



FORO MEDICINA, SANIDAD Y CIUDADANÍA: CLAVES PARA EL CAMBIO



**II Certamen de
Casos Clínicos Ético-
Deontológicos.**

El PAIME en Navarra.



Déjanos asesorarte para que encuentres el plan que garantice tu futuro

Llevamos más de 85 años ayudando a miles de profesionales a disfrutar de la jubilación que merecen

Hasta un

3%*
de bonificación
si traes tu Plan



Encuentra la mejor alternativa
para asegurar tu futuro en **psn.es**

*Condiciones de la promoción en psn.es

^(1) Fuente V-DOS. Dato de rentabilidad media ponderado por patrimonio en el primer semestre 2019.

SEGUROS • AHORRO E INVERSIÓN • PENSIONES

910 616 790 • psn.es •      

Consejo de Redacción:

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

Comisión Científica:

Laura Barriuso, M^a Victoria Güeto, Carlos Larrañaga, Oscar Lecea, Rebeca Hidalgo, Carlos Panizo, Tomás Rubio y Enrique Sáinz de Murieta.

Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción y fotografía:

Trini Díaz.

Publicidad:

Tel: 948 22 60 93

Fotografía Foro:

Mateo Romero.

Diseño y maquetación:

Gráficas Pamplona.

Redacción y

Administración:

Avda. Baja Navarra, 47.
Pamplona
Tel.: 948 22 60 93
Fax: 948 22 65 28
Correo-e: trini@medena.es

Soporte válido del

Ministerio de Sanidad:

SV-88014-R

Depósito Legal:

NA. 100-1988
La Revista "PANACEA" no comparte necesariamente los criterios de sus colaboradores en los trabajos publicados en estas páginas.

PRECIO:

6 Euros (IVA incluido)

20



36



52



56



60



SUMARIO

4 Editorial

6 Foro Sanidad, Medicina y Ciudadanía

16 20 claves para el cambio

19 Clen College

20 **Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME): 30 profesionales atendidos en Navarra desde el año 2010.**

26 Médicos Jubilados

30 Concurso Dibujos NAVIDAD

31 Píldoras para la Salud

34 Ciclismo

35 Coro colegial

36 **Ética y Deontología. Entrevista a Pilar León: "El estudio y la formación ética son parte importante del quehacer profesional".**

38 Formación

42 Universidad: Premios del II Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos

46 Sociedades científicas

50 Jornadas

52 **Beca MIR: Cirugía facial en el Hospital CHP Saint Martin de Caen (Francia). Por Jesús Olivas.**

56 **Beca Senior: Lupus y Vasculitis en el Hospital de Addenbrooke's (Cambridge). Por Patricia Fanlo.**

60 **Divulgación científica: Síndrome Vestibular Agudo en Atención Primaria y Urgencias.**

64 Informe: Ejercicio libre de la medicina en España

71 Asesoría Jurídica: Agresiones

72 Restaurante El Colegio: Noches de Bohemia

74 Pacientes: Hiru Hamabi 3/12

76 Libros: VI Certamen Casos Clínicos MIR

78 Viajes: Peña de Alájar

82 Anecdótico

A modo de cierre: 12 conclusiones para el debate sereno

**Comisión
Permanente del
Colegio Oficial de
Médicos de Navarra**

Dos intensos días de reflexión y debate plural y abierto dan para mucho. El Foro Sanidad, Medicina y Ciudadanía ha dejado un poso de satisfacción a todos los que hemos participado en este evento, que ha colocado a nuestro Colegio de Médicos en el punto de mira de gestores, profesionales, periodistas y políticos. El esfuerzo de estos días es solo el punto de partida de sucesivos foros de análisis sobre la necesaria reforma de nuestro sistema sanitario, porque sin cambios no será sostenible en el tiempo.

Este compromiso, que queremos compartir con todos los profesionales de Navarra, se sintetiza en las 12 conclusiones del Foro:

1. Debemos luchar por la innovación disruptiva de modelos asistenciales de gestión y organizativos. Es importante cambiar el modelo asistencial, contando con todos los agentes sociales. Este cambio deberá ir ligado al liderazgo clínico.
 - Es imprescindible potenciar la descentralización para adaptarse a las necesidades locales, de tal forma que se puedan implementar muchos modelos válidos pero todos ellos deben tener las características de flexibilidad en la organización y ser exigentes en los resultados.
 - Queda muy claro que si no transformamos el sistema no será sostenible en el tiempo, por lo tanto, tenemos un reto que debemos empezar hoy mismo. La transformación del sistema debe ir acompañada de la transformación de la gestión.
2. Sostenibilidad, excelencia y gestión. Para ello:
 - Debemos abordar de forma valiente y verdadera la cronicidad.
 - Ser eficientes y eficaces, demostrando la excelencia. Avanzar en los mejores sistemas de información para trabajar en red y analizar nuestros resultados.
 - El personal sanitario es el pilar de nuestro sistema, es el talento de alto nivel, pero debemos buscar estímulos e incentivos. La meritocracia es un modelo incentivador y transparente que puede ayudar a la discriminación positiva.
 - Es preciso analizar la demografía médica para poder planificar el futuro y potenciar las políticas de capital humano.
3. Atención integrada. Se deben rediseñar nuevamente nuestros procesos con la creación de áreas integradas como herramienta fundamental para evitar la fragmentación de la asistencia sanitaria, ya que tratamos personas y no enfermedades, evitando la discriminación letal. No se debe seguir manteniendo la separación de la salud poblacional y la salud aguda porque es un continuo.

4. Profesionalización de la gestión supone la búsqueda de los mejores para obtener los mejores resultados de salud. Debemos concentrar el conocimiento experto y acreditarlo. Considerar la ética como pilar fundamental en gestión, porque sin ética y sin valores no puede existir gestión. La humanización, calidad y responsabilidad son también variables necesarias en la gestión. La transparencia y la valoración de los resultados de salud debe ser el eje vertebrador, y el buen gobierno nuestro manual de mesa.
5. Necesitamos capacidad de gestión del cambio. Para ello hay apostar por hacer gestión de personas y evitar la administración de personas. El sistema debe facilitar el liderazgo, la comunicación, la participación, la responsabilidad y la exigencia si queremos que nuestro sistema se mueva "bottom up". O avanzamos con talento propio o los cambios serán realizados por los extrarradios.
6. Sería necesario intentar un pacto de cohesión y un Consejo Interterritorial vinculante.
7. El conocimiento histórico para la elaboración de la Ley Foral de Salud nos ayuda a entender cómo ha evolucionado la sanidad en estos años. La introducción de normas que aumentan el control por parte de función pública/intervención, ha llegado a un punto que hace inviable actualmente la capacidad de gestión eficiente. Somos conscientes de que con la actual Ley Foral de Salud, sin la interpretación cada vez más limitante de la norma, se podría haber avanzado de forma más robusta para adaptarnos a las nuevas necesidades de la sociedad.
8. Es necesario aumentar, de forma decidida, la capacidad de autogestión, reduciendo la rigidez normativa y la burocratización, si queremos un sistema vivo y dinámico, dirigido por profesionales sanitarios y que pueda asumir los nuevos retos de la gestión, con rendición de cuentas.
9. El objeto del cambio de la Ley Foral es ordenar, configurar y preparar el sistema de salud para afrontar los retos demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y de gestión; y para cumplir su misión de promover la salud individual y comunitaria y garantizar los derechos a una atención universal, sostenible, equitativa y de calidad de las generaciones actuales y venideras.
10. La ciudadanía debe ser corresponsable de los cambios del Servicio Nacional de Salud. Es un proyecto nacional común dotado de legitimidad. Debe seguir avanzando y blindando la universalidad y equidad.
11. La profesión médica tiene dos características en su ADN: liderazgo y gestión.
12. Los que dicen que es imposible no deberían molestar ni interrumpir a los que estamos intentándolo (Thomas Edison).

I FORO

SANIDAD, MEDICINA Y CIUDADANÍA

¿Qué reformas necesita nuestro sistema sanitario? ¿A qué retos nos enfrentamos?



♦ Trini Díaz

Reunió a médicos, gestores, expertos en planificación sanitaria, consejeros y exconsejeros de Sanidad, gerentes y directores de Salud autonómicos.

La ministra Carcedo, en la inauguración y el exministro Montoro, en la clausura.

Punto de partida para sucesivos foros de discusión y debate, que el Colegio ya está preparando.



El Colegio de Médicos de Navarra estrena con éxito un **Foro** de debate plural, abierto y participativo

El I Foro Sanidad, Medicina y Ciudadanía, organizado por el Colegio de Médicos de Navarra durante los días 17 y 18 de octubre, reunió a actores de primera línea en la gestión, planificación y dirección del Sistema Nacional de Salud y de los servicios autonómicos.

Fue inaugurado por la Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España en funciones, María Luisa Carcedo, y clausurado por el exministro de Economía y Hacienda, Cristóbal Montoro. Tres consejeros de Salud (Navarra, Galicia y Extremadura) debatieron sobre los nuevos retos sanitarios. Serafín Romero, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, ofreció una conferencia titulada ¿Médico gestor o Gestor médico? Una visión desde la Deontología.

Con el fin de ir calentando motores y generando un debate previo al Foro presencial, se abrió un Foro online para facilitar la participación de los profesionales que no pudieran asistir. La plataforma permitió formular preguntas y opinar sobre los temas que se abordaron en cada una de las cuatro mesas presenciales programadas. Además, se retransmitió en directo, vía streaming.

En la página web de Colegio de Médicos se puede acceder a los videos de cada una de las mesas y conferencias, en el siguiente enlace <https://foro.colegiodemedicos.es/>

CON VOCACIÓN DE CONTINUIDAD

La organización de este Foro condensa la apuesta del Colegio de Médicos de Navarra por contribuir a la mejora de la sanidad con formación específica en gestión dirigida a los profesionales de la Medicina que lleva realizando desde hace más de 6 años. Consciente de la necesidad de promover foros de análisis y experiencias, que permitan identificar oportunidades de mejora, organizó este Foro “para abordar –en un debate plural, abierto y participativo– qué reformas necesita nuestro sistema sanitario y a qué retos nos enfrentamos. Las conclusiones servirán, además, como base sólida para la necesaria reforma de la Ley Foral de Salud”, destacó en la presentación el Dr. Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra.

El Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra y coordinador del Foro, subrayó que “el Colegio de Médicos de Navarra tiene entre sus fines apoyar y mejorar el Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea y apuesta por un modelo colegial que sea activo y participe en el desarrollo, la evaluación y la mejora de las prestaciones sanitarias. Esta es la razón que nos ha llevado a la organización del Foro, que será el punto de partida para sucesivos foros de discusión y debate que este Colegio ya está preparando”.

Para la organización del Foro, el Colegio ha contado con la colaboración de Laboratorios Cinfa, Caja Rural de Navarra, Organización Médica Colegial (OMC), Gran Hotel La Perla, Restaurante El Colegio y Congresos Colegio de Médicos.

CUATRO MESAS DE DEBATE

El Programa se estructuró en cuatro mesas redondas.

Se inició con la mesa titulada **Análisis del Sistema Nacional de Salud y Servicios Autonómicos de Salud**, presentada por José Ramón Repullo, profesor de Planificación y Economía de la Escuela Nacional de Sanidad, y coordinada por Susana Miranda, vicesecretaria del Colegio de Médicos de Navarra. Participaron como ponentes José Ramón Mora, Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O); Juan Luis Diego Casals, Director General de Osakidetza; y Luis Carretero, Director Gerente del Departamento de Salud de Denia.

BENGOA Y MENEU: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS

La segunda mesa, con el título **Construyendo el Sistema Nacional de Salud** y presentada por Rafael Teijeira, contó con la participación de Rafael Bengoa, exconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco y codirector de SiHealth y Sistemas de Salud OMS; y Ricardo Meneu, vicepresidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS). Ambas personalidades, de gran prestigio internacional, presentaron su diagnóstico y propuestas para la reforma del sistema sanitario.

HERRAMIENTAS DE GESTIÓN ¿LAS TENEMOS? ¿LAS HEMOS TENIDO?

Las organizaciones complejas requieren avanzadas capacidades de gestión. Esto, a su vez, exige gestores preparados, dotaciones económicas suficientes y modernas herramientas de gestión. ¿Las tenemos? ¿Las hemos tenido? ¿Las podemos volver a tener? Estas preguntas centraron la tercera Mesa de debate con el título

La autonomía de Gestión en la normativa de Salud (pasado, presente y futuro), presentada por Mariano Benac, asesor jurídico del Colegio de Médicos de Navarra, y coordinada por Julio Duart, secretario del Colegio de Médicos de Navarra.

Reunió a Luis Ciriza, director de Areté Activa y exdirector de Recursos Humanos del SNS-O; Óscar Moracho, experto en Gestión de Salud y exgerente del SNS-O; José Manuel Iturrate, exviceconsejero de Régimen Económico, Administración y Servicios del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco; y Joseba Asiain, Director General de Presidencia y exsecretario técnico del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Esta mesa tendrá su continuación con una Jornada ya planificada para reflexionar, de forma más concreta, sobre cómo debe ser la Ley Foral para buscar la equidad y sostenibilidad de nuestro sistema.

"NO HACER NADA NO ES UNA OPCIÓN", SEGÚN SANTOS INDURÁIN

La coordinación sociosanitaria, la participación en la gestión de los servicios de Salud, el Buen Gobierno y la sostenibilidad fueron algunos de los temas que se abordaron en la cuarta y última Mesa de debate sobre **Nuevos retos en la Gestión de los servicios de Salud a medio y largo plazo**, en la que participaron tres consejeros de Salud: Santos Induráin (Navarra), José María Vergeles (Extremadura) y Jesús Vázquez (Galicia). Fue presentada por Luis Ángel Oteo, profesor emérito de la Escuela Nacional de Sanidad y consultor de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, y moderada por Tomás Rubio, vicepresidente 2º del Colegio de Médicos de Navarra.

Público asistente al foro

FORO SANIDAD, MEDICINA Y CIUDADANÍA



Mesa " Análisis del Sistema Nacional de Salud y Servicios Autonómicos de Salud"

La Dra. Santos Induráin, consejera de Salud de Navarra, expuso que "en términos de sostenibilidad de nuestro sistema de protección socio-sanitario, el no hacer nada no es una opción; o lo que es lo mismo, es dejarlo a expensas de fuertes poderes e intereses económicos que aspiran a que la salud deje de ser un bien público para considerarse un bien privado, una mera mercancía".

Es por lo que consideró necesario un consenso social, en torno a la salud que implique a ciudadanía, sociedades científicas, colectivos...; un consenso político, realizando un pacto por la salud, y finalmente consenso profesional, "entendiéndolo como una implicación compartida y participadas de los y las profesionales del sector sanitario".

"Es una certeza que ellos, vosotros, sois la auténtica palanca de un cambio necesario e imprescindible. Los profesionales de la salud nos están pidiendo mayor protagonismo, autonomía, liderazgo clínico y, por qué no, reconocimiento social y económico", puso de manifiesto.

Para la consejera, las realidades de cada autonomía y cada país pueden ser diferentes, "pero en esta legislatura estamos convencidos de que una buena política de profesionales es clave y de que, en términos generales, se dan las condiciones para dar un salto adelante en la organización del propio sistema sanitario".



Mesa " Construyendo el Sistema Nacional de Salud".



Mesa " La autonomía de Gestión en la normativa de Salud (pasado, presente y futuro)"



Mesa " Nuevos retos en la Gestión de los servicios de Salud a medio y largo plazo"

MARÍA LUISA CARCERO, MINISTRA DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Defendió la eliminación progresiva de los copagos farmacéuticos y “la racionalización en la inclusión de prestaciones, con criterios de coste-efectividad, valor terapéutico y eficiencia”.



En la inauguración del Foro, la ministra en funciones María Luisa Carcedo aseguró que “es prioritario un enfoque preventivo y multisectorial y avanzar en las estrategias de salud mental y salud sexual y reproductiva para afrontar los nuevos retos de nuestro sistema sanitario y que sea realmente justo y eficaz”. En su exposición indicó que “la protección medioambiental y transición ecológica, la movilidad activa y el urbanismo, la educación universal para niños y niñas de 0-3 años, o políticas transversales de promoción de entornos saludables en el trabajo o en la escuela, son algunos ejemplos de acciones intersectoriales que impactan de forma importante en la salud de la población, y que desde el Ministerio entendemos que son prioritarias”.

La ministra Carcedo en la mesa presidencial, acompañada por ▲ Rafael Tejería, Javier Font y Santos Induráin.

RETOS ESTRUCTURALES

Además, Carcedo resaltó que los sistemas sanitarios tienen que enfrentarse a retos estructurales relacionados con la distribución equitativa y el uso eficiente de los recursos. En esta línea, explicó que “una vez recuperada la universalidad esencial del sistema público como derecho, nuestro SNS debe ahondar en el principio de equidad y reducir las desigualdades que pueden existir por el nivel de renta o por el territorio en el que se resida y profundizar en medidas como la eliminación progresiva de los copagos farmacéuticos”.

Otro aspecto importante en la gestión, explicó, es “la racionalización en las decisiones en la inclusión de prestaciones, con criterios de coste-efectividad, valor terapéutico y eficiencia del sistema”. Y añadió: “Esta racionalización no sólo debe abordar la estrategia de nuevas inversiones, sino también la desinversión de aquellas que no aporten valor, no sean coste-efectivas o no cumplan criterios de eficacia y seguridad según la actualización de la evidencia”.

“El desafío está, según manifestó la ministra, en seguir incorporando innovación científico-técnica y

“Tenemos que ahondar en el principio de equidad y reducir las desigualdades”



Carcedo atiende a los medios de comunicación. ▲

garantizar que los avances lleguen a toda la ciudadanía de forma equitativa; debemos contribuir a que la innovación se convierta en uno de los pilares de la sostenibilidad del sistema sanitario”. No en vano, España es uno de los primeros países del mundo en incluir nuevas terapias de alto valor terapéutico como las CAT-T. Capital humano cualificado.

“LOS PROFESIONALES NO SÓLO PRECISAN RECONOCIMIENTO”

Carcedo puso el foco, en otro momento de su intervención, en los profesionales sanitarios “quienes no sólo precisan reconocimiento sino que merecen que los gestores públicos afrontemos la transformación del sistema de gestión clínica, la carrera profesional y la formación especializada, si queremos mantener su prestigio, retener el talento y mantener la calidad de la atención”. Por ello, insistió en que “es imprescindible centrar nuestros esfuerzos en apoyar al conjunto de profesionales en todo aquello que contribuya a favorecer la excelencia clínica, mejorando la eficiencia con el apoyo de los recursos económicos que el Estado y las comunidades autónomas dedican a la Sanidad”.

Carcedo destacó de forma especial el importante papel de la Atención Primaria y aseguró que debe afrontar cambios para adaptarse a las circunstancias actuales como son una sociedad envejecida, con enfermedades crónicas y con un nivel de conocimiento e información elevado: “El Marco Estratégico para la Atención Primaria de Salud en el

que han trabajado los profesionales de AP, las comunidades autónomas, los usuarios del SNS y el Ministerio tiene la intención de responder a los desafíos que afronta”. Además, resaltó que es necesario potenciar la coordinación entre niveles asistenciales y con los servicios sociales e impulsar la atención en el medio rural.



Miembros de la Junta Directiva del Colegio con la Ministra.

FORO SANIDAD, MEDICINA Y CIUDADANÍA

RAFAEL BENGEOA,
CO-DIRECTOR DEL INSTITUTE FOR
HEALTH AND STRATEGY (SIHEALTH)

“Seguimos en un modelo que no es compatible con las reformas y la velocidad de cambio que necesita la sanidad”

“Hay que cambiar el estilo de liderazgo en el sector, a todos los niveles”

“Para afrontar la transformación de la sanidad se deben desarrollar líneas de actuación que son inevitables si se quiere mantener un sistema público eficaz y sostenible”, según Rafael Bengoa, co-director del Institute for Health and Strategy (SIHealth).

El exconsejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco subrayó que la intervención más importante es “cambiar el estilo de liderazgo en el sector, a todos los niveles. Este es el factor que representa el mayor obstáculo o mayor facilitador para avanzar en la transformación de la sanidad”. En opinión de Bengoa, “seguimos en

un modelo de liderazgo que no es compatible con las reformas y la velocidad de cambio que se necesita. Es lo que llamo “poder viejo” y “poder nuevo”. El poder viejo, es aquel que está agarrado por unos cuantos que, además, son bastante inaccesibles. El poder nuevo es aquel que descentraliza y que permite autonomía al ámbito local y a los profesionales en la red innovar en su entorno”.

Entre las actuaciones que propone Rafael Bengoa se encuentran: reconfigurar el modelo de prestación hacia uno más proactivo y preventivo, articular una gestión más eficaz de los pacientes crónicos y complejos,

priorizar la calidad y la seguridad clínica, y empoderar a los pacientes y a la comunidad.

Añadió que “hay que incidir en coordinar los servicios sociales y la sanidad, en desarrollar organizaciones integradas localmente, en la atención de las desigualdades aún existentes y, por último, en la profesionalización de la función directiva y flexibilización de la administración pública”.

Concluyó que “el mejor modelo de cambio sería aquel que mezcla un impulso estratégico liberador nuevo desde arriba con unos profesionales activistas en la red”.



RICARD MENEU,
EDITOR JEFE DE
“GESTIÓN CLÍNICA Y
SANITARIA” (GCS)

“El SNS
necesita un
rediseño
institucional
y reconstruir
las relaciones
con los
profesionales”

En su intervención, Ricard Meneu, vicepresidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS) y editor Jefe de “Gestión Clínica y Sanitaria” (GSC), defendió la necesidad de que el Sistema Nacional de Salud se oriente hacia “objetivos de salud no meramente retóricos, postergando las razonables (pero secundarias) reclamaciones sobre insuficiencia recursos y abordando los principales problemas poblacionales, más que los intereses de las diversas corporaciones”.

Según Meneu, es también necesario un rediseño institucional, “abandonando el relativo confort del sistema burocrático-funcionario en el que habitamos, carente de transparencia, participación, rendición de cuentas y evaluación comparativa”.

Otra de las reformas pendientes es, en opinión de Meneu, la modificación sustancial de las relaciones entre el sistema y su activo más relevante, sus profesionales, “que sorprendentemente aún se esfuerzan en un marco, en general, desincentivador”. Recalcó que la reconstrucción de las relaciones con los profesionales deberían estar presididas por principios de capacidad, idoneidad, diferenciación y recompensa al logro, “principios que unos supuestos igualitarismo y meritocracia mal

entendidos –o muy bien entendidos por agentes capturadores de rentas sociales– están contribuyendo a impedir que pueda florecer la excelencia clínica”.

