiencia de las diferencias existentes en la forma de liderar de hombres y mujeres.

Destacó que liderar implica responsabilidad, escucha activa, colaboración, coraje, flexibilidad, tener claros los objetivos, empatía, mentalidad de crecimiento, humildad para admitir los errores, innovación, pasión, paciencia, trasparencia, hambre de conocimiento y autoconciencia de los límites.

Actividades colaboradas con Sociedades Científicas



Viernes, 2 de junio 2023

Jornada

AVANCES EN CÁNCER DE MAMA.

Organiza la Asociación de Radiólogos de Navarra (ARN).

Horario:

De 8:45 a 19:30 horas.

Actividad PRESENCIAL en la sede del Colegio de Médicos de Navarra.



en las mujeres. En los últimos años han tenido lugar avances en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, que serán revisados en este evento. Así, se explicará el papel emergente de técnicas de imagen en el cribado como la ecografía y la tomosíntesis, la ayuda de la inteligencia artificial para acelerar la lectura mamográfica, la incorporación de la mamografía con contraste intravenoso y la RM. Además se expondrá el papel de la biopsia líquida (análisis de sangre para detectar DNA tumoral circulante) como posible alternativa a las técnicas de imagen. El análisis de los tumores mediante plataformas genómicas permite conocer mejor el pronóstico de los mismos y realizar un tratamiento más preciso.

El cáncer de mama es el tumor sólido más frecuente

En cuanto a novedades en el tratamiento, destacamos el papel de la crioablación, una técnica que permite la destrucción del tumor utilizando el frío generado por una sonda y que de manera percutánea y con anestesia local puede ser una alternativa a la cirugía en algunos casos seleccionados. También, hoy en día, la terapia axilar dirigida permite evitar el vaciamiento axilar en algunos casos de adenopatías metastásicas. En cuanto a la oncología, los tratamientos de inmunoterapia han entrado de lleno en la lucha contra el cáncer de mama así como novedades en radioterapia, como la braquiterapia acelerada y la protonterapia.

También debe prestarse atención a las complicaciones de los tratamientos, como el linfedema y roturas de implantes en las reconstrucciones, la infertilidad en casos de quimioterapia en pacientes jóvenes y la atrofia vulvovaginal.

Por último, queremos destacar el papel de la enfermería y de Atención Primaria en el diagnóstico y seguimiento del cáncer de mama, así como de las asociaciones de pacientes.

Es necesario conocer las últimas novedades sobre este proceso, creando espacios de conocimiento y compartiendo protocolos.

SI ESTÁ INTERESADO: Cumplimente el formulario "SOLICITAR INSCRIPCIÓN", le informaremos para formalizar la matrícula.





Fórmate en tu Colegio

Programa de Formación Médica Continuada del Colegio de Médicos de Navarra



Jueves, 11 de mayo 2023

I Seminario de Actualización en el Abordaje Integral de la Fractura de Cadera.

Horario: de 17:30 a 20:00 horas.

Actividad PRESENCIAL en la sede del Colegio de Médicos de Navarra.

Las fracturas de cadera en el anciano representan, hoy día, un grave problema sanitario debido al aumento exponencial que tales fracturas han experimentado durante los últimos años. Este aumento ha supuesto que, en España, el número de éstas a lo largo de un año se sitúe por encima de las 60.000, número que seguirá ascendiendo como consecuencia del aumento de las expectativas de vida de la población y, por tanto, del envejecimiento de ésta. Además, la morbilidad y mortalidad de estas lesiones supone una importante carga socioeconómica en la que debemos tratar de influir para disminuirla, en la medida de lo posible.

La coordinación entre las diferentes especialidades y un abordaje multidisciplinar adecuado son un pilar fundamental para la correcta intervención en todas las fases por la que pasa el paciente: fase aguda, recuperación funcional, intervención farmacológica, nutrición clínica y cuidados continuados de rehabilitación, tanto hospitalarios como a domicilio, y en los diferentes centros asistenciales.

8

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN

Jueves, 25 de mayo 2023

Mesa Redonda. Actualización del Código de Deontología Médica (2022).

Horario: de 18:00 a 20:00 horas.

Actividad PRESENCIAL en la sede del Colegio de Médicos de Navarra y TELEPRESENCIAL a través de la plataforma de formación. Es necesario seleccionar la modalidad de la participación en la inscripción.

El 13 de abril de 2023 entró en vigor la actualización del Código de Deontología Médica, aprobado por la Asamblea General de Organización Médica Colegial (OMC). Este nuevo código, que inspira la conducta profesional de la profesión, incrementa su articulado e introduce capítulos dedicados a la seguridad del paciente, telemedicina, tecnología de la información y comunicación, inteligencia artificial, base de datos, etc....

Con el fin de dar a conocer el nuevo código, resolver las dudas de los colegiados y facilitar su aplicación, el Colegio de Médicos y su Comisión de Deontología organizan esta sesión formativa.



INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN

La Sección Académica Colegial (SAC) es responsable del programa de formación médica continuada (FMC) del Colegio. Las actividades pueden ser presenciales, en aula virtual o mixtas. El programa se aprueba anualmente por la Comisión de Formación Continuada del Colegio e incluye actividades acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

¿Qué actividad de formación médica continuada te gustaría que se organizara en el Colegio?



Viernes, 26 de mayo 2023

Curso Aplicación de PBM a Hemorragia Postparto.

Horario: de 8:00 a 15:00 horas.

Actividad PRESENCIAL en la sede del Colegio de Médicos de Navarra.

Clásicamente los cursos sobre Hemorragia postparto (HPP) se dirigen a obstetras y se centran en las actuaciones periparto: prevención de la hemorragia mediante el alumbramiento dirigido; escala en el tratamiento agudo con oxitócicos, métodos mecánicos (masaje, taponamiento, balón intrauterino), métodos quirúrgicos (suturas compresivas, devascularizaciones, histerectomía), incluso radiología intervencionista; ocasionalmente, en el abordaje de la hemorragia masiva, tratamiento con hemoderivados.

La PBM tiene el potencial de mejorar el resultado de la madre y el niño. Sin embargo, el embarazo y el parto plantean un desafío especial para la PBM y son necesarias varias adaptaciones en comparación con PBM en la cirugía electiva. El conocimiento de las ventajas clínicas de PBM entre obstetras y matronas con respecto a PBM y su concepto en HPP es limitado.



INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN

Viernes, 9 de junio 2023 Sábado, 10 de junio 2023

I Curso de Ecocardioscopia focalizada para Neurólogos.

Horario:

Viernes, de 17:00 a 20:30 horas. Sábado, de 9:00 a 13:30 horas.

Actividad PRESENCIAL en la sede del Colegio de Médicos de Navarra.

La Ecocardioscopia se entiende como el uso limitado y dirigido de la ecocardiografía como extensión de la exploración física por médicos cardiólogos y no cardiólogos, con el objetivo de mejorar la información aportada por la exploración física convencional. La importancia de realizar un estudio precoz en un paciente que ha sufrido un ictus isquémico es extraordinaria por muy diversas razones. El interés creciente por parte de neurólogos involucrados en el manejo del paciente con ictus en aprender Ecocardioscopia focalizada nos ha motivado a ofrecer este curso teórico-práctico que tiene como objetivo prioritario incidir en aquellos aspectos que consideramos fundamentales en la búsqueda de fuente cardioembólica, desde un punto de vista eminentemente práctico.



INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN

RESTAURANTE EL COLEGIO

Con los afectados por el terremoto de Turquía y Siria



Un total de 60 comensales, el máximo permitido por la organización, respondieron a la llamada del Restaurante del Colegio de Médicos de Navarra en apoyo a los afectados por el terremoto de Turquía y Siria.

El dinero recaudado (2.500 euros) ha sido donado a Zaporeak, asociación sin ánimo de lucro que ofrece "comida digna" a las personas refugiadas que llegan a Europa. Desde hace años Zaporeak manda comida y material escolar como ayuda humanitaria a los campos de refugiados en la frontera con Turquía y está ahora reforzando su actividad solidaria para paliar las devastadoras consecuencias que ha dejado el terremoto en estos lugares.

El chef del Restaurante El Colegio, Álex Múgica, mostró su satisfacción por haber logrado el objetivo propuesto, trasformando la
gastronomía en un acto solidario.
Con este propósito, Múgica diseñó
un menú especial para la ocasión
compuesto por tataki de atún con
ensaladilla de bonito y anchoas; lomo de rape y hongos sobre pisto de
americana; y taco deshuesado de
cochinillo asado a baja temperatura
con terrina de patata y ensalada. La

velada estuvo amenizada por la cantante Maialen Lecumberri.



Álex Múgica entrega la recaudación de la cena solidaria a Zaporeak.

DISFRUTA DE LA COCINA DE ALEX MUGICA



Descubre todos nuestros sabores y vive una experiencia única para el paladar en uno de los restaurantes más emblemáticos de Pamplona.



Tataki de atún con ensaladilla de bonito y anchoas fue uno de los platos diseñados por Álex Múgica para la cena solidaria.



Restaurante







Tres médicas navarras en la historia de las 'Mujeres Pioneras en la Medicina Española'

Con motivo del Día Internacional de la Mujer, el Consejo General de Médicos (CGCOM) editó el libro "Mujeres Pioneras en la Medicina Española", que recoge la biografía de 134 mujeres, entre las que se encuentran tres navarras: Juana García Orcoyen (1901-1983), primera mujer navarra licenciada en Medicina, en el año 1925; la pediatra Ascensión Áriz Elcarte (1911-1983), primera médica colegiada en Navarra, en el año 1935; y Mª Teresa Fortún Pérez de Ciriza, primera presidenta del Colegio de Médicos de Navarra de 2008 a 2015.

El libro, que ha sido prologado por la ministra de Sanidad, Carolina Áreas, es un homenaje a las primeras mujeres que formaron parte de los colegios de médicos de nuestro país, así como a aquellas médicas que han ido derribando barreras en ámbitos científicos, políticos o sociales.

En la presentación del libro en Madrid, la ministra de Sanidad agradeció al Consejo General de Médicos la publicación de esta obra porque "acciones como éstas tienen un valor trascendental" en referencia a la creación de referentes en la profesión médica y porque "marcan el camino a nuevas generaciones para seguir avanzando hacia una sociedad más igualitaria e inclusiva". Asimismo, destacó que, tal y como reflejan los estudios del Observatorio de Género y Profesión del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, "las mujeres son mayoría en las facultades de Medicina y en el ejercicio de la profesión, siendo absolutamente superior el número de mujeres en edades inferiores a los 45 años. Para que estas cifras tengan reflejo en los puestos de dirección y representación ocupados por mujeres, debemos perseverar e impulsar medidas con el objetivo de que la representación de las muje-

res en la profesión médica sea acorde con los avances en igualdad de género en la Medicina".

El libro está dividido en cinco capítulos principales: primeras mujeres médicas, mujeres en los Colegios Oficiales de Médicos, mujeres presidentas (21 en total), mujeres en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, y otras pioneras entre las que se encuentran la Dra. María Castellano Arroyo, primera catedrática de Medicina Legal y Forense en España, la Dra. Ana Betegón Sans, primera médica en dirigir un hospital de la Defensa en España, y las tres ministras de Sanidad que son médicas: Ana Pastor Julián, Luisa Carcedo Roces y Carmen Montón Giménez.



Portada del libro "Mujeres Pioneras en la Medicina Española".

PIONERAS







Ascensión Ariz Elcarte



María Teresa Fortún Pérez de Ciriza

Referencias bibliográficas para este artículo:

- Elso Tartas, J. (2006). "Un paseo por las calles de nuestros médicos". Fundación Colegio de Médicos de Navarra.
- Martínez Arce, M.D. (2001).
 Historia del Ilustre Colegio
 Oficial de Médicos de Nava rra (1899-2000). Fundación
 Colegio Oficial de Médicos
 de Navarra.
- Martínez Arce, M.D. (2005).
 Mujeres que la historia no nombró. Ayuntamiento de Pamplona.
- Álvarez Caperochipi, J.

 (2019) "Las primeras médicas: de sanitarias instintivas a licenciadas". Panacea 126, pp. 80-84. https://colegiodemedicos.es/panacea/



La ministra de Sanidad, Carolina Dárias, en la presentación del libro.



Juana García Orcoyen (1901-1983), primera navarra licenciada en Medicina



Según recoge el Dr. Jesús Elso en su libro "Un paseo por las calles de nuestros médicos", editado por la Fundación Colegio de Médicos de Navarra (2006), la Dra. Juana García Orcoyen fue la primera mujer navarra que obtuvo, en 1925, la titulación de licenciada en Medicina. Nació en Esténoz (Navarra) en 1901 y fue la hija mayor del médico titular del Valle de Guesálaz Juan García llurre y Amanda Orcoyen Juanmartiñena.

Para facilitar los estudios de sus hijos, el matrimonio decidió trasladarse a Madrid, donde Juana inició la carrera de Medicina en San Carlos. Su hermano Jesús, posiblemente aconsejado por su padre para que su hermana no acudiese sola a la Facultad, renunció a su vocación de ingeniero y se matriculó también en Medicina, convirtiéndose en uno de los médicos navarros más destacados del siglo XX y que promovió la creación del Hospital de Estella en Navarra, que lleva su nombre.

La Dra. García Orcoyen realizó prácticas en el Hospital General de Madrid y en los laboratorios de la Junta de Ampliación de Estudios. Destacó como una alumna excelente y, una vez titulada, fue profesora agregada del Hospital General de Madrid junto a su hermano Jesús.

En la facultad de Medicina de San Carlos conoció al que sería su marido, Álvaro López Fernández, con el que se casó en Madrid en el año 1932. Posteriormente, el matrimonio se trasladó al Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa, en Valencia, donde Álvaro ejerció como di-

rector y Juana compaginó la Medicina con la crianza de sus dos hijos: Álvaro y Juanito.

Al estallar la guerra civil y mientras su marido prestaba servicios como cirujano en el frente de Teruel, Juana y sus hijos permanecieron en la Malvarrosa protegidos por las milicias anarquistas de la Columna de Hierro hasta su traslado posterior a su clínica privada de la calle Colón en Valencia. Tras la contienda civil, Álvaro López fue condenado a muerte, pero la sentencia fue revocada en 1939. Hasta 1944 estuvo inhabilitado y Juana García Orcoyen pasó a figurar como titular de la consulta privada.

La familia sufrió otro duro golpe con el fallecimiento del hijo mayor, Álvaro, durante una epidemia de tifus en 1944. El nombre del hijo pequeño, Juan, fue modificado en el Registro Civil por el de Álvaro. Juana, profundamente afectada, se dedicó por entero a su familia, pero su vocación médica le hizo volver a la clínica como ayudante y gestora hasta la muerte de su marido en 1974.

A principios de los años 70, Juana sufrió una fractura de cadera y, aunque fue operada con éxito por su marido, padeció dificultades de movilidad hasta su muerte, el 29 de noviembre de 1983, a causa de una insuficiencia cardíaca. Meses antes de su fallecimiento, el 10 de enero de 1983, escribió una carta dirigida al entonces presidente de la Diputación Foral de Navarra, Juan Manuel Arza, en la que manifestó su deseo de ceder los documentos académicos de su carrera, "en cuanto puedan servir como datos para documentar la pequeña historia de mi tierra con relación a la promoción de la mujer". En su carta afirmaba además que, a pesar de vivir desde hace muchos años fuera de Navarra, "no he podido olvidarme de mi tierra, en donde viví los años de mi niñez y juventud" y donde despertó su deseo de "ser médica en una época en que la mujer no había llegado a la

Juana García Orcoyen está enterrada, junto a su esposo e hijo, en el cementerio General de Valencia. Sus padres, Juan y Amanda, lo están en el cementerio del Cabañal, cercano a la Malvarrosa.

La Dra. García Orcoyen era una persona alegre, optimista y de una gran fuerza de voluntad, lo que le ayudó a superar los prejuicios que existían en aquellos años en España y que dificultaban que una mujer accediese a una carrera y profesión que estaba copada, casi de manera absoluta, por hombres.

El Ayuntamiento de Pamplona, con fecha del 10 de enero de 2005, adoptó la resolución de asignar con su nombre una nueva plaza ubicada en el barrio pamplonés de San Jorge.

Ascensión Ariz Elcarte (1911-1983),

primera médica colegiada

La historiadora María Dolores Martínez Arce en su libro la "Historia del llustre Colegio Oficial de Médicos de Navarra (1899-2000)", editado por la Fundación Colegio Oficial de Médicos de Navarra (2001), documenta que Ascensión Ariz Elcarte fue la primera médica colegiada en el Colegio Oficial de Médicos de Navarra en el año 1935, con el número 633, y una gran referencia de la época.

Nació en Pamplona en 1911, estudió Medicina en Madrid y la especialidad de Pediatría y Puericultura entre Madrid y Zaragoza. Su hermano José Áriz fue Depositario Municipal del Ayuntamiento de Pamplona.

Al inicio de su práctica profesional, fue Puericultora en el Instituto de Higiene, interviniendo en las luchas contra epidemias y en las campañas de vacunación; en una fase posterior llegaría a dirigir el servicio de Pediatría en la Residencia Virgen del Camino de la Seguridad Social colaborando en la formación de nuevos pediatras; asimismo atendió con mucho éxito su consulta privada.

Su labor como profesional no se limitó a la práctica médica sino que también impartió conferencias y publicó en el año 1950 un artículo académico en *Acta pediátrica española*. Ejerció durante años su profesión en el Consultorio Municipal de Niños de la calle Jarauta y también tuvo consulta privada abierta en la pamplonesa Plaza Príncipe de Viana, como aparece en el listado de profesionales que ejercían en Navarra en el año 1952.