El principal reto es, para Ricard Meneu, “enfrentar las próximas décadas mejor pertrechados en las cuestiones básicas (orientación real hacia la salud, diseño institucional adecuado, encuadre eficaz de los activos profesionales) de lo que lo hemos estado en las anteriores, porque la flauta raramente volverá a sonar”.





**SERAFÍN ROMERO,
PRESIDENTE DEL
CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS
OFICIALES DE
MÉDICOS (CGCOM)**

**“Somos médicos gestores
y gestores médicos”**

En su conferencia, el Dr. Serafín Romero destacó que “en el mundo de la Medicina somos médicos gestores y gestores médicos”. Explicó que la gestión clínica es un modelo asistencial en el que intervienen diferentes agentes, y que tiene que tener una perspectiva triple: centrada en el paciente “que es el eje de nuestras actuaciones”; la búsqueda continua de la calidad y excelencia profesional; y el uso eficiente de los recursos. “Cuando hablamos de gestión desde el punto de vista de la profesión médica lo estamos haciendo desde la responsabilidad de seguir manteniendo un modelo sanitario de éxito”.

Para el Dr. Serafín Romero la sostenibilidad interna “es hacer correctamente las cosas” y precisamente, es “gestión clínica lo que hacemos cada día en las consultas, porque nos corresponde como profesión y como médicos adelantarnos a lo que no están haciendo otros”.

Y en esta labor entran en juego dos aspectos fundamentales para el médico como son el Código de Deontología Médica y los valores del profesionalismo. “Si hay alguna duda del papel del médico en la gestión hay que aludir al profesionalismo que es un conjunto de principios y valores”, indicó.

El ejercicio de la profesión médica exige anteponer los intereses del paciente a los del propio médico y esta es, en opinión del Dr. Romero, “la base de la confianza entre ambos”. Esta exigencia se sustenta en principios como la beneficencia, la no mal eficiencia, autonomía y justicia social. “Este último es la esencia del profesionalismo, no dejar a nadie atrás”, señaló.

En consecuencia, la práctica diaria del profesional médico, tal y como explicó el presidente del CGCOM, implica el compromiso con: la integridad en la utilización del conocimiento y en la optimización de los recursos, la compasión como guía de acción frente al sufrimiento, la mejora permanente en el desempeño profesional para garantizar la mejor asistencia posible al ciudadano, y la colaboración con todos los profesionales e instituciones sanitarias en aras de la mejora de salud y el bienestar de la población.

Por otro lado, el Código de Deontología Médica es, para el Dr. Romero, “un manual de gestión de cómo tenemos que gestionar nuestra acción con el paciente y, por consiguiente, con el sistema” y, además, “de obligado cumplimiento para todos los profesionales”.

DEONTOLOGÍA Y LEALTADES

Tras exponer que la principal lealtad del médico “es la que debe a su paciente y a su salud y que la debe anteponer a cualquier otra conveniencia”, citó varios artículos del Código que mucho tienen que ver con la gestión.

“El médico, principal agente de la preservación de la salud, debe velar por la calidad y la eficiencia”, mencionó el presidente para después aludir a otro artículo del Código: “El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para/con la comunidad y está obligado a procurar la mayor eficacia en su trabajo y el mayor rendimiento de los medios que la sociedad pone a su disposición”.

Es por ello que el Código de Deontología Médica y los valores del profesionalismo “hacen necesario”, según el Dr. Romero, que “tengamos que tomar el liderazgo y la delantera en estas cuestiones”. “Nos toca a nosotros diseñar y pintar el Decreto, no entrar a debatirlo, y adelantarnos a las dificultades de los compañeros que están en la gestión de lo público”, manifestó.

En este sentido, concluyó que “se ha perdido la confianza entre los gestores y los médicos” y añadió que “precisamente, en el mundo de la Medicina, somos médicos gestores y gestores médicos”.

CRISTÓBAL MONTORO, EXMINISTRO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

Cristóbal Montoro, exministro de Economía y Hacienda clausuró el Foro con una conferencia sobre "La Sanidad como motor de desarrollo económico y bienestar social".

En su intervención, explicó los grandes parámetros económicos y lo sucedido a raíz de la crisis de 2008 con el déficit y la deuda que "puso en riesgo el Sistema Nacional de Salud". El exministro instó a aprender de la crisis, no repitiendo "lo peor" de la misma, ya que "ha sido muy dura en pérdida de puestos de trabajo, en fractura social, en financiación de servicios públicos".

Propuso crear un sistema de "garantías" para que los recursos que el Estado deriva a las CCAA se utilicen de forma prioritaria a reforzar la sanidad, las prestaciones sociales y la educación, "que son los tres grandes ámbitos, junto a otros, que tienen las comunidades autónomas". Esta es la razón, según Montoro, para "declararlos prioritarios y, en ese sentido, hay formulaciones para que, salvando la autonomía por completo, los nuevos recursos se dediquen a esas actividades".

UNA DESACELERACIÓN "MUY CLARA"

El exministro de Economía valoró que, en la actualidad, estamos "en una desaceleración económica muy clara". Defendió que "lo que hay que hacer es contrarrestarla, no perdiendo lo mejor de la calidad de nuestro crecimiento económico de los últimos años" y que, según indicó, está sustentado en tres valores primordiales: "el más importante es que todo el crecimiento económico se está yendo a creación de empleo; que es compatible con un superávit en nuestra balanza de pagos; y que estamos creciendo sin apenas inflación". En estos parámetros de calidad, concluyó, "tienen que emplearse las políticas que desarrollen las próximas administraciones en los diferentes ámbitos".

"Hay que crear un sistema de garantías para que los recursos se utilicen de forma prioritaria a reforzar la sanidad"

LA SANIDAD: MOTOR DE CRECIMIENTO

Montoro destacó que el Sistema Nacional de Salud "es uno de los pilares de nuestro estado de bienestar". España, en términos comparativos mundiales, dijo, está "a la cabeza" y por tanto hay que "entender y apreciar que la sanidad es un motor de crecimiento económico, de inversión, de investigación y desarrollo y de creación de empleo".

En ese sentido, indicó que, según la EPA, hay 300.000 personas más trabajando en la sanidad que en 2008 y "por tanto, estamos hablando de un sector que es un motor de crecimiento económico, de prosperidad y de igualdad de oportunidades".

Se trata, explicó, de un sistema que es público en sus tres cuartas partes, que tiene otras muchas vertientes como la mutualización de los funcionarios (1.800.000 personas), los conciertos económicos y los acuerdos con las aseguradoras, farmacias y proveedoras de tecnología, así como la promoción de la investigación y desarrollo. Todo eso "es lo que tenemos que seguir facilitando en nuestro país en un futuro", lo que "va a depender del crecimiento económico que tengamos en España", un factor que es "la gran responsabilidad de todas las formaciones políticas".

Lo prioritario, manifestó, es "fortalecer esa recuperación económica", porque "de ahí se derivarán recursos suficientes, necesarios para irlos aplicando en un ámbito como es la salud, que es vital en nuestra calidad de vida".

Añadió que "somos el país que, junto a Japón, tiene la esperanza de vida más larga del mundo y tenemos que seguir progresando en esa dirección".





20 claves para el cambio en sanidad

Días antes de la celebración del Foro Sanidad, Medicina y Ciudadanía, el Colegio de Médicos de Navarra presentó en una rueda de prensa 20 claves para el cambio de un sistema sanitario que define como “fragmentado y necesitado de profesionales motivados para avanzar en una medicina basada en el valor, que busque la mejora continua, y la innovación y adaptación a las necesidades actuales”.

Bajo la premisa de un sistema centrado en las personas y fundamentado en la equidad,

sostenibilidad y una atención al paciente de calidad y segura, destaca que los retos principales son: profesionalización de la gestión, cronicidad, atención comunitaria y prevención, medicina basada en el valor, autogestión y motivación de los profesionales, planificación en la renovación de la obsolescencia tecnológica, control del gasto farmacéutico, trabajo en red, homogenización de los sistemas de apoyo informático, análisis demográfico para ajustar necesidades de personal, máxima transparencia...



Rafael Teixeira y Alberto Lafuente, ▲ en la presentación a los medios de comunicación de las 20 claves para el cambio.



Estas son las 20 propuestas:

1. Nuestro Sistema Nacional de Salud necesita grandes cambios, pero para ello es necesario el conocimiento real de la situación y **el consenso de todos los actores. Debe estar centrado en las personas** y fundamentarse en la equidad, sostenibilidad y una atención de calidad y segura.
2. Es necesaria la **profesionalización de la gestión**, asumiendo los resultados y actuando en función de ello. Hay que evitar el electoralismo en la gestión sanitaria. En definitiva, hay que hacer la gestión más clínica y la clínica más gestión.
3. Asegurar la **ética en la gestión**, tanto en los modelos de compras y abastecimiento como en la organización de personas y estructuras. Debemos entender que la buena gestión, debe estar ligada siempre a la ética, para poder asegurar el bien común, la equidad y sostenibilidad del sistema.
4. **Apuesta real por la cronicidad.** El paciente debe ser tratado de forma integral y con circuitos específicos. El tratamiento debe ser integral e integrado. La Atención Primaria debe ser el pivote de este paciente.
5. Uno de los grandes retos que plantea nuestra sanidad es la **continuidad asistencial**, evitando la compartimentalidad de nuestras especialidades. Se deben crear áreas o unidades funcionales de conocimiento, donde el paciente pueda ser tratado de forma multidisciplinar y se apoyen en el ámbito sociosanitario. La gestión clínica debe ser una herramienta de mejora y potencialidad de la continuidad y calidad del sistema público.
6. **Potenciar la Atención Primaria** con más responsabilidad y estructura. Debe de ser el centro del sistema, impulsando la atención comunitaria. Se deberá dotar de más medios, pero también de nuevas formas de organización, que faciliten y ordenen la entrada y acceso de los pacientes y su atención posterior.
7. Implantar la **medicina basada en el valor**, buscando acciones coste efectivas y con la mayor evidencia posible, teniendo en cuenta las circunstancias de las personas, al igual que sus valores y necesidades.
8. Aumentar la capacidad de **autogestión de los profesionales**, dándoles herramientas para la mejora de los resultados y adaptación a las necesidades reales de los pacientes.
9. No se puede olvidar que **el sistema sanitario lo forman las personas**. Debemos trabajar, de forma integrada con las instituciones, sus motivaciones intrínsecas y extrínsecas. Necesitamos profesionales motivados para avanzar en una medicina basada en el valor, que busque la mejora continua, y la innovación y adaptación a las necesidades actuales.
10. **Planificar de forma adecuada la renovación de la obsolescencia**, ser capaz de desinvertir según añadimos nuevas tecnologías, siempre siendo conscientes del valor que aportan a nuestros pacientes.
11. **Control del gasto farmacéutico**, potenciando los genéricos y biosimilares. Introduciendo herramientas de gestión clínica para desmedicalizar a los pacientes.
12. Potenciar el **trabajo en red** con otras instituciones sanitarias, académicas... para conseguir acercarnos más al paciente. Aumentar la innovación de las TICs,

consiguiendo que sea el propio paciente, acompañado de los profesionales, el que se responsabilice de su proceso.

13. **Potenciar la gestión directa** como valor fundamental. La concertación debe ser bajo la lupa de la transparencia y con la valoración adecuada de los indicadores de proceso y resultado. Debe estar envuelto en un proceso ético y de calidad.
14. **Homogenizar los sistemas de apoyo informático** para que el paciente tenga toda la información en los diferentes niveles del sistema y se pueda compartir. Facilitar un sistema de análisis de costes bien estructurado para ser capaces de conocer el coste de nuestras acciones.
15. **Apostar por la prevención y las políticas de salud** dentro de cada

institución, sabiendo que el 75% de los condicionantes de salud están en los ámbitos generales de la sociedad. Promover la educación para la salud.

16. **Ajustar y modificar el sistema sanitario, dándole la personalidad jurídica necesaria** para ajustarse a las necesidades de la sanidad, entendiendo la alta variabilidad del sistema y el elevado presupuesto que se invierte en el mismo.
17. **Análisis demográfico del personal sanitario** para adecuar el futuro a las necesidades reales de nuestros pacientes y poder conseguir ajustar el personal específico a los retos a los que nos enfrentamos.
18. **Máxima transparencia** en los sistemas de salud, añadiendo los indicadores estructurales, de

proceso y también de resultado, pero interrelacionando acciones realizadas con resultados obtenidos. Debemos avanzar en la calidad de nuestra atención técnica y humana.

19. **Potenciar la innovación e investigación**, sabiendo que además de añadir conocimiento a la Medicina, crea sentimientos de pertenencia y motivación a los profesionales. Dar pasos firmes hacia la medicina personalizada como una de las primeras líneas de trabajo dentro de las áreas de gestión.
20. Introducir a los **pacientes** en los órganos de decisión para entender las necesidades reales. Avanzar en la identificación de resultados que realmente necesitan los pacientes y empoderarles en sus decisiones. Crear escuelas de pacientes.

LA NECESARIA REFORMA DE LA LEY FORAL DE SALUD

La consejera de Salud del Gobierno de Navarra, Santos Induráin, ha anunciado que uno de los objetivos de su departamento para esta legislatura es la elaboración de una nueva **Ley Foral de Salud**.

A este respecto el Colegio de Médicos subraya que "lleva más de 5 años comunicando la necesidad de dar este paso, ya que consideramos que las necesidades de nuestros pacientes son distintas y debemos hacerlo con los recursos y abordaje adecuados". Añade además que, para ello, es claramente necesario el consenso de todos los actores implicados, entendiendo la sanidad como un bien común donde todos debemos aportar y crear sinergias. "Por suerte –recalca el Colegio de

Médicos– nuestra sanidad es una de las mejor valoradas de todo el Estado y es la tercera CCAA que más invierte por habitante y año, por lo que podemos asumir que somos unos privilegiados".

Según el Colegio de Médicos, una de las cuestiones que deberemos abordar "de forma valiente y decidida" en la nueva Ley Foral de Salud es la naturaleza del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Explica el Colegio de Médicos de Navarra que, aunque actualmente es un organismo autónomo de carácter administrativo, "está limitado en la gestión de su personal por la normativa foral de asignación de atribuciones y competencias, que hace que Función Pública sea el organismo que marque

el ritmo cardíaco de nuestro sistema. Esto implica que no se adapte a nuestra variabilidad e idiosincrasia y limite la capacidad de autogestión que necesita nuestro sistema para abordar las necesidades reales de los pacientes".

Desde el Colegio "queremos crear foros de reflexión para avanzar, entendiendo que hay temas de mayor calado en esta Ley que deberemos mirar con la lupa del conocimiento, del estudio y análisis de cada una de las circunstancias, poniendo realmente en el centro de la Ley al paciente. No podemos olvidarnos que en diferentes momentos de nuestra vida todos somos pacientes y todos somos responsables de nuestra salud".

¿Quieres estudiar en Estados Unidos? ¿Tienes más de 14 años?

**PROGRAMA J1
EEUU**

**PRECIO DESDE
8.995€
DESDE 3º DE ESO**

**OTROS
DESTINOS**

**Irlanda
Reino Unido
Canadá**

**Los hijos de médico disfrutarán de un
curso intensivo de verano y tasas
de Examen de Cambridge gratis.**

**Puedes ver los
testimonios de
otros alumnos en
nuestra web:**

CLENCOLLEGE.ES/EXTRANJERO



El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)

lleva atendidos en Navarra a 130 profesionales desde el año 2010.

Entre los años 2017 y 2018 se han registrado 31 nuevos casos.

♦Trini Díaz

- **Este programa se puso en marcha hace 18 años en Navarra para atender a médicos con problemas de salud mental y/o adicciones.**
- **Su objetivo es cuidar de la salud del médico para garantizar una asistencia de calidad a los ciudadanos.**

Con el objetivo de cuidar la salud del médico para garantizar una asistencia de calidad a la ciudadanía, el Colegio de Médicos de Navarra puso en marcha hace 18 años el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), que atiende a profesionales con problemas de salud mental y/o adicciones.

Desde el año 2010, 130 médicos y médicas de Navarra han sido atendidos en el Programa, que en está financiado al 100% por el Departamento de Salud, gracias a un acuerdo con el Colegio de Médicos desde su puesta en marcha.

El Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente primero del Colegio de Médicos de Navarra, ha defendido el modelo navarro en el VIII Congreso Nacional del Programa de Atención

Integral al Médico Enfermo (PAIME) y II Encuentro Latinoamericano, celebrado recientemente en Murcia, en el que ha participado como ponente para hablar sobre la financiación del PAIME. En este sentido, asegura que "todas las consejerías tienen que implicarse para conseguir un modelo de financiación homogéneo y único en España. Nuestro modelo navarro es bueno y puede servir de ejemplo. Tenemos una financiación al 100% del PAIME y con absoluta transparencia para las Administraciones. Hacemos un análisis conjunto y vemos qué patologías son más frecuentes, si hay que trabajar más en la prevención de residentes o si hay más incidencia en una especialidad que en otra".

Según el Dr. Lafuente, "los profesionales están sometidos a una

◀ *Asistentes al Congreso
PAIME de Murcia.*

presión muy alta, que conlleva un desgaste psicológico importante. Por la seguridad del paciente y por responsabilidad, las administraciones se tienen que implicar porque representa un garante de calidad asistencial”.

Añade que un porcentaje cercano al 90% de los profesionales atendidos en el PAIME se han recuperado, incorporándose al ejercicio de la Medicina, “balance que demuestra que una intervención a tiempo puede facilitar que el médico afectado por estas patologías pueda recuperarse y reintegrarse en su vida laboral con todas las garantías”.

Se trata de un programa singular, único en España desde el ámbito profesional y referente en Europa y en el mundo, que nació por iniciativa del Colegio de Médicos de Barcelona y, actualmente, está implantado en todas las comunidades autónomas, en el ámbito de los Colegios de Médicos y bajo el paraguas de la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) que actúa como coordinador de todos en el ámbito nacional.

El PAIME responde al compromiso deontológico de la profesión médica y atiende de manera integral –asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral– a médicos que sufren problemas psíquicos y/o adictivos para darles el tratamiento adecuado y para ayudarles a retornar con las adecuadas garantías su trabajo. Se estima que entre un 10 y un 12 por ciento de los médicos en ejercicio pueden sufrir a lo largo de su vida profesional un trastorno mental o una adicción al alcohol y a otras drogas.

Perfil del profesional atendido en el PAIME

Según los datos del informe PAIME, referidos a los años 2017 y 2018, el Programa ha registrado en toda España un total de 877 nuevos casos. En Navarra, en el mismo periodo, se han registrado 31 nuevos ingresos, una cifra que va en aumento. En el periodo 2015-2016 fueron 29 nuevos casos y en el periodo 2013-2014 un total de 19.

En cuanto a los diagnósticos clínicos, el mayor número de casos (al igual que ocurre en el resto de España) está relacionado con trastornos del estado de ánimo, seguidos por el consumo de alcohol y otras sustancias, y trastornos adaptativos y de ansiedad.

En cuanto a las especialidades más afectadas por este tipo de trastornos, el 47% de los casos del 2018 son de Medicina Familiar y Comunitaria (el

42% en el resto de España). El resto se dan es especialidades como Psiquiatría, Anestesiología y Reanimación, Pediatría y Medicina del Trabajo, entre otras. En el ámbito estatal (no en Navarra) destaca el incremento entre los anestesistas así como en los profesionales que trabajan en el Área de Urgencias tanto intra como extrahospitalaria.

En cuanto al sexo, el porcentaje de médicas afectadas por problemas de salud mental y/o adicciones sigue siendo superior al de médicos. En Navarra un 64% de los nuevos casos afectan a mujeres, una cifra incluso superior a la registrada en España (un 58,6%). Un dato relevante, es el aumento de casos entre los profesionales en formación. En Navarra, un 20% de los nuevos ingresos en el programa son MIR.

*Alberto Lafuente en el VIII
Congreso PAIME. ▼*





Participantes en la mesa redonda sobre financiación. ▲

Más del 73% piden ayuda de manera voluntaria

El PAIME es un programa sustentado en la confidencialidad, en la confianza y en su diseño específico, que se instrumenta desde los Colegios. Pero, como otros colectivos, también los médicos, por miedo, sentimiento de culpa o estigmatización social de la propia enfermedad, tienden a ocultarla y negarla, con la consiguiente repercusión en la vida cotidiana, tanto en el entorno familiar como en el profesional.

A pesar de ello, el 73% de los médicos en Navarra que han solicitado atención del PAIME lo han hecho por iniciativa propia (el 56% a nivel nacional). El resto acuden a través de un colega o por recomendación del Departamento de Riesgos Laborales, el psiquiatra, un superior o un familiar.

Conclusiones del VIII Congreso PAIME

El VIII Congreso Nacional del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) y II Encuentro Latinoamericano, que reunió en Murcia durante los días 3 y 4 de octubre a 200 expertos nacionales e internacionales, concluyó con la "Declaración de Murcia" en la que la profesión médica y sus organizaciones reconocen la necesidad de dar respuestas efectivas ante la sociedad mediante programas como el PAIME.

Bajo el lema "Cuidando de ti, cuidando de todos", este VIII Congreso, organizado por la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) y el Colegio

de Médicos de Murcia, ha abordado y debatido diferentes temas acerca de la situación actual del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo: la salud de las nuevas generaciones de médicos; la salud de los MIR, los riesgos que conlleva el ejercicio profesional; el control de praxis; la estigmatización del médico enfermo; la financiación del PAIME y la necesidad de comunicar y divulgar este Programa.

La Declaración de Murcia, aprobada en el marco de este encuentro, refleja el compromiso y la vocación de servicio de forma innovadora y desde la solidaridad de los profesionales médicos.

Más información sobre el Programa Integral de Atención al Médico Enfermo (PAIME) del Colegio de Médicos de Navarra en <https://colegiodemedicos.es/informacion-paime/>

Declaración de Murcia

- Mirar y acercarse al ejercicio saludable de la profesión médica y su complejidad en el siglo XXI, invita a ampliar la definición convencional de salud y a plantear esta en una dimensión más amplia: "la salud como una manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa".
- La profesión médica conlleva unas exigencias profesionales y personales capaces de determinar patologías de muy diferentes tipos. El reto que actualmente se plantea es el de la renovación vocacional, el ejercicio responsable con el que padece y sufre a fin de manejar con prudencia no solo la ciencia de las probabilidades, sino el arte de la incertidumbre.
- La profesión médica es vocacional y aunque la vocación está presente

al inicio de los estudios, es dinámica, se modela a lo largo de los años y las experiencias. Pero este carácter vocacional no la exime de conllevar una gran carga de estrés ya desde el acceso a la facultad.

- Padecer estrés no es padecer el síndrome del burn-out. El síndrome del quemado es un problema de salud derivado únicamente de la actividad profesional.
- Sensibilizar, prevenir y atender las conductas y hábitos de riesgo que conducen al médico a la situación de quemado, e incorporar un repertorio de hábitos saludables, es una responsabilidad de estudiantes, profesionales e instituciones.
- La residencia es uno de los momentos más críticos de la vida profesional de los médicos. Desde el inicio

de la formación superior, los médicos se enfrentan a un nivel de exigencia muy alto.

- Existe una falta de percepción de riesgo de conductas adictivas por parte de los residentes.
- Es necesaria la figura del tutor que dote de las herramientas necesarias para desarrollar, lo mejor posible, su trabajo e identificar cualquier tipo de problema.
- Además, es fundamental una buena red de apoyo entre los propios residentes para sobrellevar los requerimientos del periodo formativo.
- El estigma por causa de problemas psíquicos y/o conductas adictivas es un perjuicio para el prestigio, la credibilidad o la fama del médico enfermo. Hay que hablar del Estigma



Con el MIR, ayudo a mis pacientes. Con solo 2€ al mes*, ayudo a mis compañeros.

No lo he dudado: en el momento de colegiarme, me he hecho también socio de la Fundación para la Protección Social de la OMC. Porque desde ella atienden a los médicos y a sus familias con necesidades especiales de protección social. Porque llegan donde otros no llegan. Y porque por un coste mínimo puedo proporcionar una ayuda enorme. Hazlo tú también. Por ti. Por todos. Date de alta como Socio Protector. Solicita más información en www.socioprotector.es

Dr. José María Alonso de los Santos
MIR. Medicina Interna
Nº de colegiado: 404003114

FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC
Médicos que protegemos a médicos

OMC ORGANISMO DE MEDICINA ESPECIALIDAD DE EMERGENCIAS CONVENIO TRIANGULAR PROTECCIÓN SOCIAL

*Aportación anual de 23,77€ tras aplicar el 75% de la desgravación fiscal a excepción del País Vasco y Navarra (consultar fiscalidad especial).

Para mis pacientes, soy su neuróloga. Para mis compañeros, su Socia Protectora.

Estoy acabando la especialidad. Me espera una vida tan apasionante como exigente. Como la de cualquier médico. Por eso creo que entre compañeros debemos cuidarnos. Y por eso al colegiarme me hice también socia de la Fundación para la Protección Social de la OMC. Porque desde ella atienden a los médicos y a sus familias con necesidades especiales de protección social. Llegan donde otros no llegan. Date de alta tú también como Socio Protector por solo 2€ al mes*. Solicita más información en www.socioprotector.es

Dra. Lorena Caballero Sánchez
MIR. Neurología
Nº de colegiada: 404003118

*Aportación anual de 23,77€ tras aplicar el 75% de la desgravación fiscal a excepción del País Vasco y Navarra (consultar fiscalidad especial).

FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL
DE LA OMC
Médicos que protegemos a médicos



- en el médico con enfermedad mental, del Estigma en el médico con trastorno por consumo de sustancias y del Estigma o doble estigma en el médico con Patología Dual.
- El estigma implica un retraso en el diagnóstico, en el inicio del tratamiento, afecta a la recuperación y a los procesos de reinserción. También aumenta las posibilidades de comportamientos de riesgo.
 - Es necesario sensibilizar a las organizaciones médicas, y por ende a todos los profesionales de la medicina, sobre su importancia, desmontar falsas creencias, mitos o prejuicios, cuidar el lenguaje evitando los etiquetados, repartir información sobre el problema mental y de consumo con un material gráfico adecuado que llegue a los profesionales médicos.
 - El PAIME, siendo un programa colegial, liderado desde los Colegios y/o los Consejos Autonómicos, es una responsabilidad de todos.
 - Necesita de un modelo homogéneo de financiación en el que cada parte esté presente y contribuya a su fortalecimiento y desarrollo.
 - Pero el PAIME también debe de incorporar el prefijo -CO- en su naturaleza multifactorial: la CO-responsabilidad, la CO-financiación, la CO-gestión y la colaboración de todos los que de una u otra forma

- lo hacen posible: el PAIME somos todos y de todos depende.
- En el escenario actual, las marcas y entidades buscan tener impacto en la sociedad, más allá de vender un producto. A pesar de que los objetivos siguen siendo los mismos y seguimos teniendo los mismos elementos, el escenario ha variado y es que la tecnología lo ha cambiado todo y nuestra vida es cada vez más digital.
 - La digitalización, la humanización, el despertar de la conciencia social y la preocupación por el medio ambiente son las tendencias que marcan la comunicación.
 - Comunicar el PAIME de manera eficaz a la administración pública, gerencias y centros sanitarios es fundamental para conseguir difundir su existencia y el alcance que tiene. Transmitir los mensajes adecuados a través de medios propios y terceros potenciando el ecosistema digital del PAIME es clave para lograr una comunicación de éxito.
 - El PAIME no es un programa asistencial, es una responsabilidad colegial. Es un deber deontológico de los colegios médicos proporcionar todos los medios para que el colegiado pueda ejercer en las mejores condiciones de salud y garantizar así la seguridad y calidad de su ejercicio ante la ciudadanía.

- La razón para intervenir específicamente con el PAIME se sustenta en el riesgo de mala praxis y sus consecuencias para los pacientes. Por ello, el impulso de la Validación Periódica de la Colegiación constituye una medida más de seguridad y de garantía y hay que desarrollarla de forma universal.
- El manejo de los casos difíciles requiere del mayor esfuerzo y sinergias entre agentes colegiales y en ocasiones la firma del Contrato Terapéutico y la necesaria existencia de la Comisión de Casos Difíciles a nivel provincial y/o autonómico.
- El control de la praxis como control del ejercicio profesional, debe cumplir estrictamente requisitos de legalidad, pues solo en base a la Ley se puede limitar el ejercicio de cualquier profesión regulada como es la medicina, y debe basarse en nuestra responsabilidad recogida en nuestros estatutos y en el Código de Deontología.

En definitiva, en este nuevo tiempo y quehacer tan complejo que vivimos, la profesión médica y sus organizaciones reconocen la necesidad de dar respuestas efectivas ante la sociedad mediante programas como el PAIME, y renovar el compromiso y la vocación de servicio de forma innovadora y desde la solidaridad.

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA

Con el fin de informar a los colegiados de todas las actividades realizadas por la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra, se detalla la agenda de los meses de **septiembre y octubre** de 2019. ►►

EL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA EN FACEBOOK

Dale a ME GUSTA a nuestra nueva página de Facebook <https://www.facebook.com/medicosdenavarra/> y únete a la comunidad de médicos de Navarra para estar al día de toda la actividad colegial y sanitaria.

También puedes seguir la actualidad del Colegio en Twitter @MedenaColegio y LinkedIn <https://www.linkedin.com/in/medena/>.

NUEVO CARNET PARA LOS COLEGIADOS

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



SEPTIEMBRE

Lunes, 2	Reunión Junta Directiva. Junta Directiva. Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Lunes, 9	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Viernes, 13 Sábado, 14	Congreso Nacional de Médicos Jubilados (Zamora). Vocal de Jubilados.
Lunes, 16	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Jueves, 19	Congreso RESCOM (Lérida). Responsable de Comunicación.
Viernes, 20	Reunión nacional de la Vocalía AP urbana. Vocal de Med. Extrahospitalaria.
Lunes, 23	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Lunes, 30	Reunión Junta Directiva. Junta Directiva. Comité de Dirección. Comisión Permanente.

OCTUBRE

Jueves, 3 Viernes, 4	Congreso Nacional PAIME (Murcia). Vicepresidencia 1ª.
Jueves, 10	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Jueves, 10	Recepción Estudiantes. Junta Directiva y Comisión de Deontología. II Certamen de Casos Ético-Deontológicos. Junta Directiva y Comisión de Deontología.
Lunes, 14	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Lunes, 21	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Miércoles, 16	Inauguración Jornadas Sanidad Policial. Presidencia.
Jueves, 17	Foro Sanidad, Medicina y Ciudadanía. Junta Directiva.
Viernes, 18	Reunión nacional de la Vocalía de Tutores. Vocal de Med Tutores. Congreso de Derecho Sanitario. Asesoría Jurídica.
Martes, 22	Reunión revista Panacea. Comité de Redacción y Vicepresidencia 2ª.
Lunes, 28	Comité de Dirección. Comisión Permanente. Reunión Junta Directiva. Junta Directiva.
Martes, 29	Charla a estudiantes sobre Medicina Interna. Vicepresidencia 2ª.
Viernes, 31	Inauguración 25 Jornadas SEMES. Presidencia.

VIII Congreso Nacional de Médicos Jubilados

Consejos para un envejecimiento saludable y activo

Casi un centenar de médicos de toda España participaron en el VIII Congreso Nacional de Médicos Jubilados, celebrado el pasado 13 y 14 de septiembre

en Zamora. El vocal de Médicos Jubilados del Colegio de Médicos de Navarra, Dr. Juan José Unzué, asistió al citado encuentro en el que se impartieron diferentes

conferencias y mesas redondas sobre la edad y los trasplantes, jubilación y trabajo, cronobiología, envejecimiento saludable y divorcio generacional entre médicos.

LA EDAD NO ES UN CONDICIONAMIENTO DE EXCLUSIÓN

El Dr. Rafael Matesanz, exdirector general de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), ofreció la conferencia magistral del VIII Congreso Nacional de Médicos Jubilados, en la que explicó que la edad no es en sí un condicionamiento de exclusión para la donación ni para el trasplante de órganos. La intervención de Matesanz sirvió –subraya el Dr. Juan José Unzué– para desechar algunas ideas erróneas en torno al tema.

“La indicación viene condicionada sobre todo por la patología acompañante y los resultados son buenos, aunque inferiores a los de receptores más jóvenes”, explicó el exdirector general de la ONT que, además, aportó los siguientes datos: más de la mitad de los donantes (57%) supera los 60 años, el 31% supera los 70 y un 9% los 80. La edad máxima de un donante efectivo se sitúa en 91 años, lo que ha permitido realizar un trasplante de hígado. Sólo un 14% de los donantes es menor de 45 años.



*Juanjo Unzué
representó al Colegio
navarro en el VIII
Congreso Nacional de
Médicos Jubilados.*



Médicos jubilados en el Congreso de Zamora. ▲

JUBILACIÓN Y TRABAJO

La trascendencia social y personal de la jubilación y el trabajo solidario de los médicos fue el tema de la mesa redonda "Jubilación y Trabajo".

El Dr. Tomás Toranzo, vicepresidente primero del Colegio de Médicos de Zamora y secretario de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), analizó la repercusión personal y social de la jubilación médica y se mostró partidario de la flexibilidad en la edad de jubilación

de los médicos tanto para facilitar la jubilación anticipada sin pérdida de derechos, como para retrasarla.

Por su parte, la Dra. Manuela Cabelero, vocal de Médicos Jubilados del Colegio de Médicos de Toledo, cooperante internacional y exvicepresidenta de la Cruz Roja, destacó el alto nivel de bienestar y los beneficios que produce la acción solidaria en el profesional jubilado.

En este sentido, la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC), entidad que representa la acción solidaria de

todo el colectivo médico a nivel estatal, estuvo presente también en el Congreso y señaló que el trabajo solidario forma parte de un envejecimiento activo, al incluir un componente de actividad relacional y afectiva con los demás. Por ello, recordó que ejercer la solidaridad no tiene edad y señaló que cualquier médico colegiado (esté o no en ejercicio) así como el personal de los colegios o del Consejo General de Colegios Médicos (CGCOM) y sus Fundaciones, pueden ser socios protectores y ayudar de manera desinteresada a sus colegas médicos y sus familias.

COLEGIO DE MÉDICOS

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

El envejecimiento saludable fue otro de los temas tratados durante el Congreso. El Dr. Jesús Málaga, médico jubilado y catedrático de Psicopatología del lenguaje en la Universidad Pontificia de Salamanca, centró su discurso en la actividad intelectual y la importancia del mantenimiento de la salud cognitiva en las personas mayores. Así, presentó algunos consejos para aminorar las dificultades que aparecen en el lenguaje y animó al público asistente a continuar con la vida intelectual activa que han mantenido durante su vida laboral como médicos y médicas. De hecho, apuntó

a la Universidad de la Experiencia y a los talleres de lectura, entre otros, como actividades que permiten al médico jubilado mantener su salud cognitiva en buen estado.

Cristina Pérez Bajo, fisioterapeuta de la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana, fue la encargada de tratar la relevancia del mantenimiento de la salud física en personas mayores. Entre otras pautas, compartió una rutina semanal con ejercicio aeróbico y ejercicios de calentamiento, equilibrio, fuerza, estiramientos y enfriamiento, con la finalidad de prevenir los estragos del envejecimiento. Además, insistió en la importancia de incluir el ejercicio anaeróbico en el

estilo de vida, "algo que la población mayor no suele tener incluido en su rutina".

En este sentido, el Dr. Serafín Romero, presidente de la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC), reconoció la importancia de la prevención y el fomento de la autonomía personal para lograr un envejecimiento activo. No obstante, siendo conscientes de las necesidades que se pueden presentar en las personas mayores, recordó la ayuda que la Fundación concede a médicos y sus familias con prestaciones destinadas al cuidado personal y la autonomía en el hogar.

Rafael Matesanz, exdirector general de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), abrió el Congreso con una conferencia magistral sobre trasplantes.



La vocalía de Jubilados de Navarra siempre activa



EN PREPARACIÓN:

Jornada de Prejubilación, fiesta de la Vocalía, actividades del Grupo de Horticultura y Campeonato Navideño de mus intercolegial.

El VIII Congreso Nacional de Médicos Jubilados ha sido, según el Dr. Juan José Unzué, un espacio privilegiado para el intercambio de experiencias que las Vocalías de Jubilados están poniendo en marcha en sus respectivos Colegios.

Uno de los temas que más preocupan es la atención sanitaria a los médicos jubilados en centros y hospitales de toda España porque una vez que se deja de trabajar, los médicos pierden referencias y se sienten "perdidos" en los circuitos sanitarios que deben recorrer ahora como pacientes.

Algunos colegios de médicos de Castilla y León cuentan con una red de médicos jubilados que acompañan a sus colegas cuando lo necesitan. En Madrid o Barcelona, la figura del médico emérito se ha podido desarrollar gracias a convenios con sus respectivas administraciones. En Navarra –asegura el Dr. Unzué– es todavía una asignatura pendiente.

PRÓXIMAS ACTIVIDADES

Una de las iniciativas que están teniendo éxito en otros colegios son las Jornadas Prejubilación, que el Colegio de Navarra está organizando para el próximo mes de diciembre y que contará con expertos que abordarán temas cruciales para afrontar la jubilación con éxito.

Además de la celebración anual de la Vocalía, el Dr. Unzué trabaja en la programación del Grupo de Horticultura, que ha tenido una acogida destacable entre los médicos y médicas de Navarra, y en el II Campeonato Navideño de Mus en colaboración con los Colegios de Ingenieros Agrícolas e Industriales.

La primera reunión del Grupo de Horticultura tras el verano tuvo lugar el 23 de septiembre con una charla de Ibai Ezpelta, de la empresa Humoeco, sobre huertos urbanos modulares.

**Grupo de ▲
Horticultura
del Colegio de
Médicos de
Navarra.**

CONCURSO DE DIBUJOS NAVIDEÑOS

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

Se establecen dos categorías:

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

El plazo para la presentación de los dibujos es del 11 de noviembre al 11 de diciembre de 2019.

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

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

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

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

ENTREGA DE PREMIOS

Se establecen dos premios, que se harán públicos y se entregarán el jueves, 19 de diciembre de 2019, en un acto que tendrá lugar, a las 18 horas, en el lugar de la exposición:

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

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

Los dos trabajos ganadores se enviarán como felicitación navideña del Colegio.



Dibujos de Cristina Belzunce (izquierda) y Adrián Valencia (derecha) premiados en el concurso de 2018.



NOTA: Una vez realizada la entrega de premios, los trabajos presentados se podrán recoger en las Oficinas del Colegio de Médicos hasta el 30 de enero del 2020.

Campaña de educación sanitaria del **Colegio de Médicos**, en colaboración con **sociedades científicas**



Dar consejo sanitario, mejorar la salud y el bienestar de la población, y ofrecer información fiable y acreditada, es el objetivo de la campaña audiovisual “**Píldoras para la Salud**” diseñada por el Colegio de

Médicos de Navarra, en colaboración con sociedades científicas de Navarra.

La campaña de video-entrevistas (de entre tres y cinco minutos de duración), tienen como protagonistas a profesionales de Atención Primaria y Especializada

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

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

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



#píldorasparalasalud: Sobrepeso y obesidad

Enlace al vídeo: <https://colegiodemedicos.es/portfolio/sobrepeso-y-obesidad/>

La Dra. **Estrella Petrina Jáuregui**, Jefa de la Sección de Nutrición Clínica y Dietética del Complejo Hospitalario de Navarra y vocal de la Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición (SENNA), responde en los vídeos a las siguientes preguntas:

1. **Sobrepeso y obesidad ¿Cómo se diagnostican?**
2. **¿Qué problemas de salud causan?**
3. **Consejos para su prevención y tratamiento.**

La obesidad es un exceso de grasa en la composición corporal del individuo. En las últimas décadas, el sobrepeso y la obesidad han alcanzado dimensiones de epidemia a nivel mundial, debido a que en esta sociedad de bienestar el estilo de vida está asociado a un mayor consumo de energía y al sedentarismo.

La Dra. Estrella Petrina Jáuregui, jefa de Sección de Nutrición Clínica y Dietética del Complejo Hospitalario de Navarra y vocal de SENNA, explica que un varón es obeso cuando el porcentaje de grasa sobre su peso corporal supera el 25%, en la mujer el 27-30%. "Además de la cantidad de exceso de grasa, también es importante conocer el tipo de grasa y su distribución corporal".

Para diagnosticar la obesidad, generalmente los profesionales utilizan dos medidas antropométricas: el peso en kilos del paciente y la talla expresada en metros. Si dividimos los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{estatura [m]}^2$) podemos calcular lo que se denomina Índice de Masa Corporal (IMC). "Conforme va aumentando el número del IMC se incrementa también el porcentaje de grasa de la persona. Es la medida de clasificación y de diagnóstico que usamos habitualmente".

Según la última clasificación de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, se diagnostica sobrepeso cuando el IMC supera el 25, y obesidad cuando se supera el 30 (hablamos de obesidad mórbida a partir de un IMC de 40). Estos índices pueden variar en función de la edad.

PROBLEMAS DE SALUD

La Dra. Petrina explica cómo el exceso de grasa, el exceso de tejido adiposo y su actividad, está en la base de muchas de las enfermedades más frecuentes como:

- Presión arterial alta (hipertensión).
- Glucosa (azúcar) alta en la sangre o diabetes.
- Nivel alto de colesterol y triglicéridos en la sangre (dislipidemia o alto nivel de grasas en la sangre).
- Ataques cardíacos debido a cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular.
- Problemas óseos y articulares, el mayor peso ejerce presión sobre los huesos y articulaciones. Esto puede llevar a osteoartritis, una enfermedad que causa rigidez y dolor articular.
- Dejar de respirar durante el sueño (apnea del sueño). Esto puede

causar fatiga o somnolencia diurna, mala atención y problemas en el trabajo.

- Cálculos biliares y problemas del hígado.
- Está relacionado, además, con un incremento del riesgo de hasta trece tipos de tumores.

OBESIDAD SARCOPÉNICA

La especialista en Nutrición se refiere en la entrevista a lo que se denomina "**obesidad sarcopénica**", que es el resultado de la relación entre el exceso de grasa y la disminución de la masa muscular, lo que agrava más si cabe la obesidad porque hace que el riesgo de caídas y fracturas sea mayor.

Esta obesidad se asocia también a una mayor resistencia a la insulina y a una mayor prevalencia de enfermedades metabólicas, a la vez que disminuye la capacidad funcional del individuo. Este tipo de obesidad está muy ligado al envejecimiento de la población. Por ello, la Dra. Petrina señala que "en edades más longevas nos estamos encontrando con personas más obesas y con menos masa muscular".

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y RIESGOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

La Dra. Petrina termina la entrevista dando consejos prácticos sobre cómo prevenir y controlar la obesidad, cuándo iniciar un tratamiento farmacológico y qué indicaciones y riesgos acompañan a la cirugía bariátrica.



Dr. Ángel Sampériz Legarre ►



◀ Dra. Estrella Petrina Jáuregui

PÍLDORAS PARA LA SALUD



#píldorasparalasalud: ¿Qué es la Medicina Interna?

Enlace al vídeo:

<https://colegiodemedicos.es/portfolio/especialistas-en-medicina-interna/>

El Dr. **Ángel Sampériz Legarre**, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía de Tudela y miembro de la Sociedad de Medicina Interna de Aragón, La Rioja, Navarra y País Vasco, contesta en los vídeos a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es un especialista en Medicina Interna?
2. ¿Qué principales problemas de salud atienden?
3. ¿Cuándo acudir al internista? ¿Qué aportan a la Medicina actual?

La Medicina Interna es una especialidad poco conocida entre la población. El Dr. Ángel Sampériz, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía de Tudela y miembro de la Sociedad de Medicina Interna de Aragón, La Rioja, Navarra y País Vasco, explica en este vídeo qué es un especialista en Medicina Interna. “El internista es el médico que ve al paciente de forma integral, en su totalidad, mientras que otros especialistas se dedican a diagnosticar y tratar las patologías de un órgano en concreto o de un sistema”.

Lo más característico de esta especialidad es la visión global de la persona enferma. Trabaja en colaboración con el resto de especialidades, estudia los casos sin diagnóstico claro, guía a los pacientes plurimedicados y pluripatológicos, atiende la hospitalización a domicilio...

En su opinión, la evolución hacia la superespecialización y tecnificación en Medicina conlleva el riesgo de una atención fragmentada. “Por ello, el internista lo que hace es dar esa continuidad asistencial, servir de referencia al paciente”. El internista, como conocedor de la formación troncal de todas las especialidades, es el eje vertebrador. “Por ello, ejerce una función de coordinación, de

liderazgo de equipos multidisciplinares necesarios para trabajar en la creación de procesos asistenciales”.

Los médicos internistas no solo están en los hospitales, desde hace tiempo son los especialistas que atienden la hospitalización domiciliaria, están en consultas externas y colaboran en Atención Primaria para la resolución de casos complejos.

¿QUÉ ENFERMEDADES TRATA EL INTERNISTA?

El internista atiende cualquier tipo de patología aguda o crónica que padezca el paciente, desde la más banal hasta más graves como ictus, infartos o meningitis. “Además, recuerda Sampériz, que hay una serie de patologías especiales, diferentes, que atiende el médico internista como son las **enfermedades sistémicas**, que afectan a varios órganos como son el lupus o la vasculitis. También las **enfermedades infecciosas** como neumonía, meningitis, y, además, es el profesional que trata a los pacientes infectados por el virus del VIH”.