La historiadora Martínez Arce destaca que "durante décadas se ocupó de atender a muchos niños y niñas de Pamplona aquejados de las más diversas dolencias motivadas por

las condiciones de la época: la guerra y la duposguerra con sus secuelas de raquitismo, trastornos intestinales y problemas dermatológicos (eczemas y samas) debidos a las deficientes prácticas higiénicas, el frío y duro invierno pamplonés con proliferación problemas respiratorios, periódicas epidemias, infecciones, etc. paliados, en parte, a partir de 1947 por la autorización de la venta de penicilina mediante receta especial que vendían los Colegios Médicos, aunque en la irrisoria pro-

porción de 600.000 dosis. Años en los que el índice de mortalidad infantil seguía siendo estremecedoramente alto".

Fue la época en que el popular Padre Carmelo ponía en marcha su "operación cunas" y la Junta del Colegio de Médicos elevaba su voz para conseguir medicinas, provisiones –los famosos cupones de racionamiento y algunos otros bienes para la colegiación y, muy especialmente, para

ASCENSION ARIZ ELGARTE

sus pacientes a los que debían atender en condiciones precarias. Lograron cupos de azúcar, aceite, harina, alimentos infantiles y jabón que se repartían a médicos y que luego distribuían entre sus asegurados, lo que supuso "un trabajo ímprobo y disgustos sin cuento". Todo ello contribuyó a la mejora progresiva de la salud de la sociedad navarra de la época, especialmente de su infancia.

Ya jubilada, falleció atropellada por un coche en 1983.



PIONERAS

María Teresa Fortún Pérez de Ciriza (1901-1983),

primera presidenta del Colegio de Médicos de Navarra



María Teresa Fortún es natural de Cárcar (Navarra). Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra en 1981. Es doctora en Medicina, cum laude, por dicha Universidad en 1995, con la tesis "Reactantes de fase de actividad y parámetros relacionados en la evolución del carcinoma de colon". Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Universidad Pública de Navarra.

En su actividad académica ha sido profesora asociada de la Universidad de Navarra, profesora del Experto de Enfermería de Urgencias de la Universidad Pública de Navarra y de cursos de doctorado en Medicina de la Universidad de Zaragoza. Además, ejerció como evaluadora de formación de SEAFORMEC (Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada).

Su actividad profesional se inició en los años 1982-84 como médica de Atención Primaria en Lodosa y Pamplona y en el Servicio Especial de Urgencias en Burlada-Villava y Pamplona. Posteriormente, obtuvo plaza como médica en el Servicio de Digestivo del Hospital de Navarra, puesto en el que permaneció hasta su incorporación como médica de Urgencias y Endoscopia Digestiva en la Clínica IMQ-San Miguel de Pamplona. En 2002 logra una plaza en el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra y en 2004 fue nombrada directora del Centro de Investigación Biomédica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, cargo que desempeñó durante 3 años. En noviembre de 2007 se reincorporó a Urgencias, desarrollando la jefatura del Servicio de forma interina durante unos meses para posteriormente permanecer como médica adjunta hasta su jubilación.

Comenzó su vida activa en el Colegio de Médicos de Navarra en la Junta Directiva presidida por el Dr. Gabriel Delgado Bona, en calidad de vicesecretaria, en el año 2002. En diciembre de 2004 es elegida secretaria general del Colegio, etapa en la que se implicó activamente en el desarrollo y digitalización del Colegio de Médicos de Navarra y en la implantación del Programa de Ayuda Integral al Médico Enfermo (PAIME), del que fue responsable. En diciembre de 2008 fue elegida presidenta del Colegio de Navarra, labor que desarrolló hasta noviembre de 2015.

Desde la presidencia impulsó, entre otras iniciativas, el Premio Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas, las becas Senior y Dr. Ignacio Landecho de apoyo a la formación MIR, el Certamen anual de Casos Clínicos y la publicación del libro "Desde el corazón de la Medicina" —en colaboración con la OMC— que recopila el extraordinario archivo documental y bibliográfico del Dr. Gonzalo Herranz.

Charlas en el Colegio de Médicos sobre Neurología

En colaboración con la Asociación de jubilados Pico de Orhi

El Colegio de Médicos de Navarra, en colaboración con la Asociación de jubilados Pico de Orhi, ha organizado un ciclo de charlas sobre neurología con el fin de dar información veraz y útil en torno a algunas de las patologías más prevalentes entre la población de más edad y contribuir a la prevención de enfermedades y trastornos asociados al envejecimiento.

El ciclo, que ha sido impulsado por la vocalía de Médicos Jubilados, comenzó el 16 de marzo con la charla titulada "Trastornos del Sueño: ¿Son frecuentes?, cómo conocerlos y prevenirlos" impartida por la neuróloga Idoia Rubio Baines, de la Unidad de Ictus del Hospital Universitario de Navarra (HUN).

El 20 de abril, el Dr. Javier Sánchez Ruiz de Gordoa, neurólogo del Hospital Universitario de Navarra (HUN), dio la charla "Olvidos. Mi memoria falla: ¿cuándo debería preocuparme?¿qué es la reserva cognitiva?¿cómo podría favorecer un envejecimiento más saludable?"

El ciclo terminará el 18 de mayo con la charla "La prevención cardiovascular reduce la probabilidad de neuro-degeneración", que será impartida por el Ex Jefe del Servicio de Neurología del HUN y coordinador de la Unidad de ictus de Navarra, Dr. Jaime Gállego Culleré, que en 2022 recibió el Premio Sánchez Nicolay a la Buenas prácticas médicas otorgado por el Gobierno de Navarra y el Colegio de Médicos.

Todas las sesiones tienen lugar en el Salón de Congresos del Colegio de Médicos de Navarra, a las 18 horas.





La Dra. Idoia Rubio abrió el ciclo de charlas.

Javier Sánchez Ruiz de Gordoa y Jaime Gállego.



UNA Y OTRA



Begoña Bermejo Fraile. Doctora en Metodología de Investigación Biomédica.

medias de las diferencias, son significativamente distintas de cero.

VEZ

La locura, a veces, no es otra cosa que la razón presentada bajo diferente forma (Johann Wolfgang Goethe).

En términos generales, el ANO-VA, como su mismo nombre indica (Analysis of variance), compara varianzas, y las varianzas nos hablan de variabilidad, de lo distintos que pueden ser unos valores de otros. En este ejemplo, el ANOVA para medidas repetidas pone en relación la variabilidad (el cambio) del peso a lo largo del tiempo, con la variabilidad de los diferentes individuos estudiados. Si resulta que hay diferencias significativas, porque la variabilidad de las distintas mediciones es importante respecto a la variabilidad entre los individuos, quiere decir que al menos uno de los cambios, en media, es significativamente distinto de cero. Pero, ¿cuál o cuáles son esos cambios significativos?, ¿al pasar del peso basal al peso final?, ¿al pasar del peso basal al peso a la semana de

la dieta?...etc. Para responder a estas preguntas tenemos que realizar comparaciones dos a dos mediante el estadístico t de student para datos apareados (t-paired). Pero entonces, ¿por qué no empezamos por ahí? ¿Por qué no hacemos desde el principio todas las posibles comparaciones dos a dos?, o lo que es lo mismo, ¿por qué no analizamos desde el principio todos los posibles cambios? Por dos motivos fundamentales, y uno tiene que ver con ser eficientes, porque si de entrada el ANOVA nos dice que no hay diferencias significativas, nos ahorramos tener que ir a buscar diferencias dos a dos. El otro motivo, muy importante desde el punto de vista estadístico, es que cuando se realizan comparaciones múltiples es más fácil que el azar explique algunas de estas diferencias, y por ello es necesario realizar algún tipo de corrección en el nivel de significación estadística, corrección que dependerá del número de comparaciones dos a dos que se puedan realizar: cuanto mayor sea el número posible de comparaciones, mayor cabida para el azar, mayor será el nivel de corrección de la p,

En este mundo, cuando alguien tiene algo que decir, la dificultad no está en conseguir que lo diga, sino en que lo repita a menudo (George Bernard Shaw).

Queremos saber la evolución del peso en un grupo de pacientes que siguen determinada dieta y para ello pesamos a los pacientes semanalmente durante un mes. El análisis estadístico que debemos realizar es el ANOVA para medidas repetidas, que nos permite valorar el cambio que se produce en una variable cuantitativa (en este caso el peso medido en kg) a lo largo de múltiples ocasiones (5 mediciones en el ejemplo: basal y tras la 1^a, 2^a, 3^a y 4^a semana).

Así como mediante el ANOVA para muestras independientes (o simplemente ANOVA) se quiere ver si las diferencias de medias en las distintas muestras son significativamente distintas de cero, en el ANOVA para medidas repetidas, como se trata de los mismos individuos medidos varias veces, lo que se quiere ver es si las medias de los cambios de una medición a otra, o lo que es lo mismo, las

EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA

menor tendrá que ser esta para decir que esas diferencias son estadísticamente significativas.

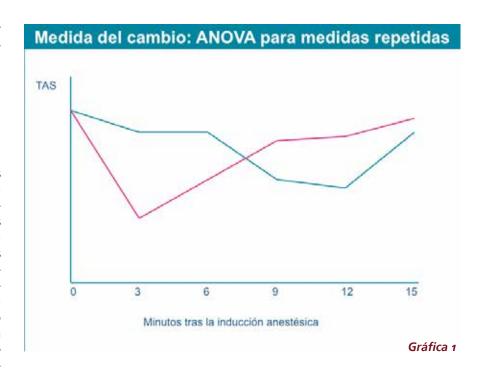
El momento elegido por el azar vale siempre más que el momento elegido por nosotros mismos (**Proverbio chino**).