Otro de los espacios que abarca el médico internista es la atención al paciente pluripatológico crónico. Un tipo de paciente que cada vez es más numeroso porque está muy unido al envejecimiento de la sociedad.



XI Campeonato de España de Ciclismo para médicos

12 navarros cambian la bata por el maillot.

María Ordóñez, tercera en la categoría femenina.

Fernando Recalde, segundo en la categoría masculina M3.



▲ Equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra.



La doctora
María Ordóñez
◀ en el pódium.



Fernando
Recalde, segundo
en la categoría
masculina M3 y
undécimo puesto
en la clasificación
◀ general.

María Ordóñez Marina, del equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra, ha logrado la tercera posición en la categoría femenina absoluta del XI Campeonato de España para médicos, celebrado el pasado 26 de octubre en Oviedo. Fernando Recalde Arrechea, también del equipo navarro, se alzó con la segunda posición en la categoría masculina M3 y con el undécimo puesto en la clasificación general.

El equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra ha estado presente un año más en la cita de la profesión médica con el ciclismo, con un equipo formado por Juan Fernando Bastidas, Oscar Clavería, Vicente Estremera, Javier García Pereira, Borja Moraleda, Guillermo Napal, Fernando Recalde, Luismi Sádaba y José Ramón Varela. En la categoría femenina participaron Uxua Idiazábal, Izarbe Jiménez y María Ordóñez.

La prueba disputada en línea con un recorrido de 70 kilómetros, 12 de ellos neutralizados, incluía dos ascensiones al alto del Escamplero, el punto más alto, aunque el trazado escondía abundantes zonas de subidas y bajadas que endurecieron el recorrido.

Oviedo registró un éxito de participación con 230 inscritos, superando los 180 participantes en la anterior edición celebrada en Málaga. El Colegio de Médicos de Castellón recogió el testigo de Asturias como organizador del próximo Campeonato de España de Ciclismo para Médicos.

Ganadores

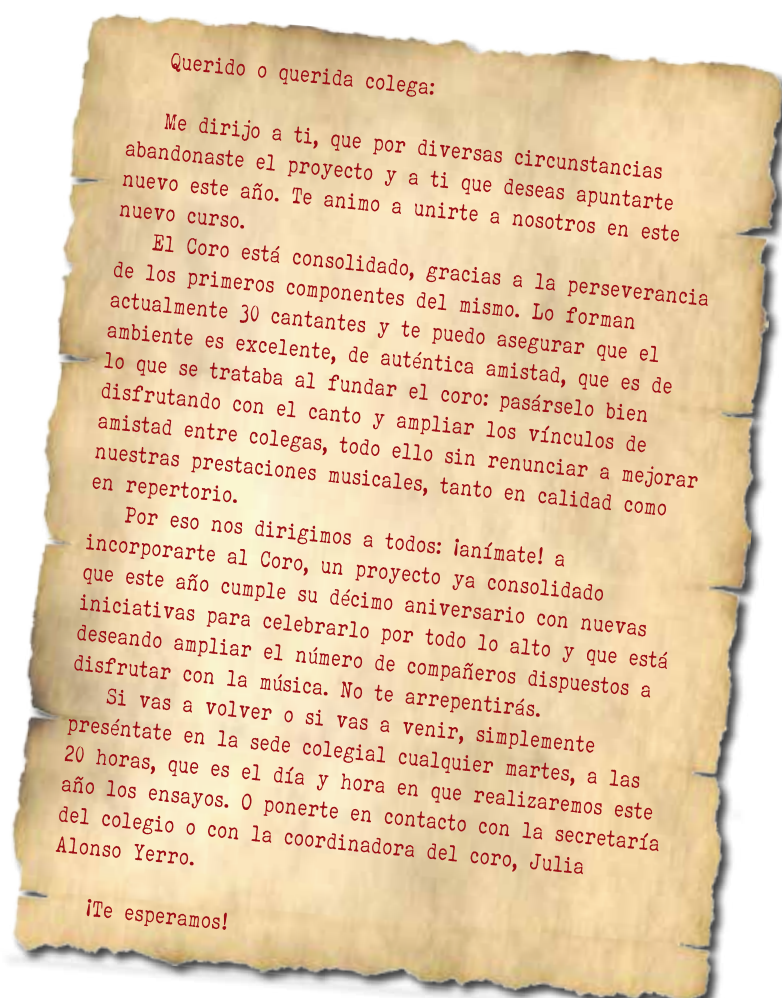
Pedro Macía, del Colegio de Médicos de La Coruña, e Irene Loizate, del Colegio de Médicos de Vizcaya, fueron los ganadores. Por equipos, el primer clasificado fue el Colegio de Médicos de Valencia, seguido del de Granada y La Rioja.

¿TE GUSTA LA MÚSICA? ÚNETE AL CORO DEL COLEGIO DE MÉDICOS

Animan a los médicos con
afición a la música a sumarse a los
ensayos los martes, a las 20 horas,
en la sede colegial

Tras el paréntesis veraniego, el
coro del Colegio de Médicos prepa-
ra nuevas actuaciones. Con el fin de
animar a la incorporación de nuevas
voces, enviaron la siguiente carta a
los médicos y médicas navarros.

▼ Actuación del coro en Artáiz.



Pilar León Sanz:

"El estudio y la formación ética son parte importante del quehacer profesional"

- Se incorpora como vocal en la Comisión Central de Deontología de la OMC.
- Trabaja en la actualización del Código Deontológico del 2011.

♦ Trini Díaz

El 7 de septiembre, ante la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), la Dra. Pilar León tomó posesión de su cargo como nueva vocal de la Comisión Central de Deontología. A propuesta del Colegio de Médicos de Navarra, fue elegida en las elecciones celebradas el pasado 21 de junio. Durante el acto institucional, el Dr. Serafín Romero, presidente del CGCOM, destacó que "la Comisión Central de Deontología es el corazón de la organización".

Su elección es un reconocimiento a la dedicación y al trabajo realizados en el ámbito de la ética y deontología médica. Pertenece a la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra desde 2009 y es su Secretaria desde 2012. También forma parte de la Comisión Ética de la Investigación de la Universidad de Navarra y del Comité de Ética Asistencial de la Clínica Universidad de Navarra.

La Dra. León es, en la actualidad, catedrática de Historia de la Medicina y profesora de Ética Médica de la Universidad de Navarra. Forma parte de la línea de investigación "Cultura emocional e Identidad", del Instituto de Cultura y Sociedad (UN) y de un proyecto de investigación sobre el desarrollo hospitalario en la España contemporánea. A lo largo de su trayectoria profesional ha combinado puestos de gestión, docencia e investigación.

La Comisión Central de Deontología es una comisión técnica de la Organización Médica Colegial (OMC) que aborda asuntos relacionados con la ética y deontología profesional médica. Entre sus trabajos más significativos de los últimos años destaca el actual Código Deontológico, aprobado en julio de 2011 por la Asamblea de la OMC, que se encuentra en fase de actualización.





La Dra. León, en la toma posesión de su cargo como vocal. La actualización del Código Deontológico será uno de los retos de la Comisión.

ACTUALIZACIÓN DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO

Entre los retos que ahora asumirá desde la Comisión Central de Deontología está el de promover y facilitar a los médicos españoles su formación en Deontología y para lograr este fin propone: “hacer más conscientes a todos y cada uno de los profesionales de que el estudio y la formación ética son parte importante del quehacer profesional, sea cual sea la especialidad o el tipo de ejercicio que cada uno desempeñemos”, asegura en una entrevista concedida tras su elección a medicosypacientes.com.

En estos momentos, la Comisión Central de Deontología ultima la actualización del Código de Deontología. Se ha elaborado ya un primer borrador con las 3.000 aportaciones recibidas de corporaciones y colegiados.

En este sentido, la Dra. León subraya que “se ha realizado un gran esfuerzo y un amplio trabajo. El borrador ha incluido nuevas cuestiones en el Código como la seguridad del paciente, el uso de nuevas tecnologías de la Información, el almacenamiento y la utilización de bases de datos sanitarias o la Inteligencia artificial. Además, desde la Comisión Central de Deontología se ha promovido una consulta abierta a todos los colegiados que ha dado lugar a un buen número de sugerencias sobre el borrador del nuevo Código”.

CON EL PROFESOR GONZÁLO HERRANZ

La doctora León comenzó a trabajar en el ámbito de la Deontología en los años 80 cuando se incorporó a la Comisión de Ética y Deontología Médicas de la Clínica Universidad de Navarra.

En aquella época “estaba dedicada a la gestión sanitaria y la nueva tarea supuso un reto: me llevó a estar en contacto con nuevas realidades y a analizar y tener que justificar las decisiones adoptadas. En el trabajo de la Comisión coincidí con el Profesor Gonzalo Herranz, con quien seguí colaborando a lo largo de los años. Con el tiempo, participé con él en la docencia de la Ética Médica en la Facultad de Medicina y, posteriormente, le sustituí cuando se jubiló de las tareas docentes”.

DISPONIBILIDAD Y COMPROMISO COLEGIAL

De su colaboración continuada en diversas Comisiones de Ética de las que ha formado parte, destaca que son lugares de debate y reflexión bioética donde “el trabajo es colaborativo y el resultado, la suma de los enfoques, de los análisis y de las aportaciones de todos los que la constituyen. Al final resulta difícil distinguir las aportaciones individuales”.

Según Pilar León, “las personas que se incorporen a una Comisión de Deontología han de representar a todos los sectores de la profesión. Y tener ilusión y tiempo para formarse en ética y deontología médicas y estudiar los asuntos que la Comisión deba considerar. Es decir, disponibilidad y compromiso colegial”. Subraya, asimismo, la importancia de que los colegiados participen en las actividades colegiales

COMPROMISOS COMPARTIDOS POR LOS PROFESIONALES

Asegura que la Bioética y la Deontología Médica “no sustituyen la experiencia e integridad de cada profesional, pero sirven para dar razón de las actuaciones; suponen una guía para evitar o resolver los problemas ético-médicos que se presentan; son útiles para enfocar los problemas nuevos que aparecen en la práctica médica. Y en el caso de la Deontología médica, son un recordatorio de los deberes compartidos por la profesión médica” (Manual de Ética Médica (ACP, 2012).

Añade que la función de las Comisiones de Deontología en el proceso de autorregulación profesional, previsto en los Estatutos de los Colegios de Médicos, “es garantizar la transparencia y la protección de las oportunidades de defensa del profesional cuya actuación se esté considerando”.

COMPOSICIÓN DE LA NUEVA CCD

La nueva CCD queda integrada por:

- Dr. Juan José Rodríguez Sendín (presidente),
- Dr. Jacinto Bátiz Cantera (secretario),
- Dr. Manuel Fernández Chavero,
- Dr. Luis Ciprés Casasnovas,
- Dr. Francisco Javier Barón Duarte,
- Dr. Antonio Blanco Mercadé,
- Dr. Mariano Casado Blanco,
- Dr. Diego Murillo Solís,
- Dr. José M^a Domínguez Roldán,
- Dra. M^a Teresa Vidal Candela,
- Dra. M^a Felicidad Rodríguez Sánchez y
- Dra. Pilar León Sanz.



Diseño y desarrollo de actividades de formación continuada

Las sociedades científicas vinculadas al Colegio organizan en torno a 50-60 acciones formativas al año. El 85% tramitan y obtienen acreditación CFC.

Responsables de formación de sociedades científicas han participado en un curso de diseño y desarrollo de actividades de formación continuada, impartido el pasado 21 y 22 de octubre en la sede colegial.

Las sociedades científicas vinculadas al Colegio de Médicos de Navarra (20 en la actualidad) organizan en torno a 50-60 acciones formativas al año. De estas propuestas, el 85% tramitan y obtienen acreditación CFC en la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Navarra.

La Formación Continuada está reconocida como un derecho y un deber del profesional sanitario (Ley 44/2003, de 21 de noviembre) y es una actividad considerada "habitual y necesaria" por las instituciones sanitarias, educativas, asociativas y corporativas, y por los propios profesionales. Entre los proveedores de formación, las sociedades científicas constituyen un actor muy importante ya que, entre sus objetivos, tiene especial relevancia el desarrollo y consolidación del cuerpo de conocimiento, habilidades-desarrolladas y actitudes propias en sus respectivas áreas de trabajo, contribuyendo de modo esencial a la definición del perfil de competencias de sus profesionales asociados.

El curso ha sido impartido por Pilar San Esteban, directora del Área de Desarrollo Profesional del Colegio de Médicos de Navarra y vocal de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Navarra e Isabel Ezpeleta, médico de Familia y evaluadora de la citada Comisión.



AYUDA A LA ACREDITACIÓN

El Sistema de Acreditación de la Comisión Nacional de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias inició su andadura en 1998. Según la Dra. San Esteban, “establecer un sistema de evaluación externa del diseño de las actividades propuestas en formación continuada ha servido, indudablemente, para mejorar la calidad y resultados de las mismas a lo largo de 20 años de vigencia del sistema”.

En el desarrollo del sistema, y mediante grupos de trabajo de las Secretarías Técnicas Autonómicas, se han ido incorporando cambios en su conceptualización y modalidades de formación. Desde el año 2017, se utiliza un nuevo instrumento de evaluación del Componente Cualitativo (CCL).

Los participantes en el curso han podido profundizar en “el desarrollo conceptual del sistema CFC, y los requisitos y criterios de valoración de actividades para mejorar su organización de acciones formativas y para obtener la acreditación más adecuada a sus propuestas”, explicaron las doctoras San Esteban y Ezpeleta. **Pie de foto:**

Esta actividad ha sido puntuada con 1,45 créditos por la Comisión de Formación Continuada de Navarra.

*Responsables de formación de sociedades
▼ científicas en el curso.*



Ética y deontología: BIG DATA y Medicina

Mesa con expertos para el debate sobre los desafíos y oportunidades.

Javier Carnicero, Pilar León, Juana María Caballín (presidenta de la Comisión Deontológica) y Jesús López Fidalgo. ►



Con el fin de conocer y reflexionar sobre los usos de BIG DATA en Medicina y analizar los problemas éticos que la utilización de las grandes bases de datos pueden plantear, la Comisión de Deontología del Colegio organizó, el pasado 23 de octubre, una mesa redonda con expertos. Participaron Javier Carnicero, coordinador del Informe EGDSALUD para el Ministerio de Sanidad y experto en Seguridad e Informática de la Salud y en la Historia Clínica digital; Pilar León, secretaria de la Comisión de Deontología del COMNA y vocal de la Comisión de Deontología Central-OMC; y Jesús López Fidalgo, director de la Unidad de Ciencia de Datos ICS de la Universidad de Navarra y vicepresidente de la Sociedad de Estadística e Investigación Operativa.

La explotación de grandes bases de datos (BIG DATA) tiene gran prevalencia en la sociedad actual y afecta a numerosos ámbitos como el marketing, la sociología, la política, la investigación científica... También tiene su aplicación en el ámbito de la salud y cada vez es mayor el volumen y la variedad de datos almacenados, relacionados con la salud. También han aumentado las posibilidades de la tecnología respecto al análisis de estos datos.

Los expertos respondieron a los siguientes interrogantes: ¿Qué hace de BIG DATA algo novedoso? ¿En qué se distinguen los big data de otras aplicaciones bioestadísticas? ¿Para qué sirven en el quehacer médico o en la investigación médica?

¿ÉTICAMENTE NEUTRA?

La explotación de grandes bases de datos de salud permite la generación y reutilización de nuevos conocimientos en un sistema de salud que aprende (Learning Healthcare System). Los expertos presentaron algunas de las aplicaciones de los Big Data en la gestión de la sanidad y en las prácticas asistenciales

Revisaron, además, diversas cuestiones bioéticas que ha generado la explotación de los grandes conjuntos de datos en salud. Pilar León explicó que "hay quien considera que la explotación de los grandes datos sería éticamente neutra. Sin embargo, junto con grandes beneficios, la interpretación de grandes bases de datos biológicos y de salud puede generar también riesgos, tanto para las personas como para los grupos asociados. La explotación de grandes bases de datos o BIG DATA es algo más que un gran número de fuentes de datos".

Los expertos y asistentes terminaron debatiendo sobre la complejidad, los desafíos y las nuevas oportunidades que presenta el análisis combinado de los datos.

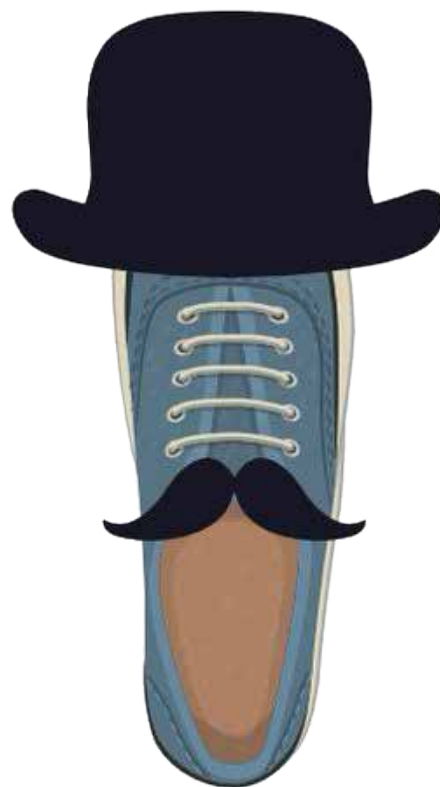
Técnicas activas de comunicación en salud

La comunicación es un elemento clave en la intervención eficaz en salud, que se convierte en algo central en áreas que abordan los aspectos emocionales de la salud o de la salud mental en sí misma.

Un taller de 4 horas lectivas, que tuvo lugar el pasado 13 de septiembre en el Colegio de Médicos, inició a las y los médicos participantes en el conocimiento y manejo de técnicas activas de comunicación útiles para intervenciones en salud. "Con esta acción formativa se ofreció una introducción, a partir de la experiencia propia y la conceptualización sobre la experiencia realizada, para conocer las características y condiciones de aplicación de técnicas activas y psicodrama en diferentes entornos en salud", explica el psiquiatra Goyo Armañanzas, director de GO Escuela de Psicodrama y coordinador del taller. Participó también como docente, Manuel Recalde Glaría, médico de Familia en el Centro de Salud de Ansoain.

CREATIVIDAD Y EMPATÍA

El Dr. Armañanzas destaca que "las intervenciones terapéuticas, así como las educativas en salud, tanto en entornos grupales como individuales, pueden beneficiarse del uso de técnicas activas en la comunicación que faciliten la expresión, análisis y comprensión de los aspectos y reacciones emocionales de los sujetos participantes". En esta línea, concluye que "resulta fundamental para el profesional, dotarse de recursos y herramientas para abordar las complejidades de la comunicación. Las técnicas activas y el psicodrama utilizan recursos inherentes al ser humano para abordar estas cuestiones: el juego, la creatividad, la espontaneidad y la empatía".



Actualizaciones clínicas en patologías incapacitantes

El programa "Salud de los pies a la cabeza", organizado por el Colegio de Médicos y Mutua Navarra, desarrolla de septiembre a noviembre su octavo ciclo de conferencias, que están permitiendo realizar un repaso de las patologías y las cuestiones que más interés suscitan entre los profesionales médicos en el ámbito de Atención Primaria y la salud laboral. El objetivo es crear un marco de encuentro y diálogo entre profesionales.

El pasado 24 de septiembre, el Dr. **Rafael Valentí**, neurólogo de la Clínica Universidad de Navarra, abordó la exploración neurológica básica. El 24 de octubre, **Ramón Lecumberri**, hematólogo de la Clínica Universidad de Navarra, ofreció una charla sobre el manejo y orientación en la anticoagulación.

Este octavo ciclo se cierra, el próximo 26 de noviembre, con **Marcos Hervella**, dermatólogo del Complejo Hospitalario de Navarra que hablará sobre "Dermatitis de contacto. Enfoque desde Atención Primaria".

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

- ▶ EL COLEGIO RECIBE A LOS ESTUDIANTES DE SEGUNDO CICLO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.
- ▶ ITZ OIZ URRIZA, GANADOR DEL II CERTAMEN.
- ▶ ACCÉSIT PARA CLARA LANAU, FÁTIMA MOCHA Y LARA NÚÑEZ.



Ganadores.

De izquierda a derecha: Juana María Caballín, presidenta de la Comisión de Deontología; Fátima Mocha, Lara Núñez y Clara Ianaú, premiadas con el accésit; Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos; Secundino Fernández, Decano de la Facultad; Itz Oiz, primer premio; Pilar León, secretaria de la Comisión de Deontología; y Julio Duart, secretario de Colegio de Médicos.



Itz Oiz Urriza, estudiante de sexto curso de Medicina de la Universidad de Navarra, ha obtenido el primer premio del II Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos, organizado por el Colegio de Médicos y la Facultad de Medicina y dotado con 600 euros, por su trabajo titulado "Una célula, un papel, un ratón y un código", en el que aborda las consideraciones éticas y legales del uso de muestras biológicas humanas para investigación.

Se ha premiado, además, con un accésit y 300 euros, el caso titulado "Ingreso involuntario" de las estudiantes de sexto de Medicina Clara Ianaú, Fátima Mocha y Lara Núñez. Las autoras plantean una reflexión en torno a la capacidad de decisión de una menor con anorexia nerviosa, el papel de sus progenitores y los criterios para recurrir a la vía judicial para su ingreso hospitalario.

Los premiados donarán la cuantía económica al proyecto u organización solidarios del ámbito de la salud que elijan.

El presidente del Colegio de Médicos, Dr. Rafael Teijeira, y el decano de la Facultad, Dr. Secundino Fernández, entregaron los premios el pasado 10 de octubre, en el marco de la recepción a los estudiantes de Segundo Ciclo de Medicina de la Universidad de Navarra, que se celebra anualmente con el fin de dar a conocer los servicios que el Colegio ofrece a los estudiantes y posibilitarles el primer contacto con la Profesión. El secretario del Colegio de Médicos de Navarra, Julio Duart, explicó a los estudiante el por qué y para qué del Colegio y enumeró los servicios a los que ya pueden acceder como precolegiados. El acto terminó con un sorteo de un libro de ética médica entre los asistentes.



***Autores de los seis casos finalistas ▲
posan junto a autoridades colegiales y
el Decano de Medicina.***

44 CASOS, SEIS FINALISTAS

En la segunda convocatoria del Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos para Estudiantes de Medicina se han presentado 44 casos. Algunos de forma individual y otros a través de equipos, por lo que en total han participado 98 alumnos de sexto de Medicina de la Universidad de Navarra.

De los 44 casos, el Comité de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra ha sido el encargado de valorar y seleccionar los seis casos finalistas, teniendo en cuenta los siguientes criterios: interés didáctico y formativo para los estudiantes de Medicina; la calidad científica del trabajo; la novedad de la aportación; lo apropiado de la argumentación ético-médica; y la contestación a las cuestiones planteadas en los casos. Además de los premiados, los otros cuatro casos que pasaron a la fase final del Certamen fueron: "Cuando menos es más" de Marta Vázquez Meizoso, "Free-riders: supervivientes del burn-out" de Óscar Campos García; "¿Una parte por el todo? El caso de un paciente intoxicado con Abruina" de Andoni Azcona, Asier Blanco, Martín Huerta y Julia Nieto; y "¿Error intolerable o crítica intolerable?" de Carmen Santomá.

Los casos se han relacionado con temas muy variados y han servido como ejercicio de reflexión ético profesional y deontológica ante situaciones planteadas en la atención a pacientes, la relación interprofesional o el desarrollo profesional médico. Muchas de las situaciones descritas surgen a raíz de experiencias que han vivido los alumnos a lo largo de las pasantías. Además, la participación en el Certamen acerca a los estudiantes de último año de la carrera a las funciones de la Comisión de Deontología y, sobre todo, al Colegio de Médicos.



▲ *Estudiantes de segundo ciclo de Medicina en el salón de actos del Colegio.*

▼ *Itz Oiz, primer premio del Certamen.*



A MODO DE REFLEXIÓN

El Comité de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra ha sido el encargado de valorar y seleccionar los casos. Su presidenta, la Dra. Juana María Caballín, presentó a los estudiantes un decálogo para la reflexión ética.

- Cualquier actuación médica obliga a un cuidadoso análisis de hechos y valores que deben ser recogidos, revisados y actualizados en la historia clínica. Las dudas que puedan surgir deben ser siempre verbalizadas y compartidas.
- Deliberar es dialogar con respeto; no es discutir ni juzgar.
- *"En el diálogo, lo que uno pueda llegar a decir depende en gran parte de lo que sea capaz de escuchar... Y la finalidad que debe perseguirse no es sólo la de tomar una determinada decisión, sino la del acceder a nuevas formas de ver las cosas..."* (Esquirol, J.M., *El respeto o la mirada atenta*, Barcelona: Gedisa, 2006, p. 96).
- La escucha atenta del parecer de los demás ayuda a una argumentación razonada y razonable que puede ser clave para afrontar, desde la responsabilidad, lo que constituya un problema.
- En el trabajo, la dimensión humana del médico es inseparable de su dimensión técnica. Las actitudes irrespetuosas, por parte de cualquier actor, suelen ser fuente de conflictos en el ámbito de la relación médico-paciente-familiares, médico-médico y médico-profesionales sanitarios.
- Los problemas relacionados con la calidad de vida del paciente siempre deben tener en cuenta la perspectiva individual del paciente y la perspectiva profesional.
- El problema no es el "caso". El problema es el paciente que tenemos delante.
- *"El fin último del encuentro clínico debe seguir siendo el de escuchar, establecer relaciones clínicas y tomar decisiones juiciosas"* (Dra. Gabriela Picco, vía twitter).
- El conocimiento actualizado y la responsabilidad profesional del médico como deberes, la calidad asistencial, la jerarquía de valores y preferencias del paciente como derechos, y la legalidad vigente como norma social de convivencia, siempre deben ser tenidos en cuenta en la toma de decisiones.
- *"La virtud no consiste en saber aplicar una regla, sino en saber valorar cómo actuar en cada caso, teniendo en cuenta el contexto y en reflexionar después si es necesario"* (Cortina, A., *¿Para qué sirve realmente...? La Ética*, Barcelona: Paidós, 2013, p.41).



El IV Encuentro supera las expectativas de participación

Homenaje a la doctora Maite Gómara, ex presidenta de SEMG Navarra.

Durante los días 2 y 3 de octubre, el Colegio de Médicos de Navarra acogió el IV Encuentro SEMG Navarra. Destacó por la alta participación que superó, una vez más, las expectativas de los organizadores, entre ellos, el Dr. Manuel Mozona, presidente de la Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia.

En el marco del IV Encuentro, se rindió homenaje a la doctora Maite Gómara, ex presidenta de SEMG Navarra, por su labor en favor de la medicina en Navarra y por su actividad desinteresada durante estos años.



SOCIEDADES CIENTÍFICAS

El primer día de formación estuvo dedicado al dolor. El Dr. Vicente Aldasoro, reumatólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, habló de la actualización del tratamiento y de las novedades terapéuticas en el manejo de la gota. A continuación, el Dr. Salvador Cruz, traumatólogo de la Clínica San Miguel, abordó la sensibilidad central, sus características clínicas, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Para finalizar, el Dr. Iñigo Orradre impartió un taller de infiltraciones donde los inscritos tuvieron muñecos para practicar las punciones. Este es un método que se podía realizar en Atención Primaria y supondría un avance terapéutico importante, pudiendo lograr una disminución de las listas de espera en Traumatología.

Insuficiencia cardiaca, EPOC, diabetes...

En la segunda jornada de formación, la Dr. Uxua Idiazabal, cardióloga de la Clínica San Miguel, profundizó sobre las características clínicas de la insuficiencia cardiaca y presentó las pruebas complementarias que se deben pedir desde Atención Primaria. Tras una breve exposición, expuso unos casos clínicos donde los participantes dieron la opinión sobre la manera de actuar. Seguidamente el Dr. Javier Villuela, neumólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, trató las características de los pacientes EPOC. Subrayó el aumento de la mortalidad por esta causa en los próximos años y lo importante del diagnóstico precoz y del tratamiento adecuado, así como de la importancia de reevaluar el paciente.

El Dr. Carlos Miranda, responsable del Grupo de Diabetes de la SEMG y médico de Atención Primaria en Toledo, habló de la insulinización del diabético en Atención Primaria. Muchos diabéticos tipo II que no son controlados por fármacos orales tendrían que pasar a insulina, según

Miranda, quien explicó la dosis inicial, modo de hacerlo y lo importante de la educación sanitaria.

Por su parte, el Dr. Javier Campano, neumólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, habló del manejo del asma en Atención Primaria y el diagnóstico precoz. Destacó que muchos asmáticos todavía estar por diagnosticar, siendo la espirometría un procedimiento fundamental para ello. Esta prueba está en todos los centros de salud en Navarra, aunque se utiliza menos de lo que se debería, a la vez que se insistió en la educación sanitaria y en el uso de Peak Flow.

Para terminar, la Dra. Ana Mur, del Grupo de Dermatología de la SEMG, dio un taller sobre la dermatoscopia en Atención Primaria.

Más presupuesto para la Atención Primaria

Durante la inauguración del encuentro, el presidente de SEMG Aragón, el Dr. Leandro Catalán, junto con el presidente de la SEMG Navarra, el Dr. Manuel Mozota, reclamaron la necesidad de un aumento presupuestario en Atención Primaria, pidieron unos contratos estables y de calidad para la Atención Primaria, y reivindicaron que todos los estamentos y todas las sociedades científicas tienen que tener peso en el desarrollo de la Atención Primaria.

Dr. Manuel Mozota afirmó que la vacunación no sólo es cosa de niños y enumeró las vacunas que se ponen en la edad adulta. Entre ellas, hizo hincapié en cómo se debe de vacunar con la Triple Vírica en la edad adulta. Mozota puso sobre la mesa el problema de tener en España diecisiete calendarios vacunales y pidió unificar un calendario para toda España. Sobre la vacuna del neumococo, apostó por seguir los pasos de Andalucía, Madrid, Castilla León, Asturias y Galicia que ya están vacunando con la conjugada.





RAPIDA:

La APP que ayuda a salvar vidas

Diego Reyero, jefe de sección de Emergencias y Transporte Sanitario de Navarra y fundador de la Asociación "El ABC que salva vidas" y Javier Turumbay, jefe de Sistemas de Información Sanitaria del SNS-O, presentaron la APP en el Colegio de Médicos. ▲

Desarrollada por la Asociación "El ABC que salva vidas" y el SNS-O.

RAPIDA (Rápida Activación de Primeros Intervinientes y Desfibriladores Automáticos) es un proyecto llevado a cabo por la Asociación "El ABC que salva vidas" y el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, para la localización geográfica y en tiempo real de desfibriladores automáticos (DEA) en Navarra. El propósito principal de RAPIDA es mejorar la supervivencia de las personas afectadas por una parada cardíaca.

"La desfibrilación en los primeros 3-5 minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia de hasta un 50-70%", subrayó Diego Reyero, jefe de sección de Emergencias y Transporte Sanitario de Navarra y fundador de la Asociación, en la presentación de la APP, en el Colegio de Médicos de Navarra.

RAPIDA ha sido desarrollada con el objetivo de que cualquier ciudadano pueda localizar los DEA disponibles en Navarra, de manera sencilla y utilizando las tecnologías móviles actuales.

Asimismo, RAPIDA es una herramienta para la divulgación de conocimiento sobre la correcta realización de las maniobras de Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) en el adulto y en el niño, ya que la iniciación inmediata de la RCP puede duplicar o cuadruplicar la supervivencia tras la parada cardíaca. Además de la parada cardíaca, RAPIDA incluye información sobre cómo detectar y cómo actuar ante otro tipo de patologías tiempo-dependientes, como son el atragantamiento del adulto y del niño, el ICTUS y el Infarto cardíaco.

¿Quién puede acceder a RAPIDA?

Cualquier persona que disponga de un Smartphone (con Sistema Operativo Android o iOS compatible) e instale la aplicación RÁPIDA desde las stores oficiales podrá consultar la ubicación y disponibilidad de los DEA en Navarra, así como la información relativa a la detección y actuación ante patologías tiempo-dependientes.

¿Cuáles son sus funciones?

- Se muestra en tiempo real qué DEA están activos y cuáles no (estos últimos están en gris).
- Se muestra si los datos de los DEA están validados por el SNS-O o no (los DEA validados tienen un tick verde y los no validados, principalmente porque les falta concretar el horario, tienen un triángulo amarillo).
- La aplicación te permite calcular la ruta más rápida desde tu ubicación hasta un DEA (por defecto se calcula andando, pero como la app está integrada con Google Maps, el usuario puede calcular la ruta en coche, transporte urbano, etc.).
- Los ciudadanos podrán ayudar a mantener actualizada la base de datos de los DEA: tanto para añadir nuevos DEA como para completar/corregir la información de los DEA existentes (ubicación, horario, fotos, etc.). Todos los cambios propuestos serán validados por personal del SNS-O antes de hacerlos efectivos en la aplicación.
- Los tutoriales, que incluyen vídeos, permiten extender el conocimiento para detectar y actuar ante una parada cardíaca, un atragantamiento, un ictus o un infarto cardíaco.

¿Por qué es muy importante que la población disponga de la aplicación?

El desarrollo de la aplicación ha sido un trabajo minucioso, ya que pretende ser una herramienta que garantice que la información sea correcta y pueda ser actualizada en tiempo real. Para dicha actualización, la ciudadanía tiene un papel protagonista. Cualquier ciudadano podrá editar los datos de los DEA de su entorno, pudiendo validarlos, modificarlos y corregirlos o añadir DEA que no se encuentren en RAPIDA. Por supuesto, cualquier modificación de los datos de RÁPIDA pasarán por un proceso de validación realizado por personal del SNS-O antes de estar activos en la aplicación.



Además, los tutoriales permitirán a la población disponer de una herramienta formativa, que resulta vital en el abordaje de estas patologías tiempo-dependientes.

¿RAPIDA tendrá desarrollos posteriores?

Además de las constantes actualizaciones derivadas de la edición y aparición de nuevos DEA, el siguiente paso de RÁPIDA –explicaron Javier Turumbay y Diego Reyero– “nos llevará a trabajar desde el SNS-O con SOS Navarra para integrar RAPIDA con sus sistemas e incluir, además de la localización de DEA, la localización y contacto en tiempo real con primeros intervinientes. Desde SOS Navarra se podrá entonces, a través de RAPIDA, movilizar a cualquier ciudadano que esté cerca de una parada cardíaca para que acuda a iniciar las maniobras de reanimación o para que acerque el DEA más próximo. Así los tiempos podrán reducirse de manera muy notable, todo ello con un único objetivo: salvar vidas”.

XV Jornadas de Sanidad Policial

Facultativos que trabajan en la policía nacional se “resetean”

Durante los días 17 y 18 de octubre, el Colegio de Médicos de Navarra acogió las XV Jornadas de Sanidad Policial, en las que los facultativos que trabajan en la Policía Nacional de toda España pusieron en común los problemas y soluciones que les afectan, tanto en el plano organizativo como de reglamento.

Estas Jornadas se celebran anualmente y, en esta ocasión, fueron organizadas por la Jefatura Superior de Policía de Navarra y su médica jefe, Amalia Conde Rubio.

El objetivo fundamental de las Jornadas fue la revisión y propuesta de actualización de la normativa del año 1991 que regula la Sanidad en la Dirección General de la Policía, principalmente la Resolución nº 60 que establece “Normas Provisionales sobre Organización, Dependencia y Funciones, del Servicio de la DGP”.



*Amalia Conde dirige el área sanitaria de la ▲
Policía Nacional en Navarra.*

¿QUÉ HACE UN MÉDICO EN LA POLICÍA NACIONAL?

Amalia Conde Rubio es, en la actualidad, facultativa jefa de la URS (Unidad Regional de Sanidad) de Navarra. Comenzó como médico de la sanidad penitenciaria en la cárcel de Pamplona en el año 1987. En el 2003 llegó a la Jefatura Superior de Policía como médica Jefe, plaza que consolidó por concurso de méritos en el año 2016. Ha sido el alma mater de estas Jornadas en las que ha puesto no solo dedicación y empeño, sino voluntad por difundir la labor de los médicos en un ámbito desconocido para la mayoría de los profesionales.

En toda España, unos 40 médicos trabajan en la policía nacional. Amalia Conde explica que su labor, que desarrolla junto a dos enfermeros en la Comunidad foral, consiste en llevar una consulta diaria, pero también otros asuntos como el seguimiento del absentismo, labores de prevención, reconocimientos de ingreso en las oposiciones, vuelos de repatriación o charlas de formación en temas sanitarios.



El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira en la inauguración de las Jornadas, junto con el Delegado del Gobierno en Navarra, José Luis Arasti; el Jefe Regional de Operaciones de la JSP de Navarra, comisario Castor Cao Freijido; y la jefa del área sanitaria de la DGP, Amalia Conde.

Se desconoce el trabajo de los médicos en los cuerpos policiales ¿cuáles son sus funciones?

Realizamos reconocimientos médicos a los policías para diferentes actividades: pruebas de aptitud física, cursos de ascenso y de defensa personal, misiones internacionales, etc. Hacemos el seguimiento y evaluación del absentismo laboral. Emitimos informes de valoración para cambios de situación administrativa de funcionarios y policías en situación de incapacidad, para la retirada y entrega de armas en los casos de patología relacionada con salud mental e informes médico-legales de funcionarios que han sufrido un accidente en acto de servicio. Damos cobertura sanitaria en los cursos que pueden conllevar algún tipo de riesgo sanitario (conducción evasiva, prácticas de tiro, etc) y en los viajes de repatriación de extranjeros. Formamos parte, como asesores médicos, del Tribunal para ingreso en la policía e impartimos charlas de formación en temas de interés sanitario. También realizamos las vacunaciones pertinentes, en colaboración con Sanidad Exterior, a los policías que viajan en misiones internacionales. Y, por supuesto, llevamos la consulta médica y de urgencias diaria.

¿Qué valoración haces de las Jornadas celebradas?

Han sido muy positivas. Se organizan anualmente, desde hace 15 años, y nos dan la oportunidad de intercambiar impresiones sobre nuestra labor profesional. Desde hace tiempo nos planteábamos la necesidad de abordar temas que directamente afectan a nuestro quehacer profesional. Por ello, en esta ocasión, decidimos cambiar el formato y, en lugar de tratar temas de actualización médica con ponentes externos, hemos preferido ser nosotros los protagonistas y debatir, hablar y aclarar aspectos importantes de nuestra actividad médica diaria. En este sentido, tanto las mesas de trabajo como las conclusiones de las mismas han sido muy fructíferas.

UNIFICACIÓN DE CRITERIOS Y PROTOCOLOS

¿Qué asuntos son los que habéis tratado?

El objetivo principal de estas Jornadas ha sido el debate interno sobre nuestra ubicación y nuestras funciones como profesionales sanitarios dentro de la Policía Nacional. Hemos revisado nuestra normativa, que data del año 1991, y que en algunos puntos ha quedado obsoleta. Además, durante dos décadas no se han convocado plazas de médicos en el Cuerpo Nacional de Policía por lo que necesitamos resetearnos.

Desde la promulgación de la Normativa ha habido importantes cambios en nuestro ámbito profesional. Uno de los más relevantes ha sido la entrada en vigor de la LPRL del año 1995 en el ámbito de la Policía Nacional y el consiguiente nombramiento de un facultativo Jefe del Servicio de Prevención de riesgos laborales, al que corresponde el diseño del Servicio y su normativa, pero lamentablemente hasta el año 2016 este Servicio no se ha dotado presupuestariamente (por falta de medios económicos y humanos).

¿A qué conclusiones habéis llegado?

Una conclusión importante ha sido la necesidad de que se asigne contenido funcional a las plazas de Unidades Básicas de prevención de riesgos, que se han creado recientemente, y así poder delimitar claramente cuáles van a ser nuestras funciones. Un tema importante en el quehacer diario son los informes médico legales (informes de causalidad en el ámbito de la DGP) y las Jornadas nos han permitido avanzar en la elaboración de protocolos de actuación unánimes para su elaboración y unificar también criterios en el seguimiento del absentismo.

Cirugía facial en el Hospital CHP Saint Martin de Caen (Francia)

♦ Por **Jesús Olivas**,
ganador de la XI beca Dr.
Ignacio Landecho para
Médicos Internos Residentes.

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

“Pude ver un gran volumen de pacientes y constatar cómo la adaptación de las diferentes técnicas a la variabilidad anatómica de cada caso es esencial para lograr un buen resultado”

“Las rotaciones en el extranjero con especialistas referentes enriquecen mucho y es una oportunidad que todos los residentes deberían aprovechar”

Un mes junto al Dr. Daniel Labbé

El Hospital CHP Saint Martin está al norte de la ciudad de Caen, en la región de Normandía, Francia. En este centro, el Dr. Labbé realiza sus intervenciones quirúrgicas y es donde los pacientes permanecen hospitalizados. La consulta del Dr. Labbé se sitúa en el corazón de la ciudad, en el Centro Regional de Cirugía Plástica Reparadora y Estética.

El Dr. Labbé es uno de los especialistas a nivel mundial que más experiencia tiene en el tratamiento quirúrgico de las parálisis faciales, ya que describió la “mioplastia de elongación del músculo temporal”. Esta técnica consigue aumentar la longitud del músculo temporal tras liberar el tendón de su inserción distal en la apófisis coronoides de la mandíbula, e insertarla en el surco nasolabial, zona donde se insertan los músculos responsables de la sonrisa en una cara no paralizada. De esta forma, consigue una reanimación dinámica del lado paralizado. Esta técnica también ha sido descrita para parálisis faciales bilaterales.

La estancia en Caen me ha permitido conocer de primera mano todos los avances que el Dr. Labbé ha hecho y que continúa haciendo en su carrera como cirujano plástico. Además, me permitió discutir con él algunos aspectos que ya había leído en la literatura científica publicada por él y ver cómo los aplica a sus cirugías e incluso cómo los

ha ido modificando. El hecho de poder estar con él en las cirugías me permitió preguntar el porqué de cada paso, dándome una visión más completa de cada una de sus técnicas. Una de las frases que me dijo al llegar fue que mi estancia allí sirviera para evitar todos los errores que él había ido cometiendo a lo largo de los años a la hora de refinar sus técnicas, y que pudiera así continuar con la evolución de la cirugía plástica facial.

Por otro lado, el Dr. Labbé fue el primero en describir las tres fases de rehabilitación que deben seguir los pacientes para lograr una sonrisa espontánea. Estas fases son la sonrisa mandibular, la temporal y la espontánea. En la sonrisa mandibular, el paciente realiza movimientos de mordida, para así activar el nervio maseterico. En la sonrisa temporal, consigue el arrastre comisural mediante un gesto de mordida pero sin llegar a realizar la oclusión mandibular completa, fruto de la disociación entre la sonrisa reconstruida y el cierre de la mandíbula. Y en la última fase (la sonrisa espontánea) logra el arrastre comisural sin tener que “pensar” ni realizar movimientos mandibulares.

Ver estas diferentes fases en la consulta postoperatoria de los pacientes ha sido muy útil a la hora de poder aconsejar a mis futuros pacientes sobre los tiempos y las diferentes formas de motivar la rehabilitación.

TESTIMONIO BECA MIR



◀ Jesús Olivas con el Dr. Daniel Labbé.

¿Qué destacaría de mi estancia?

Lo mejor fue la gran hospitalidad del Dr. Labbé y su equipo, quienes me trataron desde el primer momento con gran dedicación. Pude ver un gran volumen de pacientes, lo que se traduce en ver cómo la adaptación de las diferentes técnicas a la variabilidad anatómica de cada caso que tratamos es esencial para lograr un buen resultado.

Durante el tiempo que allí estuve tuve la oportunidad de conocer a otros cirujanos plásticos que acudían a ver sus intervenciones. Esto también me permitió contrastar la experiencia de especialistas de todo rango de edades, lo cual es muy gratificante para un joven cirujano como yo.

Por otro lado, también me gustaría destacar aspectos “no médicos” de mi estancia allí, ya que desde el primer día que llegué me dieron grandes recomendaciones para conocer toda la cultura, historia y patrimonio de la zona. Sin ir más lejos, justo enfrente del hospital donde hacíamos las cirugías estaba el Memorial de Caen, gran museo y memorial de guerra que conmemora la Segunda Guerra mundial y la Batalla de Caen. En él se puede disfrutar de una gran exposición con todo lujo de detalles de esta dura etapa. Al norte de la región de Normandía también pude disfrutar del Monte Saint-Michel, una pequeña isla rocosa en el estuario del río Couesnon, con una espectacular abadía en lo alto. Su imponente conjunto histórico, que se observa a varios kilómetros de distancia hace que se trate de una de las estampas más impresionantes que haya visto.

Diferencias en la forma de trabajar

A nivel organizativo no encontré grandes diferencias. Es cierto que la práctica se dividía en dos partes, con dos lugares diferentes: el hospital, donde se realizaban las intervenciones, y la consulta situada en el centro de la ciudad donde se seguían a los pacientes.

Me llamó la atención el hecho de que el Dr. Labbé organizara talleres y workshops para difundir sus técnicas y permitir que otros cirujanos aprendan de su experiencia. En estas frecuentes reuniones surgían grandes debates ya que no sólo iban cirujanos en formación, sino que también acudían profesionales con años de experiencia que ya practicaban las técnicas del Dr. Labbé.