Ahora imaginemos que queremos saber cómo se comporta la tensión arterial sistólica (TAS) tras la inducción anestésica con dos fármacos diferentes. Realizamos para ello un ensayo clínico donde seleccionamos un grupo de pacientes y los distribuimos aleatoriamente en dos grupos. A un grupo le administramos un fármaco, al otro grupo otro fármaco y medimos la tensión al inicio de la inducción y cada 3 minutos durante el primer cuarto de hora. Los resultados (inventados) son los de la gráfica (Gráfica 1).

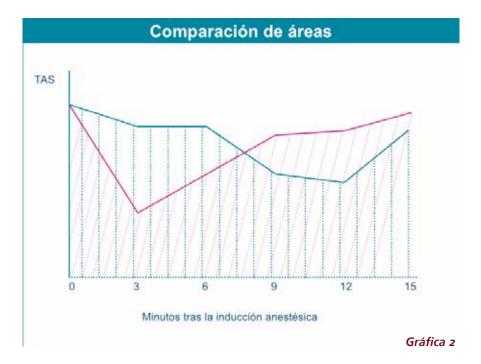
Ahora ya se trata de un análisis multivariable, porque son tres las variables que entran en juego: la tensión arterial, el tiempo y el fármaco con el que se ha realizado la inducción anestésica.

Al introducir este nuevo factor (el fármaco), los resultados del análisis de la varianza nos van a informar básicamente de tres cosas: de si hay diferencias entre los dos grupos en alguno de los momentos en los que se mide la TAS, de si hay un cambio de la tensión arterial a lo largo del tiempo, y de si este cambio en la TAS a lo largo del tiempo es diferente según el grupo, según el fármaco.

Si nos preguntamos con qué fármaco, globalmente, se mantiene la tensión arterial sistólica más alta o más baja en los primeros 15 minutos, mirando la gráfica nos puede resultar difícil responder, porque las curvas se entrecruzan. El ANOVA nos puede decir si hay diferencias entre los grupos en alguno de los momentos (minutos 3, 6, 9, 12 ó 15), pero no



nos dice en qué grupo la TAS es globalmente más alta o más baja. Hay una manera de responder a esta pregunta, y consiste en comparar el área media bajo la curva de evolución de la TAS según el grupo. Es un área que no tiene sentido clínico, pero nos sirve a efectos comparativos (*Gráfica 2*).



EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA

En la siguiente gráfica podemos ver que el área total es la suma del área de varios trapecios, y el área de cada trapecio es la suma de las áreas de un triángulo y un rectángulo. El área de un rectángulo es base por altura (b*h) y el área de un triángulo es base por altura partido por dos (b*h/2). ¡Qué recuerdos! ¿No?

Tomamos la curva de uno de los fármacos como ejemplo. La base de todos los triángulos y rectángulos es 3, porque hemos medido la TAS cada 3 minutos. En el primer trapecio, la altura del rectángulo es la TAS a los 3 minutos y la altura del triángulo es la TAS en el minuto o menos la TAS en el minuto 3. En el segundo trapecio la base sigue siendo 3. La altura del rectángulo es la TAS a los 6 minutos y la altura del triángulo es la TAS a los 3 minutos menos la TAS a los 6 minutos, y así sucesivamente (la altura de los rectángulos es la medición posterior y la altura de los triángulos es la medición anterior menos la medición posterior). Si a alguien le apetece, puede pensar qué ocurre con las áreas entre los minutos 3 y 6, y entre los minutos 12 y 15. Una vez calculadas todas estas áreas, se suman y tenemos para cada individuo un área global. Ahora ya podemos comparar las medias de las áreas según el fármaco mediante una t de student para datos independientes, y ver si con alguno de los fármacos el área media en los primeros quince minutos es significativamente más alta o más baja (*Gráfica* 3).

A modo de resumen, cuando se comparan dos medias de muestras independientes, la prueba estadística a utilizar es la t de student. Si se trata de muestras relacionadas, porque lo que medimos es el cambio (son los mismos individuos medidos en dos ocasiones distintas), se utiliza la t de student para datos apareados (t-paired). Cuando se comparan más de dos medias de muestras independientes la prueba estadística es el ANOVA, y si se trata de más dos mediciones en muestras relacionadas (los mismos individuos medidos más de dos veces), se utiliza el ANOVA para medidas repetidas.

Mi objetivo en este artículo no ha

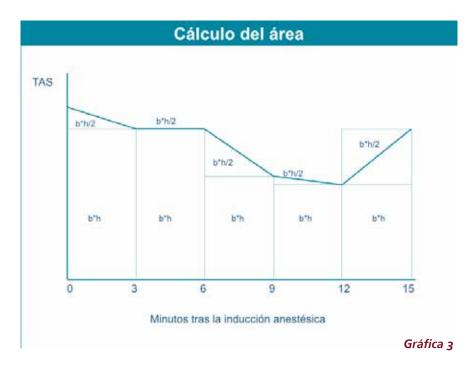
sido mostrar números ni fórmulas, sino enfatizar en la importancia de tener los objetivos del estudio muy claros y sobre todo saber con qué tipo de muestras estamos tratando: ¿son muestras independientes o están relacionadas? O lo que es lo mismo, ¿estamos comparando grupos diferentes o estamos valorando el cambio?

Hay situaciones en la vida en que la verdad y la sencillez forman la mejor pareja (Jean de la Bruyere).

Por otro lado, cuando se tienen muchas mediciones, la tentación de hacer mil comparaciones es muy grande, y sólo por azar algunas de esas diferencias detectadas pueden resultar estadísticamente significativas. De ahí la importancia de realizar una corrección en el nivel de significación estadística.

Pero lo más importante de todo es ver si esas diferencias estadísticamente significativas son o no clínicamente relevantes. Como siempre.

La verdad es lo que es, y sigue siendo verdad aunque se piense al revés (Antonio Machado).



Correspondencia:



Begoña Bermejo Fraile. Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina. E-mail:

bbermejo_amim@hotmail.com

Novela: Piel de Castor

Autor: José Luis

Rodríguez Plaza.

Editorial: Amazon.

ISBN: 979-8373966610

Idioma: Epañol.

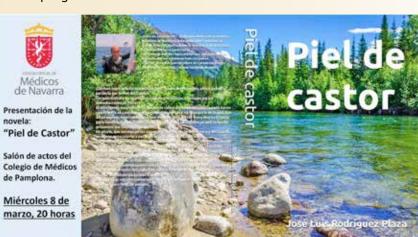
Páginas: 379

El médico José Luis Rodríguez Plaza presentó su última novela titulada "Piel de Castor" el pasado 8 de marzo, en el Colegio de Médicos de Navarra. Juan Bronte, director de Asepeyo en Navarra, conversó con el autor sobre la novela, que relata las andanzas de Carmen en el Canadá de finales del siglo XVII, "en un mundo de tramperos, piratas e indios, que tratarán de acabar con ella".

LA OBRA

¡Ella logró la felicidad buscando el Tesoro del Holandés, ahora puede perderla por la Piel del Castor! Después de encontrar el Tesoro del Holandés, Carmen disfruta de una vida tranquila y feliz junto a Philippe, en las inmediaciones de Paris. El emergente mercado de las pieles de castor provenientes del Canadá hacen que Francia se convierta en una potencia europea en el negocio de la piel. Eso atrae a gente emprendedora como Philippe, que decide irse a Nueva Francia para fundar una importante Compañía. No llega a lograr su objetivo, ya que es hecho prisionero por los indios iroqueses. Un pirata, que navega en las aguas cercanas al norte de américa y de Canadá, se ofrece a rescatarlo, y para ello le solicita un importante botín a su mujer. Carmen sabe que le están engañando y en vez de permanecer en París esperando el rescate, decide revivir a su amigo Carmelo e irse a Nueva Francia en busca de su marido. De nuevo nuestra guerrera deberá adaptarse a las exigencias de aquellas tierras hostiles, así como a sobrevivir en el territorio Mohawk, una zona en la que cualquier francés está condenado a morir si osa adentrarse. En un ritmo trepidante, como siempre, viviremos las andanzas de Carmen en el Canadá de finales del siglo

XVII, en un mundo de tramperos, piratas e indios, que tratarán de acabar con ella, aunque también encontrará gente que le ayude en una aventura llena de peligros.



EL AUTOR

José Luís nació en Burgos (España) en 1957. Es médico de profesión y reside en Pamplona. El conjunto de su obra literaria lo componen varias novelas y dos obras de teatro.

Las novelas abarcan diferentes estilos, desde la novela histórica (La profecía de Basquevanas, El criollo, El esclavo de Almanzor, El tesoro del Holandés), pasando por la novela infantil (Las aventuras de Kiel-La flecha mágica) hasta la novela de intriga o poli-

ciaca (Portman, El solitario, historia de un desamor, Kolwezi la trama turca o Querida Macarena).

La forma de escribir trata de ser ágil y rápida, intentando hacer la lectura amena y entretenida.

También ha escrito dos obras de teatro: *El negocio* (drama) y *En la azotea del hotel* (comedia).

Su última publicación es *Piel de Castor*, que podríamos englobarla entre novela histórica y de aventuras.



Chente García Acosta apadrina el equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra

En un acto celebrado el 14 de marzo en el Colegio de Médicos de Navarra, que reunió a ciclistas y patrocinadores, el director deportivo del Movistar Team, Chente García Acosta, apadrinó al equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra que, en la actualidad, está formado por 55 médicos ciclistas, 44 hombres y 11 mujeres.

Se creó en el año 2011 para participar

en los campeonatos nacionales de ciclismo para médicos. Les une su afición por la bici y pedalean por un objetivo común: promocionar y poner en valor un estilo de vida saludable.

Equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra con Chente García Acosta.



UNA HISTORIA DE ÉXITOS

El presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira, recalcó los éxitos conseguidos por el equipo, entre los que destacan los premios de Diego Latasa, tricampeón

en la categoría masculina y de Izarbe Jiménez, Uxúa Idiazabal, María Ordóñez y Karmele Irigoien, en la categoría femenina, que también han logrado primeros puestos del ranking en diferentes campeonatos.

Además, el equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra ha conseguido primeras posiciones en la clasificación por equipos y ha sido el que, en más ocasiones, ha ganado el premio al equipo más numeroso. El pasado año, en San Sebastián, el Colegio de Médicos de Navarra estuvo representado por 40 ciclistas, de un total de 200 participantes.

Rafael Teijeira y los coordinadores del equipo, Javier García Pereira y Agustín Martínez Alcaraz, entregaron a Chente la equipación con la que participarán en el XIV Campeonato de España de Ciclismo para Médicos, que se celebrará en Salamanca el próximo 3 de junio. Chente García Acosta expresó su admiración por los éxitos logrados hasta ahora y les animó a seguir unidos. "La bicicleta es dura, pero agradecida a la vez. Es cuestión de paciencia y mucho trabajo".

CICLISMO



Uxúa Udiazábal, Maite Miqueleiz e Izarbe Jiménez con Chente.

PRACTICAR CON EL EJEMPLO

Pero el equipo ciclista del Colegio de Médicos no solo tiene un historial lleno de éxitos, también se ha caracterizado por el compañerismo reinante antes, durante y después de los campeonatos. "Formamos una pequeña familia de médicas y médicos de distintas especialidades, de distintas edades, de distintas áreas navarras, hospitales, centros de salud y urgencias", destacó Javier García Pereira.

Comparó la medicina con el ciclismo. "Los que

tenemos la suerte de ejercerla –subrayó García Pereirahemos tenido muchos momentos duros, de trabajos sin recompensa y otros más positivos que nos llenan de esperanza y orgullo. Nuestro padrino Chente bien nos puede hablar de sus arduas jornadas laborales cuando era ciclista: entrenamientos potentes, buena nutrición y descanso para realizar un trabajo de equipo en carrera (frecuentemente no reconocido) y de lucimiento personal cuando

tocaba".

Los coordinadores de la sección ciclista del Colegio de Médicos de Navarra destacaron que seguirán en su empeño de realizar periódicamente salidas organizadas. "Además, se propondrán otras actividades que nos aporten luz y un aliciente para la práctica de la actividad física y vida saludable. Contamos con todos los médicos, en activo o no, para seguir con este grupo abierto cuyo nexo común es la bicicleta".



Agustín Martínez Alcaraz, Javier García Pereira, Chente García Acosta y Rafael Teijeira (presidente del Colegio de Médicos).



VERANO CLEN COLLEGE

CAMPAMENTO URBANO EN INGLÉS

El English Urban Summer Camp es un campamento urbano de verano en inglés.

El entorno que nos ofrecen nuestras instalaciones nos permite desarrollar un programa basado en las actividades lúdicas al aire libre como gymkhanas.

Tandas todas las semanas desde el 17 de julio.

CAMPAMENTO ALLOZ

EN INGLÉS

Disfrutaremos de una estancia llena de actividades acuáticas de vela gracias a la Escuela Navarra de Vela. También tendremos ratos de juegos cooperativos, juegos nocturnos, gymkhanas, manualidades. Todo ello unido a actividades sorpresa (tirolinas y juegos en la piscina) que englobaran una semana llena de aventuras

Tanda 1 del 25 al 30 de junio Tanda 27 de agosto al 1 de septiembre.

CLEN College

CURSOS DE CONVERSACIÓN EN VERANO





Para adolescentes y adultos:

De 9h a 11h o de 11:30 a 13:30

17 al 28 de julio | 31 de julio al 11 de agosto | 14 al 25 de agosto | 28 de agosto al 8 de septiembre

Aprovecha el verano para reforzar tu inglés

¡Sácate el título Cambridge!





CONSIGUE TU TASA DE EXAMEN BECADA



¡Prepara tu examen cambridge⁷⁷ en verano!

LA INFORMACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN EN RELACIÓN CON LA **ASISTENCIA SANITARIA**

MARIANO BENAC PARTICIPA EN UNA OBRA COLECTIVA SOBRE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN SU XX ANIVERSARIO

EL ASESOR JURÍDICO DEL COLEGIO DE MÉ-DICOS DE NAVARRA, MARIANO BENAC, PAR-TICIPA JUNTO CON OTROS 24 EXPERTOS EN DERECHO SANITARIO DE TODA ESPAÑA -EN-TRE LOS QUE SE ENCUENTRAN DOS MAGIS-

REDACCIÓN DEL LIBRO "LEY 41/2002 DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN SU XX ANI-VERSARIO. REFLEXIONES Y COMENTARIOS" DE LA EDITORIAL ARANZADI, QUE HA SIDO PRESENTADO RECIENTEMENTE EN LA REAL



ACCUSATION AND ACCUSATION ACCUSATION AND ACCUSATION A

ASESORÍA JURÍDICA

CAMBIOS NORMATIVOS EN DISCAPACIDAD

Los otros supuestos de prestación de consentimiento por representación en relación con la intervención sanitaria son el de incapaz de hecho (cuando su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de la situación) y el de la persona con discapacidad.

En este último caso, en el año 2021 hubo un importante cambio normativo al pasarse de la incapacitación legal (mediante sentencia judicial) a las medidas de apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica (Ley 8/2021, de 2 de junio), que cambió la anterior regulación sobre la materia que se contenía en el Código Civil. Aunque este texto legal no modifica expresamente la Ley de Autonomía del Paciente en lo relativo al consentimiento de la persona discapacitada, debe tenerse en cuenta la nueva regulación.

Mariano Benac explica que "cambia el sistema anterior en el que predominaba la sustitución de la toma de decisiones que afecta a la persona con discapacidad, por otro basado en el respeto a la voluntad y la preferencia de la persona discapacitada quien, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones, mediante las medidas de apoyo. Y en relación con las decisiones sobre aspectos personales, como pueda ser la salud, se establece que las personas con discapacidad son titulares del derecho a la toma de sus propias decisiones".

En el artículo se analizan diversas sentencias dictadas con anterioridad a esta reforma legal en materia de discapacidad, en supuestos relacionados con la pandemia del COVID, como pueda ser el caso del tutor de un incapacitado ingresado en una residencia que se niega a que se le administre la vacuna del coronavirus.

El asesor jurídico del Colegio de Médicos se refiere a la sentencia del Tribunal Supremo de 8 de septiembre de 2021 que, en aplicación de la reforma en materia de discapacidad comentada, afirma que "los principios que nunca deben dejar de aplicarse son: el de intervención mínima y el de respeto al máximo de la autonomía de la persona con discapacidad. Y que solo el Juez debe intervenir en los casos excepcionales en los que resulte imprescindible por las circunstancias de la persona con discapacidad".

Concluye que "en estos supuestos no será fácil para el médico determinar si las facultades de las personas con discapacidad permiten prestar consentimiento en relación con la intervención sobre su salud; o determinar cuándo es preciso completar dicha autonomía con las medidas de apoyo que pueda acordar la autoridad judicial. El problema –cómo valorar la capacidad del menor– se traslada al médico, con todo lo que ello conlleva".

En el libro, que celebra los 20 años de la promulgación de una ley tan importante como es la de Autonomía del Paciente, los expertos analizan, en setecientas cincuenta y dos páginas, cómo ha sido su aplicación, qué aspectos de la misma han sido más relevantes, cómo los Tribunales han solucionado ciertos problemas y cómo afecta a la misma la aparición de legislación sanitaria posterior y las nuevas tecnologías.

El abogado navarro es el encargado de la redacción del capítulo titulado "La información y el consentimiento por representación en relación con la asistencia sanitaria", en el que analiza quién debe facilitar la información en el supuesto de asistencia o intervención sanitaria a un menor de edad, y quien debe prestar el consentimiento en tales casos.