“Ha sido muy útil a la hora de poder aconsejar a mis futuros pacientes sobre los tiempos y las diferentes formas de motivar la rehabilitación”



▲ En la entrada del Hospital Saint Martin de Caen.

Experiencias y aprendizajes

A mi regreso, y una vez finalizada mi residencia, esta rotación me ha servido para poder ofrecer a mis pacientes todas las técnicas aprendidas allí. Haber visto un volumen tan alto de pacientes me ha permitido aprender de una gran variabilidad de casos, lo que te da mayor seguridad a la hora de enfrentarte a los diferentes casos que se presentan.

Creo que las rotaciones en el extranjero con especialistas referentes enriquecen mucho y es una oportunidad que todos los residentes deberían aprovechar en los años que dura la formación como especialista. Para finalizar, quería agradecer al Colegio de Médicos de Navarra y a Laboratorios Cinfa la concesión de la Beca que ha hecho posible mi rotación y la de otros becados a lo largo de los años que se ha convocado.

Lupus y Vasculitis en el Hospital de Addenbrooke's (Cambridge)

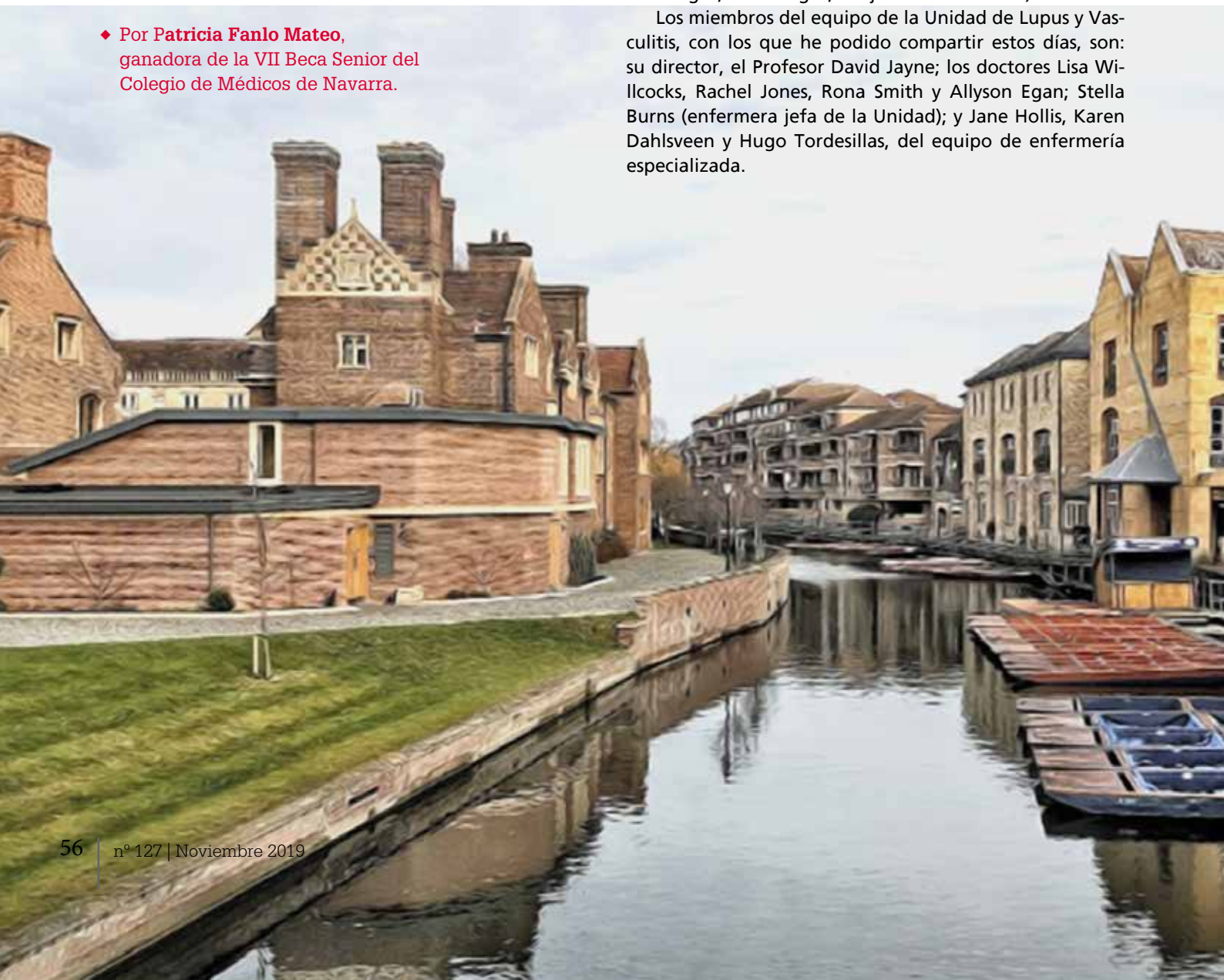
♦ Por **Patricia Fanlo Mateo**,
ganadora de la VII Beca Senior del
Colegio de Médicos de Navarra.

En primer lugar, me gustaría agradecer al Colegio Oficial de Médicos de Navarra y al Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra, la oportunidad que me han brindado concediéndome la beca de esta estancia por un mes en la Unidad de Lupus y Vasculitis del Hospital de Addenbrooke's, en Cambridge.

El Hospital de Addenbrooke's se encuentra dentro del marco de la ciudad biosanitaria de Cambridge, donde además se acaba de construir el nuevo hospital de Papworth, especializado en tórax. El hospital de Addenbrooke's es referencia a nivel nacional, sobre todo por el trasplante renal ya que fue uno de los pioneros en Inglaterra.

Dentro del Servicio de Nefrología se encuentra la Unidad de Lupus y Vasculitis, referencia de la zona y una de las más importantes del país. En la Unidad se ven al año aproximadamente unos 2.000 pacientes, referidos tanto por Atención Primaria como por otros especialistas (reumatólogos, cardiólogos, cirujanos vasculares...).

Los miembros del equipo de la Unidad de Lupus y Vasculitis, con los que he podido compartir estos días, son: su director, el Profesor David Jayne; los doctores Lisa Willcocks, Rachel Jones, Rona Smith y Allyson Egan; Stella Burns (enfermera jefa de la Unidad); y Jane Hollis, Karen Dahlsveen y Hugo Tordesillas, del equipo de enfermería especializada.



TESTIMONIO BECA SENIOR

“He aprendido de su experiencia en cómo tratan pacientes muy complejos en los que no hay estudios previos”

“Durante mi estancia he sido aceptada como socia de EUVAS (European Society of Vasculitis)”

Una agenda apretada: plan semanal

Los lunes, se pasaba consulta de Lupus y Vasculitis en el edificio de Hematología, generalmente con otros consultores del equipo. Se veían unos 10 pacientes por consulta (2-3 nuevos y el resto sucesivas). Los martes, consulta de Vasculitis y Lupus en el edificio de consultas externas con el Profesor David Jayne y, a continuación, sesión en la sala de las enfermeras para comentar los casos más complejos, que duraba aproximadamente una hora. Posteriormente, en el edificio del “Portacabin”, había una sesión multidisciplinar y conjunta con enfermeras especializadas en vasculitis y en lupus y con el resto de los profesionales que atienden a pacientes de consultas externas e ingresados.

Los miércoles, se visitaba a los pacientes que se encontraban en el Hospital de Día y que participaban en diferentes estudios clínicos. Posteriormente, se realizaba una reunión con el Comité de Estudios Clínicos del Hospital para presentar nuevos estudios y solicitar la subvención correspondiente.

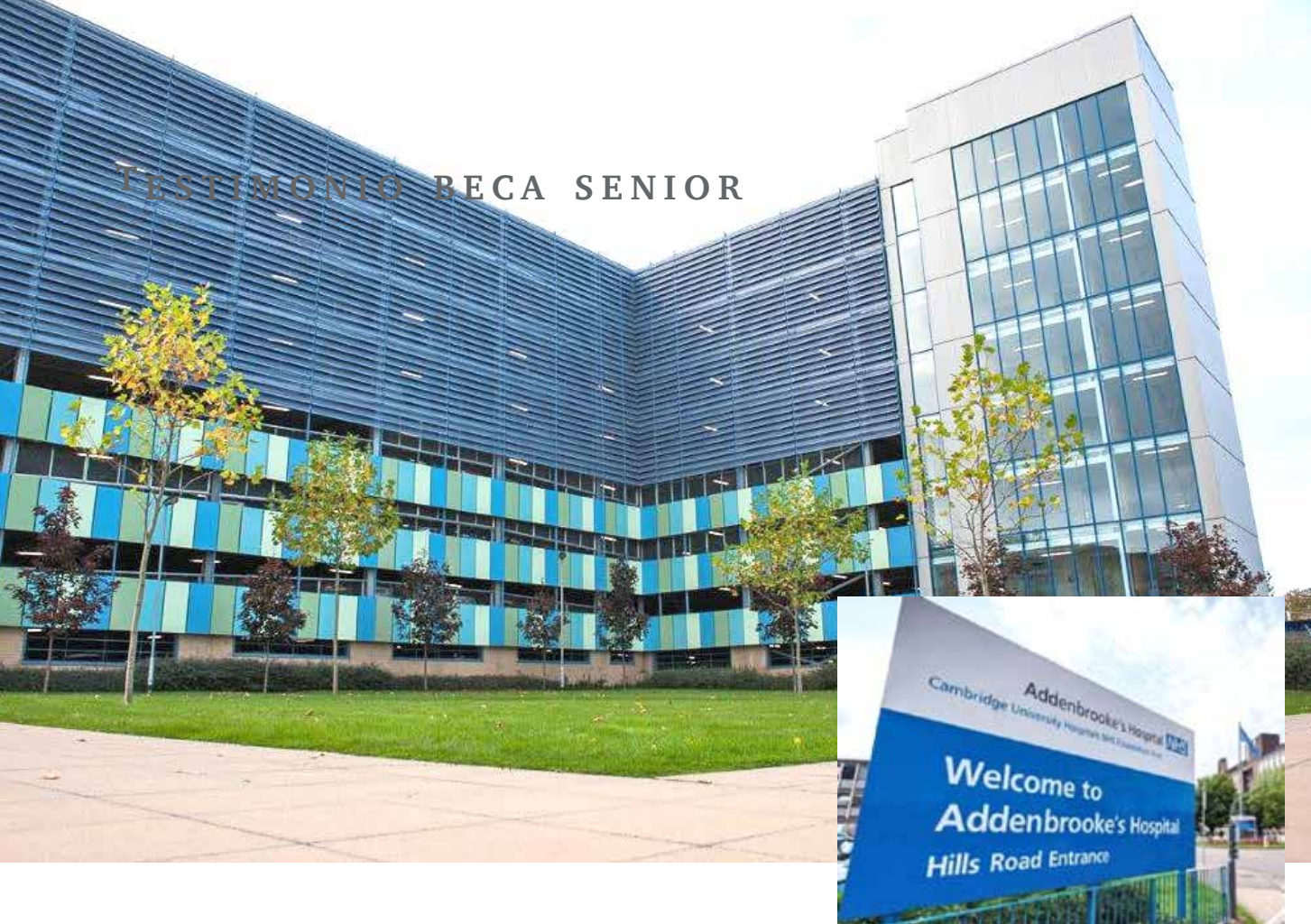
Aunque los jueves eran libres, yo acudía a la planta de hospitalización de Nefrología para pasar visita a los pacientes con diagnóstico de vasculitis y lupus. Allí ingresaban de 5 a 7 pacientes, a cargo de la Unidad, con crioglobulinemia, glomerulonefritis ANCA+, EGPA e infección, Ig G 4 related disease, vasculitis MPO-ANCA+ con brote pulmonar y renal, crisis renal esclodérmica, Amiloidosis 2º a AR, EGPA con infección pulmonar, lupus con brote renal y cardíaco, debut de ciroglobulimienia con afectación cutánea y renal, etc.

El viernes, consulta con el Profesor Jayne, en el edificio de Consultas externas a unos 14-15 pacientes (2-3 primeras consultas y el resto sucesivas) con vasculitis ANCA, Behçet, lupus, vasculitis Ig A con o sin afectación renal, vasculitis cutánea...

De 15 a 16:30 horas tenía lugar la sesión de biopsias renales y, a continuación, la de trasplante renal que era multidisciplinar con anatomopatólogos, nefrólogos, reumatólogos, radiólogos, urólogos y cirujanos generales.



TESTIMONIO BECA SENIOR



“La apuesta económica del gobierno británico por la investigación es muy importante”

Sesión de biopsias renales y de trasplante renal

La experiencia en la Unidad ha sido muy gratificante por varios motivos. En primer lugar, el trato personal ha sido exquisito. Asimismo, me he dado cuenta de que el manejo de nuestros pacientes es similar al que realizan ellos, también el tipo de pacientes (con afectación multisistémica y, en muchas ocasiones, sin afectación renal).

En tercer lugar, he aprendido de su experiencia sin evidencia científica, es decir, cómo tratan pacientes muy complejos en los que no hay estudios previos. Esto último me ha servido de mucho, porque en este tipo de patologías, autoinmunes y poco prevalentes, no existe evidencia científica en muchas ocasiones y tienes que consultar la bibliografía o a expertos. He podido aprender sus protocolos internos, que utilizan para el manejo de tratamientos biológicos.

Referente mundial en investigación

Durante mi estancia también he sido aceptada como socia de EUVAS (European Society of Vasculitis). En estos momentos, estoy realizando un artículo de un caso clínico de nuestra Unidad en el Complejo Hospitalario de Navarra, que publicaré con la ayuda del profesor Jayne, en diciembre. Además, he podido tener acceso a su material informativo para pacientes, que será de utilidad para nosotros y para el Complejo Hospitalario de Navarra.

El nivel de investigación en la Unidad es realmente importante y de referencia europea y mundial. Durante mi estancia se estaban realizando los siguientes estudios: ABROGATE (sobre la eficacia del tratamiento con Abatacept en pacientes con granulomatosis con poliangiétis), ADVOCATE (sobre la eficacia de Avacopan para la inducción de la remisión en paciente con vasculitis ANCA +), Tissue Biopsy in AAV (estudios en biopsias nasales y en biopsias de ganglios linfáticos), BEAT lupus (sobre la eficacia del Belimumab después del Rituximab, en pacientes con diagnóstico de lupus), Lupus Nephritis Trial (sobre la eficacia de B1655064 (anti CD-40) para el tratamiento de Lupus), TRIAD (sobre la transcripción genética en Enfermedades Autoinmunes), AQUAVIR (sobre la respuesta a la vacuna del neumococo en pacientes con vasculitis ANCA+ en tratamiento con Rituximab) y COMBIVAS (sobre el tratamiento combinado de Belimumab con Rituximab en vasculitis ANCA +).

TESTIMONIO BECA SENIOR

Similitudes y diferencias

Entre los asuntos que han llamado más mi atención, destacaría:

- El médico pasa la consulta sin enfermera y tiene que llamar él mismo a los pacientes. Las enfermeras están especializadas y dedicadas a las vasculitis y al lupus: hacen las analíticas a los pacientes en una sala contigua, infunden los tratamientos intravenosos, atienden telefónicamente a los pacientes, contestan a sus correos, etc. Además, hacen el seguimiento de los pacientes que están incluidos en los estudios clínicos.

- En la Unidad hay una planta para realizar estudios. Allí los pacientes acuden para las infusiones de los tratamientos y, además, se ha abierto un nuevo edificio dentro del Complejo Hospitalario para la realización de estudios en fase 1. Es evidente que la apuesta económica del gobierno británico por la investigación es muy importante.

- Los médicos pasan visita sin bata en la consulta y en la planta de hospitalización, asunto que para mí era muy extraño.

- Si no eres paciente o familiar, todo el que trabaja en el Hospital debe llevar una tarjeta identificativa para poder acceder a las plantas de hospitalización y a las consultas.

- Toda la ciudad sanitaria es un espacio sin humo.

- Trabajan mediante historia clínica informatizada similar a la nuestra, pero mucho más avanzada. A este hospital se le define como “paperless hospital” (un hospital sin papel).

- Todos los pacientes tienen una pizarra de plástico encima de las camas donde se escribe su nombre y apellido.

- En cada habitación hay 6 pacientes. Cada vez que se visita a un paciente, se corre una cortina de papel para salvaguardar la intimidad.

- La planta de hospitalización se pasa con un ordenador portátil.

- La relación entre la Universidad de Cambridge y el Hospital es muy estrecha, de tal forma que dentro del Hospital hay un Departamento de la Universidad donde se encuentran los investigadores y los laboratorios de investigación. Su Facultad de Medicina, que es una de las mejores del país y del mundo, se encuentra frente a la puerta principal del Hospital. Tiene una biblioteca maravillosa donde me refugiaba a estudiar los días de lluvia.

Agradecimientos

Durante mi estancia coincidí de forma fugaz con el Dr. Marc Xipell, del Hospital Clinic de Barcelona y con la Dra. Anna, del Servicio de Nefrología de un hospital de Milán (Italia) que ha realizado una estancia de 15 días para recoger información para su tesis sobre biopsia renal en paciente con vasculitis trasplantado en tratamiento con Rituximab.

Muchas gracias al Profesor David Jayne por abrirme las puertas de su casa y hacerme sentir como una más. Gracias a su secretaria Karen Ellis, y a todas las enfermeras de la Unidad por su cariño y sus cafés a media mañana.



La doctora Fanlo con la Jefa de Enfermería de la Unidad (arriba) Stella Burns y con el Profesor David Jayne.



Síndrome Vestibular Agudo en Atención Primaria y Urgencias

Pautas para distinguir de forma fiable, y sin necesidad de herramientas sofisticadas, el posible origen del vértigo y establecer una actuación rápida y segura.

♦ José Zubicaray
Ugarteche

ORL Clínica
San Miguel de
Pamplona.

♦ Manuela del
Carmen Zapata

ORL Unidad
Vestibular
del Complejo
Hospitalario de
Navarra.

El Síndrome Vestibular Agudo (SVA), se define como un cuadro clínico de inicio súbito, espontáneo, que se desarrolla de forma aguda, con vértigo, mareo y/o inestabilidad continuos, que dura de días a semanas, y que generalmente incluye características sugestivas de disfunción nueva y progresiva del sistema vestibular (por ejemplo: náuseas, vómitos, nistagmo, ataxia, etc.). Tiene una incidencia aproximada del 3% y una prevalencia del 23%.

Siempre pensamos, en primer lugar, en una neuritis vestibular o una laberintitis, pero también debemos tener en cuenta aquellas causas centrales que, por una serie de características, pueden simular muy bien estas patologías periféricas.

Muchos de los pacientes acuden a los servicios de Urgencia si el cuadro es muy intenso y el resto lo hace a su médico de Atención Primaria. Recordemos que la duración total de este síndrome debe exceder las 24 horas de mareos o vértigos continuos.

LA ETIOLOGÍA

- 75%** son periféricos (neuritis vestibular/laberinitis).
- 25%** son centrales (80% son ictus, casi todos isquémicos).
- 80%** no tienen signos neurológicos focales (SVA aislado).

Este artículo no valorará todos los tipos de vértigo existentes sino que proporcionaremos unas pautas que se pueden realizar a pie de cama para distinguir de forma fiable, y sin necesidad de herramientas sofisticadas, el posible origen del vértigo y así establecer una actuación rápida y segura.

Es importante conocer los siguientes conceptos:

VÉRTIGO: Falsa sensación de movimiento, bien del entorno o del propio sujeto, generalmente rotatoria.

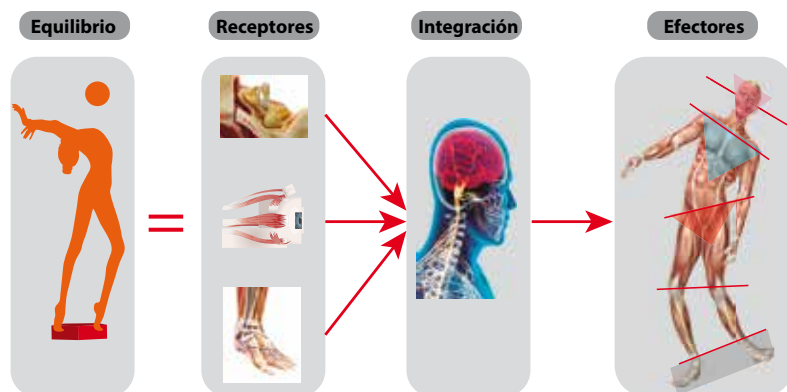
MAREO: Sensaciones mal definidas de inestabilidad, flotación, aturdimiento, inseguridad, vacío en la cabeza, sensación de desmayo inminente sin componente rotatorio ni otro tipo de movimiento.

DESEQUILIBRIO: Incapacidad objetiva para mantener la estática o la marcha, sin sensación vertiginosa.

Órganos Implicados en el equilibrio (Figura 1).

“Lo más importante en una fase inicial es saber si nos encontramos ante un cuadro periférico o central”

▼ Figura 1



Sistemas que participan en el equilibrio

Áreas receptoras:

El oído, el ojo, el sistema propioceptivo.

Áreas integradores:

El sistema nervioso central.

Áreas efectoras:

Es sistema músculo esquelético.

Lo más importante en una fase inicial es saber si nos encontramos ante un cuadro periférico o un cuadro central, para ello es fundamental una anamnesis adecuada y exploración física.

10 preguntas básicas

Hay 10 preguntas básicas que se deberán realizar:

1. Antigüedad del vértigo ¿Es la 1ª crisis? ¿Ha tenido crisis anteriores?
2. Comienzo brusco/progresivo.
3. Duración segundos-días. Continuo estable, continuo con fluctuaciones.
4. Factores desencadenantes: giros cabeza, infección vías altas, traumatismo, medicación.
5. Sensación vertiginosa: giro de objetos, balanceo, caída en el vacío, inestabilidad, visión nublada, desorientación, pérdida de conocimiento.
6. Cortejo vegetativo: náuseas, vómitos, sudoración palidez, frialdad.
7. Síntomas otológicos: otalgia, otorrea, taponamiento ótico, hipoacusia, acúfenos.
8. Síntomas neurológicos: cefalea, diplopía, visión borrosa, trastornos marcha, pérdida de conciencia.
9. Otros síntomas: opresión precordial, taquicardias, angustia, dolor. Factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, tabaco.
10. Factores que modifican la intensidad del cuadro: movimientos cefálicos, cambios posturales.

De acuerdo a las respuestas, podremos clasificarlos en dos grandes grupos: periféricos y centrales, aunque hay que tener presente la patología cardíaca y los trastornos psiquiátricos (Cuadro 1).