El letrado estudia en su artículo la regulación jurídica de la materia en los textos legales (Código Civil, Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, Tratados Internacionales, Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor), que parten del principio general del interés superior del menor. Y se valoran los diferentes supuestos en razón de su edad y capacidad. La opinión del menor será tenida en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y grado de madurez (artículo 6.2. del Convenio de Oviedo). Se analizan los supuestos de conflicto o divergencias del menor con sus padres, o de éstos con los médicos, refiriéndose a diversas sentencias dictadas al respecto.

Jerez de la Frontera: La vieja Sherish árabe * Salvador Martín Cruz.

De entre las grandes ciudades que ocupan el centro de la provincia de Cádiz destaca Jerez de la Frontera -Jerez a secas-, la vieja Sherish árabe, que sin dejar de ser cierto aquello de que suena internacionalmente a vinos, flamenco y caballos -últimamente también a Circuito de Alta Velocidad- lo cierto es que es mucho más pese a ser una de las grandes desconocidas de entre las ciudades andaluzas. Ya la primera vez que pasé por ella, y escribo pasé porque eso fue lo que hice en el trascurso de la etapa de una Vuelta Ciclista a Andalucía que terminó en Arcos de la Frontera. De ello hace no sé ya ni cuantos años. Y desde luego me pareció un lugar como para vivir, con un casco antiguo que rodea la Alcazaba árabe del siglo XI, declarado Conjunto Histórico Artístico, rodeado a su vez por una ciudad moderna, el Ensanche, llena de parques, jardines y barriadas nuevas, que no solamente de bodegas o yeguadas. Cosa que fui confirmando en las varias ocasiones en que volví e, incluso, me alojé en ella.

Actualmente, con sus 215.000 habitantes forma parte del Área Metropolitana Bahía de Cádiz-Jerez, tercer enclave en población de Andalucía, siendo también la sede de la diócesis de Asidonia-Jerez. Aunque hay quien piensa que pudo ser la capital de los Tartesios -en contra de lo que opinan los onubenses por supuesto- y hasta quien aventura que de la Atlántida, lo cierto es que está confirmada la presencia humana ya desde el calcolítico, hace 5.000 años, así como el paso por ella de los tartesios, fenicios, romanos, visigodos -en sus cercanías se dio la batalla del Guadalete- y musulmanes, habiéndola conquistado definitivamente para los cristianos en liza con las gentes de la media luna Alfonso X el Sabio, todo lo cual ha dejado tras de sí un rico patrimonio cultural donde la huella romana, el mudéjar, el gótico, el renacimiento, el barroco y el neoclásico se suman a los restos de sus murallas almohades y su alcazaba, su catedral, su cartuja, sus numerosas iglesias, conventos y palacios. No sé como estará hoy la plaza del Arenal –la última vez que estuve en la ciudad estaba en obras–; miedo me da que hayan quitado la magnífica escultura de Primo de Ribera, de Mariano Benlliure, que la señoreaba. Pero en este país con ese royo de la Memoria Histórica y políticos que confunden el tocino con el bacalao cabe esperar todo tipo de desmanes.

Por supuesto que de su riqueza monumental hay que destacar la catedral de Nuestro Señor San Salvador, con su magnífica escalinata y su torre exenta, antiguo minarete de la mezquita principal; el Alcázar, de origen Almohade del siglo XI y que además de tener una torre octogonal conserva los baños árabes; la Cartuja de Santa María de la Defensión, en las afueras de la ciudad, de fachada barroca e interior gótico, cuna del magnífico caballo cartujano, a la que la desamortización de Mendizábal privó de su magnífica colección de pintura y escultura ¿Cómo no recordar los zurbaranes del Museo de Bellas Artes de Cádiz?; las iglesias de San Mateo, la más antigua de la ciudad, San Miguel, también gótica, del siglo XV, aunque el barroco dejó su huella, las de Santiago, declarada Monumento Histórico Artístico, y San Juan de los Caballeros, ambas gótico-mudéjares, también del siglo XV, San Dionisio, antigua mezquita, a la que pertenece la torre de la Atalaya y, por abreviar, la Ermita mudéjar de La Ina, levantada sobre un antiguo templo visigótico. También hay que destacar sus palacios, desde el del Cabildo viejo, de tan bella factura renacentista, antiguo ayuntamiento de la ciudad y hoy sede de su Museo Arqueológico y la Biblioteca Municipal, y el del Duque de Abrantes, conocido como el Recreo de las Cadenas, sede de la Real Escuela Andaluza del Arte Ecuestre, a los del Conde de los Andes y del Virrey Laserna, neoclásicos -este último convertido en hotel-, el de los Domecq, barroco, los renacentistas de los Dávila, Bertematí y Luna, los dos últimos con espléndidas portadas y el de Pemartín, Centro Andaluz del Flamenco entre otros, y es que Jerez tiene palacios y casas como para no parar de contar.



Ficha Práctica:

Hoy Jerez es un importante núcleo de comunicaciones, pudiéndose llegar desde Sevilla por la A-4, para a la altura de la ciudad tomar la N-4A. lo mismo que en sentido contrario desde Puerto Real y Cádiz. Desde Arcos de la Frontera, puerta de los Pueblos Blancos, lo mejor es seguir la A-382, lo mismo que desde Algeciras y el Campo de Gibraltar la A-381. Igual que desde Puerto de Santa María por la N-4ª y desde Sanlúcar de Barrameda la A-380. Tanto desde Sevilla como desde Cádiz se puede acceder en tren, estando también comunicado con Madrid, Barcelona y Bilbao por vía aérea a través del aeropuerto de La Nueva Jarilla, situado a una decena de km del centro. Además de lo ya citado, es recomendable acercarse a los restos de la antigua murallas; pasear por la magnífica plaza del Arenal, ya citada; pararse un rato

ante el Gallo Azul, edificio contemporáneo casi circular lleno de tiendas importantes el piso bajo; visitar la calle Los Ciegos -dicen que una de las 10 más bonitas del mundo-; la sala de arte de la Pescadería Vieja, situada en el antiguo Mercado del Pescado; igual que el Museo de Carruajes, y si se va con niños el Zoo-Botánico; pero por supuesto es obligada la visita a alguna de las muchas bodegas que llenan la ciudad, pongamos que las González Byas, con el ya clásico hotel Tío Pepe -el "Taion Pipi" de los ingleses que decía Julio Camba-, Domecq, Fundador, Garvey, Lustau, Sánchez Romate, Tradición, Valdespino o Wiliams&Humbert -hoy hotel Soho Boutique Jerez-; también entrar en algún tabanco -antiguas expendidurías de tabacocomo los de El Pasaje, Plateros, San Pablo o el Guitarrón de San Pedro entre otros varios, para tomar un vino y un aperitivo y, con suerte, escuchar cantar buen flamenco. Para comer recomendaría el Fogón de Mariana, Atuvera, La Tasca, La Carboná o La Venta del Albero, aunque también hay bastante donde poder hacerlo, incluso de picoteo, siendo platos típicos la berza jerezana, las papas aliñadas, el puchero, las tagaminas, los alcauciles, los chicharrones, el salmorejo, los riñones al Jerez, las carrilladas de cerdo v el rabo de toro, sin olvidar los sorbetes con Pedro Ximénez y el tocino de cielo, que dicen originario de allí.

¿Qué quieren que diga de vinos nada menos que en Jerez, la cuna de los finos, los olorosos, los crean, los amontillados, los palo cortado, y esa maravilla, antes citada, de los Pedro Ximénez, verdadera joya de los caldos españoles? A la hora de pensar en pernoctar, aunque yo lo hice muy bien, hace ya bastantes años, en el Ecuestre, creo que hoy debe ser el NH Avenida, también hay donde elegir además de las ya citadas bodegas, y hay hoteles, hostales, apartamentos y casas, sin olvidar que tiene su propio campin. Son festejos a tener en cuenta la Feria del Caballo, el Festival del Flamenco, el Gran Premio de España de Motociclismo y la Semana Santa, que sin ser la sevillana tiene reconocida importancia. Finalmente como lectura. siendo Caballero Bonal ierezano, les recomendaría su obra "La costumbre de vivir", verdaderas memorias del autor, y como guía la de José F. Ruiz Mata: "Guía Turística de Jerez de la Frontera", editada por Tierra de Nadie en el 2017 o, en caso de encontrarla, la de José Campoy: "Guía Oficial de Jerez", editada allá por los finales de los años 70.

El único idioma universal es el beso (Alfred de Musset. Poeta francés. 1810-1857)

Dr. Iñaki Santiago.