VÉRTIGO PERIFÉRICO

- Inicio brusco.
- Episódico.
- Rotatorio.
- Síntomas otológicos.
- No síntomas neurológicos.
- Cuadro vegetativo intenso.
- Aumentan con los movimientos y posturales.
- Ceden espontáneamente.
- Inter crisis asintomáticas.
- Nistagmo horizonte rotatorio al lado sano.
- Desviaciones segmentarias al lado enfermo.

VÉRTIGO CENTRAL

- Inicio insidioso.
- Constante.
- No rotatorio. Inestabilidad.
- No síntomas otológicos.
- Síntomas neurológicos.
- Poco cortejo vegetativo.
- No influenciado por los movimientos.
- Persisten en el tiempo.
- Nistagmo tipo central.
- Desviaciones segmentarias disarmónicas.
- Importante afectación de la marcha.

“La observación del movimiento ocular nos va a orientar con bastante precisión y fiabilidad”

EXPLORACIÓN DEL MOVIMIENTO OCULAR:

La forma de inicio puede ayudar a diferenciar entre un cuadro agudo central o periférico, pero lo que realmente nos va a orientar, con bastante precisión y fiabilidad, es la observación del movimiento ocular. *“Por favor Doctor, míreme a los ojos”.*

Para eso debemos utilizar el algoritmo H.I.N.T.S (Head Impulse Nistagmus Test of Skew), que consta de cuatro exploraciones básicas: Test del impulso cefálico, la exploración del nistagmo, el seguimiento ocular y el Cover Test o estudio de la desviación ocular vertical.

Test del impulso cefálico (Figura 2).

Consiste en realizar movimientos bruscos de la cabeza del paciente de aproximadamente 20 grados mientras mira fijamente la punta de la nariz del explorador.

En caso de existir una lesión vestibular, al realizar la prueba desde el lado alterado, el ojo no puede mantenerse fijo en el explorador, haciendo un movimiento sacádico de refijación.

Nistagmo espontáneo (Figura 3).

Se explora con la mirada hacia adelante. Debemos observar si existe nistagmo espontáneo, también exploraremos la aparición de

nistagmo evocado con la mirada hacia la derecha e izquierda, hacia arriba y abajo y finalizaremos volviendo a explorar mirando hacia adelante.

Se valora tanto en la mirada central como en la lateral no extrema. Si aparece un nistagmo bidireccional que bate a la derecha al mirar a la derecha y a la izquierda al mirar a la izquierda, debemos sospechar de una lesión del sistema nervioso (SNC).

Si tenemos un nistagmo unidireccional, que bate siempre en la misma dirección y aumenta sólo al mirar hacia un lado, estaremos ante una Lesión Periférica.

▲ Cuadro 1

PRUEBA DEL IMPULSO CEFÁLICO

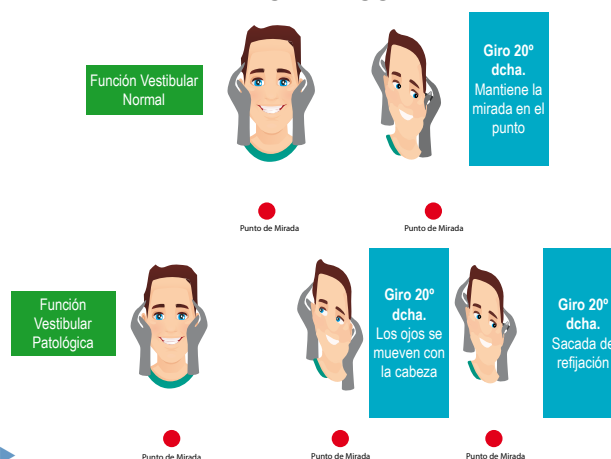


Figura 2 ►

Cover Test o estudio de la desviación ocular vertical (Figura 4).

Consiste en cubrir y descubrir un ojo. En caso de lesión periférica no ocurrirá nada, pero si existe una lesión del SNC se producirá un desplazamiento vertical del ojo explorado. Se deben explorar ambos ojos por separado. Suele ocurrir por lesiones protuberanciales o bulbares laterales por lesión de núcleos vestibulares, aunque también en la atrofia espino cerebelosa.

Seguimiento ocular (Figura 5).

El paciente debe seguir el movimiento del dedo del examinador de forma uniforme. Si se produce un seguimiento a saltos por la aparición de un movimiento sacádico durante su realización, debemos pensar que estamos ante una lesión del SNC.

PRUEBAS DE IMAGEN

TC craneal

Ha sido la más utilizada en Urgencias en los pacientes con mareo. Se demostró que la sensibilidad para todos los accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos agudos es de 16% frente a la RNM (que presenta una sensibilidad de 83%).

En ACV hemorrágicos, la sensibilidad aumenta pero recordemos que sólo $\approx 2\%$ de los SVA son hemorrágicos.

A pesar de estos datos, el TAC sigue siendo utilizada para el diagnóstico en Urgencias.

RMN cerebral

Presenta una sensibilidad del 97%, pero presenta una limitante: puede ser normal hasta ≈ 48 horas en un 23 % de los casos después del debut de los síntomas. Se recomienda repetirla si la sospecha es fuerte o ante la presencia de signos neurológicos.

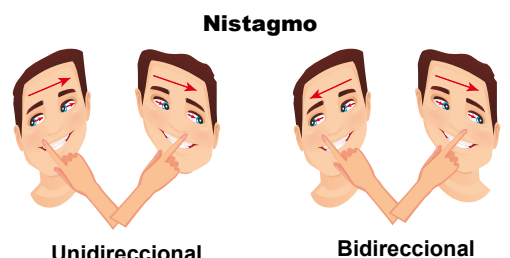


Figura 3 ▲

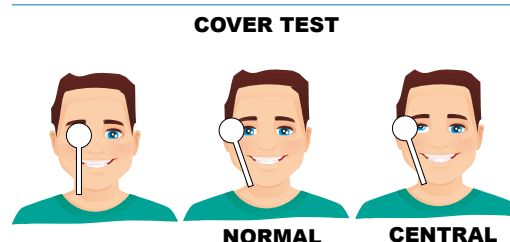


Figura 4 ▲

“El H.I.N.T.S.
es una
herramienta
de exploración
buena, barata
y altamente
sensible”

SEGUIMIENTO OCULAR

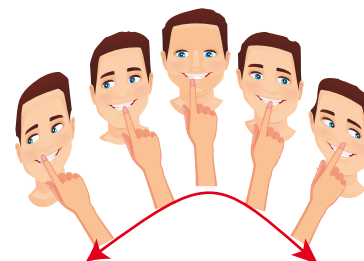


Figura 5 ▲

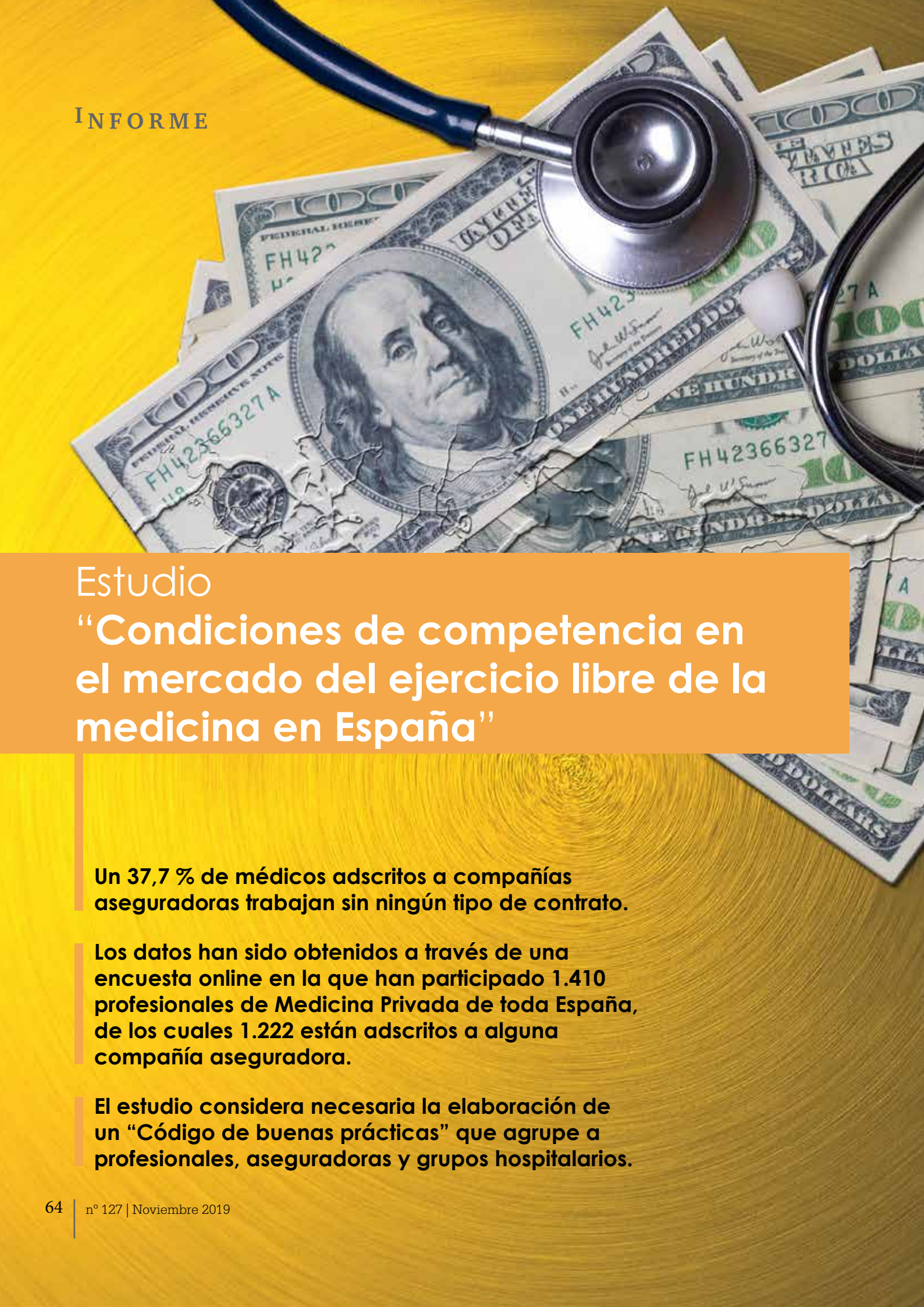
CONCLUSIÓN:

El H.I.N.T.S. es una exploración rápida que se puede realizar aproximadamente en 1 minuto al lado de la cama, mientras que un examen neurológico tradicional más completo generalmente lleva de 5-10 minutos o más.

A pesar de que el H.I.N.T.S. no es ampliamente conocido entre los médicos de Urgencia y Primaria así como entre internistas o incluso neurólogos, estas simples exploraciones pueden interpretar con precisión los hallazgos oculomotores sutiles presentes en el paciente.

La sensibilidad combinada de los H.I.N.T.S. en un Síndrome SVA cuando se aplica clínicamente por expertos es del 96%, comparada con el 80% para la Resonancia Magnética Cerebral.

Por todo ello, pensamos que es una herramienta buena, barata y altamente sensible para distinguir un Síndrome Vestibular Agudo Central de uno Periférico y actuar rápidamente.



Estudio “Condiciones de competencia en el mercado del ejercicio libre de la medicina en España”

Un 37,7 % de médicos adscritos a compañías aseguradoras trabajan sin ningún tipo de contrato.

Los datos han sido obtenidos a través de una encuesta online en la que han participado 1.410 profesionales de Medicina Privada de toda España, de los cuales 1.222 están adscritos a alguna compañía aseguradora.

El estudio considera necesaria la elaboración de un “Código de buenas prácticas” que agrupe a profesionales, aseguradoras y grupos hospitalarios.

Conductas “potencialmente abusivas”

Del estudio también se desprende que el 22,7% de los médicos encuestados ha sido presionado con la exclusión del cuadro médico en caso de no aceptar nuevas condiciones establecidas unilateralmente por la compañía (con una media de 2,3 compañías por facultativo).

Algunas de estas nuevas condiciones se refieren a pagos fijos o capitativos (75%) y a dejar de atender a mutualistas para hacerlo solo a asegurados con pólizas privadas (43%). Este tipo de situación es una práctica reciente, que se produce en el 76% de los casos con posterioridad a 2010, según se indica.

Por otra parte, el 45% de los facultativos se ha topado con obstáculos para el desarrollo de su actividad procedentes de las compañías con las que trabaja. Han sido identificados en forma de falta de autorización de tratamientos o técnicas indicadas, trabas administrativas o excesivo formalismo en los procedimientos (media de tres compañías por facultativo).

Del informe también se desprende que un 40% de los médicos participantes en el sondeo afirma que se les ha impuesto por alguna compañía aseguradora la prestación de sus servicios a través del centro médico/Grupo hospitalario con el que colabora la compañía aseguradora, constatándose que se ha dejado de contar con un 50% de los profesionales contrarios a aceptar este tipo de condición.

Los responsables del estudio han corroborado, además, que las compañías aseguradoras han puesto en práctica una estrategia orientada a conseguir que los pacientes vayan directamente a sus centros propios. En este sentido, afirman que la apertura de este tipo de centros ha provocado, al menos en parte, la exclusión del cuadro médico de los facultativos cuyas especialidades compiten con las del nuevo centro médico/hospitalario propio o aquél con el que las compañías han contratado una especialidad en exclusiva.

Asimismo, al 40% de los facultativos se les ha negado, por parte de estas compañías, el abono de consultas sucesivas o revisiones.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), a través de su Vocalía Nacional de Médicos de Ejercicio Privado, presentó el pasado mes de julio los resultados del Estudio “**Condiciones de competencia en el mercado del ejercicio libre de la medicina**”, que refleja la realidad sobre la relación de los médicos de ejercicio libre con las compañías aseguradoras con las que trabajan.

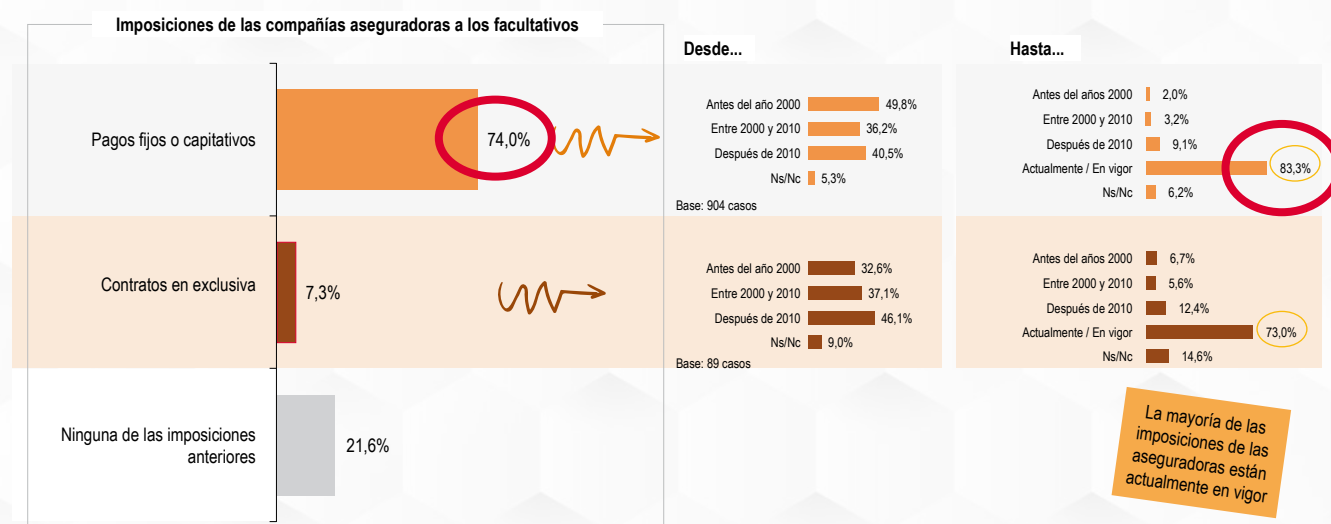
De las encuestas realizadas se desprende, entre otros datos, que un 37,7% de facultativos adscritos a dichas aseguradoras carecen de algún tipo de contrato por escrito, lo que facilita la expulsión del cuadro médico a conveniencia de la aseguradora. Así, a un 23,1% de los médicos les ha sido rescindido el contrato escrito con alguna compañía sin motivo atribuible al mismo (media de 1,4 compañías por facultativo). Además, en más de la mitad de los casos la cancelación del contrato se comunicó solo con una antelación de entre uno y dos meses.

El sondeo ha permitido llevar a cabo una extensa recopilación de datos sobre la relación entre médicos y compañías aseguradoras relacionados con la gestión de los actos médicos, baremos, condiciones que ofrecen las aseguradoras médicas, y los obstáculos con los que, frecuentemente, el profesional se topa en su relación con dichas compañías, además de problemas con los pagos, diferencias de servicio entre asegurados particulares y mutualistas, así como el análisis de los costes de la actividad para el facultativo vinculados a los servicios que prestan a los asegurados de las compañías.

Baremos obsoletos

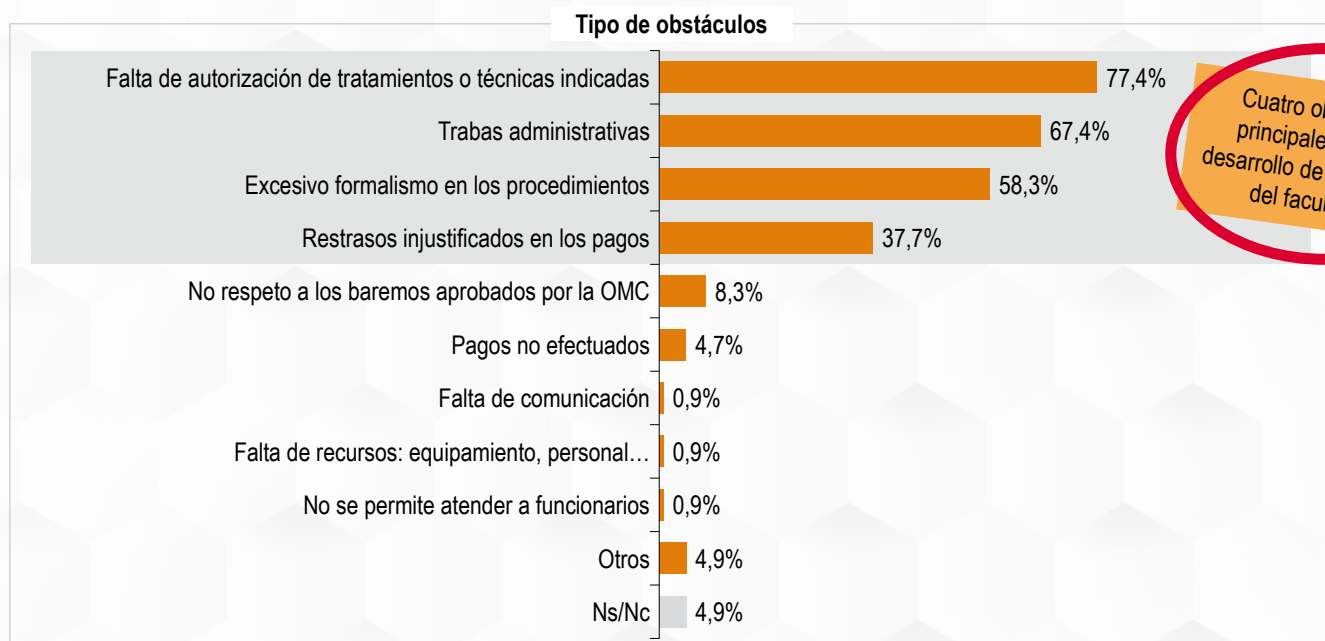
Respecto a los baremos de las compañías, el estudio constata que en los últimos 20 años no han aumentado o lo han hecho de forma insignificante, mientras que el coste de personal y material de las consultas de los facultativos se ha incrementado entre un 20 y un 40%.

Es más, son frecuentes, según se deduce de una primera interpretación de los resultados de la encuesta, las reducciones encubiertas de estos baremos, por ejemplo, al incluir las compañías pruebas complementarias en el precio de la consulta que antes se facturaban por separado.



Base trabaja con alguna compañía aseguradora: 1222 casos

P4 A Continuación le pedimos que nos indique si las compañías a las que presta servicios han tratado de imponer o han impuesto: / P4.a Desde que año hasta qué año aproximadamente se ha producido:



Base observa obstáculos: 552 casos

P6b Qué tipo de obstáculos ha observado en su relación con...

Tendencia a que los problemas se manifiesten de manera frecuente

Ha experimentado en alguna ocasión los siguientes problemas

Número de veces que se experimenta el problema en los últimos 12 meses

De 1 a 2 veces

De 3 a 5 veces

De 6 a 10 veces

Más de 10 veces

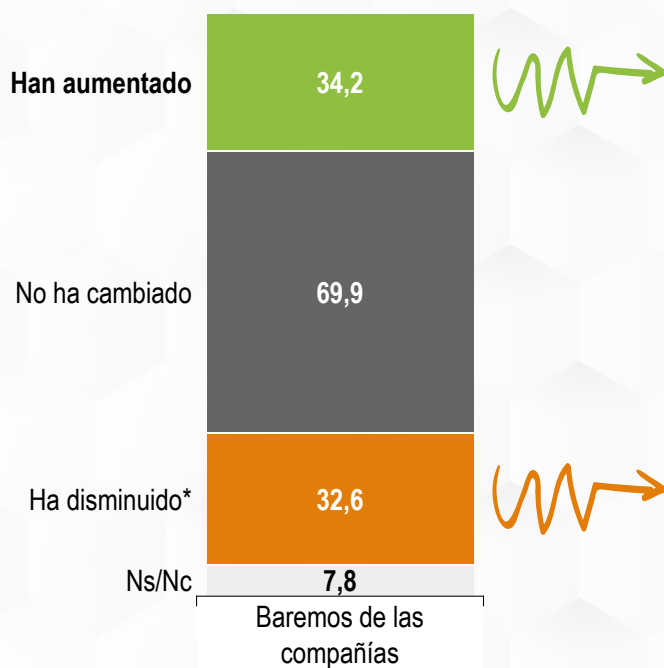
Ns/Nc

Negativa a abonar las consultas sucesivas y/o las revisiones	39,7%	17,3%	23,1%	13,0%	56,5%	16,1%	485 casos
Errores en los pagos, lo que obliga a llamar, reclamar, etc.	39,6%	40,9%	33,7%	18,0%	36,0%	12,2%	484 casos
Anulación de cheques consulta alegando defectos de forma, que no se identifican y que acaban no pagándose	25,9%	28,1%	27,1%	16,1%	38,5%	13,9%	317 casos
Autorizado y realizado el procedimiento al asegurado, en la liquidación se resta una cantidad importante de los honorarios	19,9%	30,5%	28,4%	12,8%	39,1%	17,3%	243 casos
Retrasos significativos en los pagos respecto de la fecha acordada	14,0%	28,1%	16,0%	18,7%	37,4%	11,1%	171 casos
La compañía no paga el material usado (correctamente) en la prueba	13,8%	17,8%	16,0%	10,1%	46,2%	25,4%	169 casos
Situaciones de impagos	12,9%	31,0%	17,1%	8,2%	44,3%	13,3%	158 casos
Diferencia de trato según facture a la compañía aseguradora el hospital o el médico, en perjuicio de este último	11,2%	22,6%	16,8%	8,8%	40,1%	29,2%	137 casos
Pagos cada vez más espaciados en el tiempo	10,5%	25,0%	21,1%	14,8%	42,2%	18,8%	128 casos

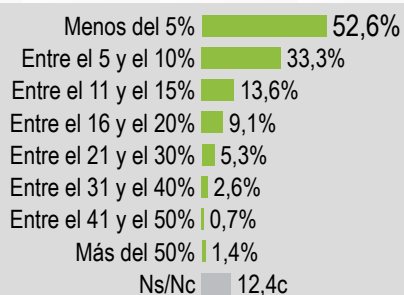
Base trabaja con alguna compañía aseguradora: 1222 casos

P12 Díganos si ha experimentado en alguna ocasión los siguientes problemas con XXXX: P12.b Indique el número de veces que ha experimentado el problema en los últimos 12 meses

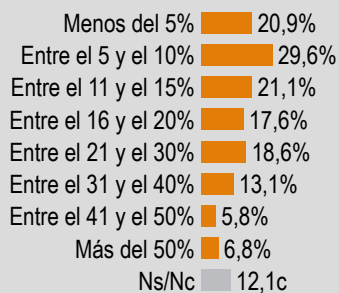
¿Cómo han evolucionado los baremos en su especialidad desde que presta servicios a las compañías aseguradoras con las que trabaja?