Médico de Urgencias en el Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Babilonia y su torre más famosa: la de Babel. Teórico punto de inicio de todas y cada una de las lenguas terrenales. Un desastre. Hasta entonces, según la levenda, todos los humanos hablábamos el mismo idioma. Desconocemos cuál, pero el mismo. Supongo que sería el babilonio o el mesopotámico o el sumerio. ¡Qué se yo! Me lo imagino en plan que si "pon este ladrillo aquí", que si "pon un poco más de altura, que el gobernador no se va a enterar, que vive en Babia". O sea, como ahora. La cuestión es que fue un desastre que ha llegado hasta nuestros días con esas típicas y odiosas coletillas de: "si no sabes inglés no vas a ningún lado"; "el inglés te lleva a cualquier sitio". ¡Ja, amos hombre! ¡Que no! Pues no conozco yo gente que ha viajado a países de lo más exóticos y vuelven diciendo aquello de:

- Pues fuera del hotel, no sabe inglés ni el Papús.
 - O gente que te dice:
- Pues mi hijo es más listo que Briján. Sabe inglés a la perfección y siete idiomas más.
- Y el inglés ¿le ha servido para algo?
- ¡Hombre! Hace un año que está de reponedor en unos grandes almacenes, pero estamos convencidos de que, con la formación que tiene, irá ascendiendo.

¡Ya! Subirá de reponedor en la primera planta a reponedor en la cuarta. Con su inglés y todo... ¡en el Corte Inglés! Por cierto, según cuentan los cronistas, Briján debía de ser un ingeniero inglés, allá por el siglo XIX, trabajador de las minas de Río Tinto que debió vivir a costa de todo el mundo gracias a su viveza y pillería. Por cierto, que se llamaba O'Brian o Brian y los onubenses, con su gracejo andaluz, le acabaron llamando Briján. Cosas del idioma.

Hoy día si no sabes inglés te tratan como a un paria social. Y así nos sentimos los que fuimos educados en un perfecto y académico francés. ¡Oui monsieur! Debieron ser los últimos coletazos napoleónicos en estas tierras. En épocas del Bonaparte habríamos sido los amos del balón, pero ahora no, ahora es el inglés la lengua "obligatoria".

Seguro que, en época de los romanos, la del *Senatus Populusque Romanus* ese o SPQR, como la famosa cadena televisiva de deportes, si no sabías latín no ibas a ningún lado:

 Non loqui hispaniae, non iens usquam –le diría un preocupado padre a su pequeño hijo que se enfrentaba en un imaginario combate contra un feroz íbero al que le hundia su gladius en pleno corazón.

Y en el histórico periodo comprendido entre Carlos I de España y V del Sacro Imperio Romano Germánico, hasta más o menos Su Católica Majestad Fernando VII "El Deseado", justo antes de aparecer en escena los Cien Mil Hijos de San Luis, el idioma obligatorio en el orbe seguro que era el español.

 Si nou hablas españolo, nou vas ningún partte –le diría un británico de pro a su querido vástago, ávido de realizar hazañas en el imperio donde nunca se ponía el sol

Hasta que se puso, claro. Y ahí llegó Napoleón, chiquitico y narigón, extendiendo su vasto poder y su inmensa furia allende las fronteras galas, imponiendo el françoise por toda la Europa hasta toparse con la ruda y fría Rusia, límite natural de sus megalómanos delirios de grandeza. Y seguro que entonces, si no sabías francés, no ibas a ningún lado:

 Si vous ne parlez pas bien le français, vous non alleras a aucun côté –le soflamaría su padre a Francisco de Goya y Lucientes.

Y como el gran Goya era aragonés, y por ende y definición cabezón, pensó: "; Francés? ; Tururú!" Y se dedicó a pintar de todo, olvidándose de la lengua de Balzac. Pero la vida es caprichosa, y héteme aquí que los anteriormente mentados Cien Mil Hijos de San Luis aparecieron por aquí, obligando a don Francisco a poner pies en polvorosa y dar con sus huesos en Bourdeaux (a los de la LOMCE les indicaré con cariño que nos referimos a Burdeos, o Bogdó, como dicen los franchutes), donde falleció, igual de hambre por no saber pedir de comer en francés, o no. El caso es que tuvo suerte porque finalmente sus maltrechos huesos fueron conducidos

AÑO 2030 <>

en las postrimerías de la decimonovena centuria hasta los madriles de los Austrias y Borbones, donde ya no le era preciso hablar francés, porque de hecho estaba ya bastante difunto.

¡¡A buenas horas, mangas verdes!! – afirman que profirió una aguardentosa voz de barítono barriobajero desde el fondo de aquél, su ataúd.

Y en tiempos de Tutankamón o sabías egipcio o a trabajar en las pirámides. Y con Jerjes, o sabías persa o a luchar contra Leónides y sus 300 en las Termópilas (¡Ahú! ¡Ahú!)

Y mira que Hitler lo intentó no hace mucho, aunque afortunadamente le salió mal porque si llega a triunfar andaríamos ahora todos los europeos hablando como si tuviéramos la garganta llena de gargajos imposibles de expulsar: "Wir würden alle auf deutsch sprechen". ¡Buff, más vale!

El caso es que, volviendo al inglés, hoy día es la plaga. Mires a donde mires, todo está en inglés: técnica mindfulness, concierto unplugged, proceso benchmarking, mister, facebook, roastbeef, and so on.

Hasta hemos inventado una palabra en inglés que no existe en inglés: ¡footing! ¡Somos la bomba! A este paso inventaremos otro inglés. Y claro, para acabar de rematarla, van los del "guguel" e inventan un traductor (por ser educado y llamarlo de alguna forma) que dejan al alcance de todos... ¡de todos! Que es un cachivache que te ofrece traducciones de cualquier idioma a cualquier otro, de forma gratuita, lo cual se deja notar. Ya lo creo. Idiomas a cascoporro. De todo tipo, condición y localización geográfica. Idiomas que me da que ni se han hablado, ni se hablan, ni se hablarán. ¿Hmong? ¿Igbo? ¿Xhosa? Bueno, este último me recuerda a mi vecina, aunque tengo duda de si es porque lo habla o en realidad lo es..., como el idioma, digo.



Y cuando tengamos dominado el inglés, ¡zas!, vendrán los chinitos. Sí, sí, aquellos que aparecían con cara de bonachones en las huchas que nos ponían delante en el colegio en la que metíamos una ochena, para las misiones de África. Vamos a ver, si el dinero era para África, ¿por qué en la hucha aparecía un chinito, con sus ojitos rasgados y su miradita risueña? ¿Y por qué la ochena se llamaba ochena cuando en realidad era la décima parte de una peseta? Cosas de las misiones y cosas de la numismática. Bueno, pues a lo que íbamos, que vendrán los chinos y el inglés a la mierda. ¡Todos a aprender chino, con

sus garabatos y sus "erres" en forma de "eles"!

Y luego los indios. No los Apaches, ni los Arapahoes (de estos hay un par en mi barrio, con su cresta bien enhiesta y sus numerosos piercings) sino los indios auténticos, no los de Colón, sino los de la India.

Hoy día lo mejor es saber un montón de idiomas. Como presumía aquella orgullosa abuela de sus políglotas descendientes:

 Mis nieticas hablan un montón de idiomas doctor. ¡Son trogloditas!

En fin, diremos aquello de "¡¡mecagüen la Torre de Babel!!".

ANECDOTARIO

EL EXTRANJERO VICIOSILLO

Aquel cincuentón era oriundo de las Islas Británicas y, por esas cosas de la vida que se escapan a nuestro entendimiento, había acabado viviendo en un pueblo de la montaña donde el euskera predomina sobre el castellano. Llevaba ya más de 25 años en aquella localidad, donde decía que vivía cómodamente. Tan cómodamente que solo hablaba inglés por nacimiento y euskera por empadronamiento. El no saber español no le había supuesto ningún impedimento, más aún teniendo en cuenta su frança y natural afición al trasiego de vino y la libación de diversas bebidas espirituosas. Y esta fue, y no otra, la razón por la que acabó dando con su cogote en el suelo, provocándose una hermosa herida en el cuero cabelludo que precisó su atención en Urgencias.

Y en esas se encontraba el médico, ayudado por una enfermera, suturando la herida e intentando entenderse con el maltrecho ciudadano, ora en euskera, ora en inglés y con tremenda dificultad para comunicarse en castellano, cuando el locuaz individuo, envuelto en evidentes vapores enólicos expuso con total naturalidad en un español macarrónico:

 Pues cuandou mí salga dei aquí lo premiero qui voy a haser es follar, porque a mí lo que más mi gosta en el vida es follar. ¡Follar mucha! El comentario hizo que la mano

del estupefacto médico quedara inmediatamente paralizada, mudando la faz y dirigiendo una incrédula mirada hacia la enfermera que, boquiabierta, tampoco daba crédito a lo que acababa de oír.

Un perturbador e inquietante silencio se apoderó del lugar, lo cual fue más que suficiente para que el accidentado anglosajón percibiera que algo raro pasaba y posiblemente, tras una rápida reflexión sobre lo que acababa de expresar, pasara a realizar una nueva observación con ánimo aclarativo:

 ¡Nou, párdon! Lo que mí quería decir es que mi gosta mocho fumar. ¡Sí, eso, fumar! ¡Fumar mocho! -corrigió acompañando la explicación de una nerviosa risita.

Aclarada la confusión, médico y enfermero sonrieron nerviosos mientras con la mirada venían a decirse: "Sí, fumar mucho te gustará, sí, pero lo otro... ¡también! ¿Eh, truhán?".

Cosas del idioma. ¿O del subconsciente?

BENDITA ESCALA DE GLASGOW

Para los de la LOMCE y, por supuesto, la LOMLOE, explicaré que la escala de Glasgow es un método internacionalmente utilizado que nos permite valorar la respuesta neurológica de una persona, yendo desde el 3 cuando no responde, hasta el 15, que correspondería a una persona consciente y sana. Todo lo que baje de 13, malo. Explicado esto, nos ponemos en situación.

Se produce una comunicación telefónica entre dos médicos de dos hospitales a fin de proceder al traslado de un paciente desde el hospital A hasta el hospital B. El médico del A, algo duro de oído, contacta con el médico del B, nativo de un país sudamericano y, por tanto, con ese hablar meloso propio de aquellos lares.

Comienza la comunicación.

- Hola Fulano. Soy el doctor Mengano, del hospital A. Mira, que he atendido a un accidentado que tiene un traumatismo craneal y en el escáner hemos visto un pequeño sangrado. Está bien, pero como ahí tenéis Neurocirugía, lo vamos a mandar. Está bien, estable y con Glasgow 15.
- ¿Con siete? –pregunta el médico del B.

- No, no. Está con 15 –aclara el facultativo del A.
- Ya, ¿pero está con siete? ¿Habla?
 ¿Responde? –insiste el del B.
- ¡Que sí, joder! ¡¿No te estoy diciendo que tiene 15?! –responde enfadado el médico A.

El médico del B, a la sazón latinoamericano, se relaja y, esforzándose en la ardua labor de transmitir correctamente su pregunta, respira hondo y, casi suplicando, pregunta marcando cada palabra, cada sílaba y cada letra:

 ¡¿Qué si está "consciente", coño, cons-ci-en- te, no "con siete"?!
 Pues eso, Glasgow 15.
 Cosas del idioma.
 ¿O del lenguaje?



La jubilación de dos médicos acuarelistas: Goyo Armañanzas y César Viteri

♦ Trini Díaz

El paso a la jubilación es un momento clave en la vida: se abren desafíos y posibilidades. A Goyo Armañanzas, psiquiatra y César Viteri, neurólogo, la jubilación les ha permitido volcarse en la acuarela, una afición que comparten y que les ha llevado a montar una exposición con la que muestran mucho más de lo que se ve en sus cuadros.

Ambos organizaron una charla- coloquio para hablar de jubilación y aficiones en el Colegio de Médicos. Tras compartir experiencias, invitaron a los asistentes a una visita guiada a su exposición de acuarelas, que ha estado abierta al público del 15 de marzo al 21 de abril, en el espacio Media Luna. Allí explicaron su manera de vivir la pintura, su recorrido y su simbolismo.

Acuarelas: arriba, de Goyo Armañanzas y abajo, de César Viteri.



¿ESTAMOS PREPARADOS?

Para el psiquiatra jubilado Goyo Armañanzas, los médicos tienen una doble posibilidad de enfrentar la fase de la jubilación. "Por nuestra profesión estamos muy en contacto con la muerte. Ante eso tenemos la posibilidad de acercarnos a nuestra propia finitud y aprender de ello para aceptarla. Por otra parte, el estar del lado de los sanos, ser "mediadores entre la vida y la muerte", pudiera habernos endurecido como mecanismo protector ante tantas experiencias de abordaje traumático de la muerte". Habló de las pérdidas que acompañan este momento vital. "Los médicos tenemos un rol social importante que se acaba con la jubilación. También perdemos estatus social y autoridad familiar al pasar de cuidar a ser cuidado".

Para el neurólogo jubilado César Viteri, la llegada a la jubilación es un acontecimiento vital de primera magnitud. "Tras toda una vida de actividad laboral, proyectos y responsabilidades te encuentras un día con todo el tiempo





para ti y la familia, sin obligaciones de trabajo. Los primeros meses son como unas vacaciones, disfrutando del tiempo libre, pero poco a poco aparece una sensación de inquietud, de falta de objetivo inmediato. La rutina de la vida diaria no sustituye la ocupación del tiempo que exigía el trabajo y se nos hace cada día más necesario un proyecto personal en el que seguir desarrollando nuestra capacidad intelectual y nuestras habilidades. Es entonces cuando las aficiones pueden llenar ese vacío". Recomienda prepararse para la jubilación, prestando atención a nuestras aficiones o iniciando alguna. "En mi caso, el dibujo fue una afición desde la infancia y cuando decidí mi retiro a los 65 años retomé mi afición artística y comencé a asistir a cursos de acuarela. La pintura ha ido llenando mi tiempo y se ha convertido en un proyecto de vida con objetivos e ilusiones y también con exigencias. Todo ello enriqueciendo y dando sentido a esta etapa de la vida".



PINTURA

Acuarelas de experiencia

Goyo Armañanzas Ros expuso 12 acuarelas, algunas de su etapa más reciente, en la que domina la técnica de húmedo sobre húmedo y se muestra más valiente con los colores intensos. Paisajes y, especialmente, montañas y cielos son sus temas preferidos. "Amo la montaña y suelo llevarme las acuarelas y pintar en esas tardes libres cuando ya has llegado al refugio".

César Viteri Torres presentó 12 acuarelas de marinas, paisajes, flores y figuras humanas relacionadas con la tauromaquia. En sus obras combina un dibujo cuidado con una ejecución suelta, de pincelada sugerente, evitando caer en el detalle dibujístico.

¿Cómo llegas a la acuarela?

César Viteri:

He dibujado desde niño. Unos 5 años antes de jubilarme mi esposa me comentó de unos cursos de iniciación a la acuarela en el Civivox cercano a nuestro domicilio: una buena ocasión para empezar a preparar una afición para la jubilación. Tras los cursos de iniciación vinieron talleres, cursos online y finalmente la ampliación a otras técnicas pictóricas en la Escuela Catalina de Oscáriz del Ayuntamiento de Pamplona.

Goyo Armañanzas:

Eso tiene una larga historia, casi tan larga como mi vida. Mi padre era talentoso con el dibujo y la pintura en su adolescencia y juventud. Me llevó a clases de dibujo con siete años, algo inaudito en esa generación en la que la palabra "extraescolares" estaba por inventar. Era 1960. Me recuerdo pintando los dos un óleo con nuestros caballetes en Zubielqui, a las orillas del Ega. Eso quedó en absoluto letargo hasta el año 2000 en que un sábado Iluvioso bajé a la tienda de artes a por una caja de acuarelas para pintar con mis hijas. Sí, mi comienzo, visto desde hoy, tiene pinta de un mensaje transgeneracional: de mi padre a mí en mi infancia, y de mí a mis hijas en su infancia. Tras esa mañana, empecé a dibujar gaviotas y pintar acuarela en las largas horas de playa en los veranos. Continué de esa forma autodidacta-estival hasta hace seis años en que comencé a recibir clases y pasé a pintar todo el año.



Arte y medicina, ¿son vasos comunicantes?

César Viteri:

La representación artística ha estado siempre íntimamente unida a la medicina. Muchos documentos que iluminan la historia de la medicina son los recogidos en obras de arte desde la más remota antigüedad. En los tiempos actuales, los conocimientos médicos son muy enriquecedores para quien cultiva el dibujo y la pintura figurativa. El médico está acostumbrado a la observación y el dominio de la anatomía humana es una gran ayuda para la representación de la figura humana.

Govo Armañanzas:

No veo una relación intrínseca entre ambos. Me viene más bien la necesidad de cultura, recursos y tiempo que también era lo que tenía el cura del pueblo y facilitaba una producción más allá de la laboral. Sería muy interesante que alquien profundizara en si el abordaje de la vida y de la muerte, de tantos encuentros con personas en esa tesitura de la fragilidad, además del consabido endurecimiento como autoprotección, facilita una salida, una sublimación creativa.

¿Qué destacarías de tu trayectoria como acuarelista?

César Viteri:

Pinté mi primera acuarela en 2010 y creo que afortunadamente he progresado de una forma muy satisfactoria. Los primeros años fueron de aprendizaje y desde 2015 empecé a mostrar mi obra al público en exposiciones colectivas e individuales, nacionales e internacionales, y en redes sociales con muy buena acogida.

Goyo Armañanzas:

Mi experiencia ha consistido en quitarme el miedo al vértigo que da la rapidez que requiere la acuarela, en encontrar y guardar -en no se sabe dónde- los colores que voy conquistando, en desarrollar rapidez en hacerlos (imprescindible en acuarela), en aprender a ver detalles y tonalidades. Eso es un regalo añadido: ahora veo más colores. Un paso importante es pintar del natural con las enormes dificultades que tiene: incomodidad, la luz cambia en minutos, las personas te miran, el sol, el viento, dispones de muchos menos medios. Pero lo vale: has creado un vínculo con el lugar, es una "experiencia" que no desaparece. Cuando vendes ese cuadro, u otro que no sea del natural, das esa experiencia, se note o no.



César Viteri y Goyo Armañanzas.

Para ambos, la experiencia de exponer conjuntamente ha sido muy positiva porque "ayuda a valorar las cualidades de la obra expuesta, a contrastarla con la de tu compañero de exposición y a recibir la reacción y opinión del público, que otorga el valor artístico a nuestro trabajo".