El cambio ha sido de...



Base: 418 casos



Base: 398 casos

* O si ha disminuido la remuneración por acto médico manteniéndose el acto médico invariable, o en el caso de que se agrupen actos médicos y la remuneración del nuevo acto agrupado sea inferior a la de los dos actos por separado

Base trabaja con alguna compañía aseguradora: 1222 casos
P22 Aproximadamente, ¿cómo han evolucionado los baremos en su especialidad desde que presta servicios a las compañías aseguradoras con las que trabaja? P22a ¿El cambio ha sido de...?

La mayor parte de los problemas con los baremos aparecen después de 2010

Ha experimentado en alguna ocasión los siguientes problemas con la gestión de los actos médicos		Desde que año se presenta el problema				
		Antes del 2000	Entre 2000 y 2010	Después de 2010	Ns/Nc	
Se limita el número de actos médicos-asistencias/mes requeridos por el paciente que son pagados por la compañía aseguradora	49,3%	32,7%	23,1%	45,9%	15,9%	603 casos
Se mantienen tarifas de procesos que hace muchos años que ya no se realizan y no se introducen los nuevos procesos, obligando a tener que buscar códigos alternativos, que no siempre concuerdan y adaptan al concreto acto médico	38,5%	29,4%	29,4%	49,1%	14,3%	470 casos
Interpretación muy restrictiva, e incluso incorrecta, de los actos médicos que puede realizar el profesional	34,1%	24,5%	23,3%	52,0%	15,3%	417 casos
Interferencia en los diagnósticos y actos médicos (p.ej. se exige un informe médico del paciente para autorizar la cirugía)	30,1%	19,3%	23,9%	53,0%	16,6%	368 casos
Las consultas para recetas no tienen la consideración de acto médico y el precio fijado es muy bajo	18,7%	36,8%	25,4%	41,2%	10,5%	228 casos
Si un paciente sufre una complicación y se alarga su estancia, no se vuelve a pagar porque se considera que esa asistencia, aunque dure meses, debe quedar incluida en el cuidado hospitalario postoperatorio	15,7%	33,3%	19,3%	43,2%	16,7%	192 casos
Actos médicos demasiado amplios	14,2%	22,0%	20,8%	56,1%	15,0%	173 casos

Base trabaja con alguna compañía aseguradora: 1222 casos

P27 Pensando en XXXX (compañía marcada en P0), díganos si ha experimentado en alguna ocasión los siguientes problemas en relación con la gestión de los actos médicos: P27.c Desde qué año existe el problema

Conclusiones



Los responsables del estudio concluyen que:

1. La relación médico-paciente, que desde la OMC tratamos de elevar a Patrimonio Inmaterial de la Humanidad, queda desvirtuada por las condiciones en que se ejerce en los nuevos modelos de ejercicio privado por las condiciones que marcan al médico las aseguradoras y grupos hospitalarios, poniendo en riesgo la calidad de la asistencia.
2. El ejercicio médico privado ya no es libre bajo las condiciones actuales de mercado. Las compañías aseguradoras han cambiado el modelo clásico de atención médica privada y además de su labor aseguradora de forma progresiva han ido ganando una presencia cada vez más destacada de labor asistencial, en gran medida a costa de debilitar la capacidad para competir de los facultativos dedicados a la medicina privada que en una proporción importante han desarrollado modelos de negocio altamente dependientes de la base de pacientes asegurados.
En este sentido, es destacable la derivación por parte de las compañías aseguradoras del riesgo asegurador hacia los profesionales médicos, mediante la imposición de fórmulas de precios capítativos, de procesos a coste cerrado o incluyendo técnicas y procedimientos dentro de la consulta perfectamente individualizados en el nomenclátor.
3. La irrupción del capital/riesgo en el mercado sanitario ha hecho que la sanidad se empiece a guiar por leyes de mercado cuyo único objetivo es el beneficio económico. La relación médico-paciente queda intermediada por compañías aseguradoras y grupos hospitalarios que son quienes marcan las condiciones: retribución, tiempo de dedicación, horarios y medios.
4. La medicina privada no es atractiva para los jóvenes ni para las mujeres. En los próximos 10 años desaparecerá el 40% de los facultativos (principalmente de consultas unipersonales) que ejercen la medicina privada.
5. El órgano institucional que tiene potestad para velar por la relación medico paciente a través del profesionalismo de sus miembros es la OMC y sus colegios provinciales. Esta encuesta es un ejemplo de su función y preocupación.
6. Creemos necesaria la elaboración de un "Código de buenas prácticas" que agrupe a profesionales, aseguradoras y grupos hospitalarios para poder mantener el actual sistema de medicina privada, o abogar por un cambio a un nuevo modelo de ejercicio libre de la medicina que garantice, ante todo, la calidad asistencial.

CONDENADO A PAGAR 720 € DE MULTA POR AMENAZAR A UN MÉDICO DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUBIDEA

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

#StopAgresiones

El Juzgado de Instrucción nº 2 de Pamplona ha condenado al paciente por la comisión de un delito leve de amenazas, previsto en el artículo 171.7 del Código Penal.

El Servicio Jurídico del Colegio de Médicos de Navarra, que ha llevado la defensa del médico agredido, explica que "los hechos ocurrieron el pasado mes de agosto, cuando el paciente acudió a la consulta del médico en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea acompañado de su esposa y su hijo de ocho días. Como al parecer las explicaciones del facultativo no satisficieron al paciente, éste comenzó a ponerse nervioso y alterarse, levantando la voz de malas maneras, hasta que en un momento dado le dijo "te voy a matar de un navajazo". Esta expresión asustó al médico que, a consecuencia de estos hechos, estuvo unos días preocupado y con temor ante la posibilidad de volver a encontrarse con el paciente".

El Juzgado de Instrucción nº 2 de Pamplona condena al paciente por un delito leve de amenazas, previsto en el artículo 171.7 del Código Penal. La calificación como delito leve deriva de la falta de relaciones previas entre médico y paciente y de la ausencia de reiteración en su conducta por aquel, lo que excluye considerar de mayor gravedad la amenaza.

La sentencia considera probados los hechos por la declaración del facultativo y de una compañera de trabajo que se encontraba en la consulta cuando ocurrieron; y teniendo en cuenta que el paciente denunciado no acudió al juicio, por lo que no practicó prueba que cuestionara las declaraciones referidas.

La sentencia impone al paciente la pena en su grado máximo de tres meses de multa, con una cuota diaria de 8 euros -720 € en total-, valorando el contenido de la amenaza, que fue de muerte, y que se produjera en el lugar de trabajo del facultativo, "sin ningún tipo de justificación ni explicación, de forma absolutamente gratuita y en presencia de otras personas, todo lo cual hace que sea necesario, a los fines de prevención especial imponer la pena máxima que para este tipo de comportamientos prevé el Código Penal".

La cuota de 8 euros por día, según se dice en la sentencia, es la habitual en los Juzgados de Pamplona para los casos en que no consta la capacidad económica del denunciado. La sentencia, además, impone las costas del procedimiento al paciente denunciado, por imperativo del artículo 240 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

TOLERANCIA CERO FRENTE A LAS AGRESIONES

El Colegio de Médicos de Navarra condena firmemente la última agresión física sufrida por una médica en el Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía de Tudela y pide tolerancia cero frente a las agresiones al personal sanitario.

Subraya que "el primer problema al que se enfrenta el profesional agredido es la duda sobre si tiene que denunciar o no". Desde el Colegio de Médicos de Navarra se recomienda denunciar siempre.

El Colegio navarro ofrece un servicio de asesoría personalizada que permite a quienes han sufrido una agresión estar acompañado por un letrado desde el inicio del proceso. Pone, además, a disposición del profesional agredido el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), que facilita una valoración confidencial y personalizada si necesitara asistencia en el ámbito psicológico.



Noches de Bohemia

TEMPORADA 2019-2020

UN AÑO MÁS RESTAURANTE EL COLEGIO
VUELVE CON «NOCHES DE BOHEMIA».

SEGUIMOS CON EL FORMATO PARA
NUESTROS VIERNES DE MÚSICA EN VIVO, CON EL
QUE PODRÁS DISFRUTAR DE UN MENÚ ADAPTADO
A LA VELADA MUSICAL DEL DÍA.

DÉJATE EMBRIAGAR POR NUESTRA
ATMÓSFERA Y ADÉNTRATE EN LOS AMBIENTES DE
BROADWAY, EN UNA CANTINA MEXICANA, EN LA
CALLE CAMINITO DE BUENOS AIRES O ¿POR QUÉ
NO?, DE UNA SOBREMESA CON LAS CANCIONES
DE JOAQUÍN SABINA O LOS SECRETO.

HASTA JUNIO TE OFRECEMOS UN PROGRAMA
DE LO MÁS VARIADO EN COLABORACIÓN CON LA
ESCUELA DE CANTO EUGENIA ÉCHARREN, DE
MARIACHI ZACATECAS, DE OJOS DE GATA Y DE
ENEMIGOS ÍNTIMOS.

NOCHES DE BOHEMIA HA NACIDO PARA
HACERTE DISFRUTAR DE UNA EXPERIENCIA
INOLVIDABLE EN COMPAÑÍA DE TU PAREJA,
AMIGOS, O COMO UN REGALO.

PROGRAMA

NOVIEMBRE 2019

VIERNES 15 TRIBUTO A SABINA "ENEMIGOS ÍNTIMOS"
SÁBADO 23 "MARIACHI ZACATECAS"

FEBRERO 2020

VIERNES 14 "ESPECIAL SAN VALENTÍN"
SÁBADO 22 SALSA BACHATA "HAVANA 537"
SÁBADO 29 "MARIACHI ZACATECAS"

MARZO 2020

SÁBADO 7 RUMBAS "RATICOS GÜENOS"
VIERNES 13 TRIBUTO A SABINA "ENEMIGOS ÍNTIMOS"
VIERNES 27 "MARIACHI ZACATECAS"

ABRIL 2020

VIERNES 3 TRIBUTO A LOS SECRETO "OJOS DE GATA"
VIERNES 24 "MARIACHI ZACATECAS"

JUNIO 2020

VIERNES 12 TRIBUTO A SABINA "ENEMIGOS ÍNTIMOS"
SÁBADO 23 "MARIACHI ZACATECAS"

HAZ TU RESERVA EN

[HTTPS://RESTAURANTEELCOLEGIO.ES/NOCHES-DE-BOHEMIA-2/](https://restauranteelcolegio.es/noches-de-bohemia-2/)

QUERIDO COLEGIADO: TUS CONGRESOS, TUS JORNADAS, TUS REUNIONES, *en tu colegio*



Restaurante
EL COLEGIO DE MÉDICOS

Ventajas:

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

25 años de experiencia
organizanco eventos
profesionales y
sanitarios



Escanea
el código
QR para
obtener más
información

CONGRESOS COLEGIO DE MÉDICOS

Avda. Baja Navarra, 47 ■ 31002 Pamplona

Tel. 948 22 60 93

FAX. 948 22 65 28

www.pamplonacongresos.es



*Salón La Pérgola con capacidad
para 200 personas*



*Colegio de Médicos, un lugar
emblemáticos de Pamplona*



*Salón de Congresos con capacidad para
300 personas*



“Nuestro trabajo ha comenzado a dar frutos con la creación de una unidad específica en el Complejo Hospitalario de Navarra, que atiende a 70 menores”

FICHA RESUMEN

Datos: Hiru Hamabi | 3/12

Atendemos en Servicios sociales/Ayuntamiento del Valle de Egües.

C/ Garajonay, 1, 31621 Sarriguren / Tlf.: 619370126/ info@hiruhamabi.org

/ www.hiruhamabi.org

Para menores afectados por el daño cerebral adquirido.

El daño cerebral adquirido es la causa más común de discapacidad adquirida en la infancia. Se refiere a un daño producido en el cerebro después del momento de nacer, que puede incluir distintas causas como traumatismos craneoencefálicos (accidentes, caídas), ictus, determinados tipos de epilepsias, tumores cerebrales, encefalitis y otras enfermedades de base neurológica.

Hiru Hamabi es una entidad sin ánimo de lucro, y su finalidad es informar y asesorar a los familiares de personas que padezcan DCA infantil, proporcionar espacios de apoyo entre familias y sistemas de ayuda, así como asesoramiento, información y acciones de sensibilización sobre los problemas y necesidades que presenta este colectivo. El nombre de la asociación significa 3/12, o lo que es lo mismo, 3 de diciembre, siendo el Día Internacional de las personas con discapacidad.

Con sede en Navarra, y de ámbito tanto navarro como estatal, se trata de la primera asociación dedicada exclusivamente a la atención del Daño Cerebral Adquirido Infantil en España. Actualmente, la asociación forma parte en Navarra de COCEMFE, Federación que aglutina a 18 entidades de la discapacidad física y orgánica con más de 5.500 personas asociadas.

SERVICIOS:

- Acogida y Asesoramiento a familias.
- Sensibilización: campañas como “No sin mi casco” y el documental “Estoy aquí, ¿me ves?” (www.estoyaquimeves.info)
- Información y orientación.
- Obtención de recursos.
- Programas de rehabilitación y neurorrehabilitación.



Cuando hace ya seis años Yolanda salió del Complejo Hospitalario se sintió un poco perdida. No sabía dónde acudir para recibir asesoramiento y trabajar las capacidades de su hijo, afectado por el daño cerebral adquirido. No estaba sola. María, otra madre de un menor con problemas similares, tampoco entendía por qué la atención que reciben en Ubarmin los adultos con daño cerebral adquirido no se podía trasladar y adaptar a los menores.

Y decidieron emprender una tarea en común, una asociación para recoger las demandas de las familias navarras, ofrecer información y buscar recursos para mejorar la calidad de vida de estos menores. Contaban para ello con la colaboración solidaria de Javier Tirapu Ustárroz como asesor clínico y científico de la entidad, con 23 años de trayectoria centrada en la neuropsicología del Daño Cerebral Adquirido. Javier es uno de los referentes más importantes en todos los países de habla hispana sobre la neuropsicología del daño cerebral y es considerado como una eminencia en la materia, siendo además miembro fundador de ADACEN y de FEDACE.

Y el teléfono comenzó a sonar. Y no sólo de familias de Navarra, sino de otras autonomías que no tenían ninguna entidad de referencia y demandaban mayores recursos para sus hijos e hijas y querían sumarse a la asociación. “Nos dimos cuenta que la situación de las familias en otros lugares era similar y que teníamos que ampliar nuestro radio de acción a nivel nacional”, explica Yolanda Fonseca, quien recuerda el nacimiento de Hiru Hamabi, una asociación que en sólo unos años ha tenido una actividad frenética.



◀ *Reunión de Hiru Hamabi con el Defensor del Pueblo. En las foto: Rafael Muguruza (del equipo técnico del Defensor del Pueblo), Yolanda Fonseca (presidenta de Hiru Hamabi), Mar Ugarte (delegada en Madrid de Hiru Hamabi) y Marta Kindelan (del equipo técnico del Defensor del Pueblo).*

Un daño invisible

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es la principal causa de discapacidad adquirida en la infancia y cada año se producen 250 nuevos casos de Daño Cerebral Adquirido por cada 100.000 niños (datos de FEDACE). El DCA se refiere a un daño producido en el cerebro después del momento de nacer, pudiendo ser provocado por diferentes causas como accidentes o caídas (denominadas traumatismos craneoencefálicos), ictus, epilepsias, tumores cerebrales y teniendo en común su capacidad para crear un daño invisible.

“Los niños andan y hablan y parecen sanos pero tienen nuevos problemas con su aprendizaje, comportamiento, concentración u organización que, como pueden no ser obvios, son normalmente ignorados y subestimados”, explica Yolanda. “Los problemas físicos, tales como dificultades con el andar o con el movimiento fino de las manos, dolores de cabeza y convulsiones, pueden ser un problema al principio en el periodo inicial después de daño. El peligro, sin embargo, es que estos puedan obtener el foco de atención en detrimento de los problemas cognitivos”.

Principales necesidades

A juicio de la asociación, uno de los hándicaps que se encuentran las familias es “el desconocimiento de los profesionales sanitarios sobre dónde derivar a los menores, ya que sólo existen centros privados de neurorrehabilitación para tratar el DCA infantil”. De esta forma, al no existir una red pública para estos menores, como sí la hay para las personas adultas con los mismos problemas, las familias tienen que recurrir a la red privada en busca de terapias de rehabilitación como terapia ocupacional. Además, cuando un niño o niña sospechosa de tener DCA ingresa en el hospital su caso se archiva con la patología de ingreso como un traumatismo, encefalitis..., de forma que se puede retrasar el diagnóstico.

Para intentar superar estos obstáculos, la asociación ha realizado un intenso trabajo institucional tanto en Navarra como en Madrid, que se inició en 2015 con una denuncia ante el Defensor del Pueblo y continuó con una jornada de trabajo con expertos, profesionales y asociaciones para abordar la falta de cobertura sanitaria en todo el territorio nacional, publicándose un estudio al respecto.

Asimismo, la asociación intervino en el Congreso de los diputados, siempre con el apoyo de Javier Tirapu y la Federación Española de Daño Cerebral, aprobándose una proposición no de ley que instaba al gobierno de España a adoptar medidas que favorezcan la atención del DCA infantil. Una proposición que se reprodujo en el Parlamento de Navarra y que dio lugar a la creación de una comisión de trabajo para tratar posibles mejoras.

Unidad específica

Todo este trabajo ha comenzado a dar sus frutos, con la creación el pasado año en el Complejo Hospitalario de Navarra de una unidad específica, que actualmente está atendiendo a 70 menores de los cuales 12 fueron nuevos casos el año pasado.

Esta unidad cuenta con un neuropsicólogo para realizar las valoraciones neuropsicológicas de los menores y así iniciar un tratamiento neurorrehabilitador multidisciplinar. Asimismo, cuando un niño o niña ingresa con unas patologías susceptibles de padecer lesiones cerebrales se activa este recurso para que los menores y las familias estén acompañados en todo el proceso post agudo.

Una unidad que también se ha puesto en marcha en el Niño Jesús de Madrid para la atención del DCAI. “Recientemente se ha puesto en marcha el código ICTUS en la Comunidad de Madrid y estamos tratando que se implante en otras comunidades ya que creemos necesario este código para la correcta actuación en caso de ictus”, añade Yolanda.

Estos progresos en la atención también han tenido sus frutos en forma de premios, recibiendo la asociación el Premio Social 2015 de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación y premio social de comunicación Onda Cero 2017 por el documental *Estoy aquí, ¿me ves?*

Sin embargo, el trabajo de Hiru Hamabi no ha concluido y aunque ya se cuentan con unidades específicas en algunos hospitales, uno de los retos pendientes es dotarles de mayores recursos y optimizar la labor que realizan con los menores afectados.



Editado el libro con los mejores casos clínicos del VI Certamen

Incluye los ganadores y finalistas del VI Certamen para Médicos Internos Residentes del Colegio de Médicos de Navarra.

Se puede descargar el libro en la web del Colegio de Médicos de Navarra <https://colegiodemedicos.es/>

En el libro on-line, que consta de 240 páginas, se publican los trabajos que recibieron el primer, segundo y tercer premio del Certamen y cuyas autoras principales son: María José **Redín Sagredo**, residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud de San Juan (Pamplona) y Hospital García Orcoyen (Estella); Laura **Monteagudo Moreno**, residente de segundo año de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario de Navarra; y Joao **Modesto Dos Santos**, residente de tercer año de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra.

Incluye, además, el premio al mejor póster, cuya autora principal es Alba Cristina **Igual Rouileault**, residente de primer año de Radiología en la Clínica Universidad de Navarra.

El resto de los autores de los casos finalistas publicados, que defendieron su trabajo oralmente ante un Jurado designado por el Colegio de Médicos, son: Garazi **López Ubillos** (Urología. Complejo Hospitalario de Navarra); Ángel **Orera Pérez** (Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra); Leyre **Pérez Ricarte** (Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Navarra).

Premiados y Jurado del
VI Certamen de Casos
Clínicos para Médicos
◀ Internos Residentes.

Portada
del libro ▶

Finalistas

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

- Carlos **Bérriz Laborda** (Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Clínica Universidad de Navarra);
- Marta **Calvo Imirizaldu** (Radiología. Clínica Universidad de Navarra);
- Fátima **de la Torre Carazo** (Cardiología. Clínica Universidad de Navarra);
- Edurne **Erice Azparren** (Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Navarra);
- Inés **Esparragosa Vázquez** (Neurología. Clínica Universidad de Navarra);
- Celia **Grasa Ciria** (Anestesia y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra);
- Ana **Irigaray Echarri** (Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra);
- Carolina M. **Perdomo Zelaya** (Endocrinología y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra);
- Rodrigo **Sánchez-Bayona** (Oncología Médica. Clínica Universidad de Navarra);
- Ignacio **Soriano Aguadero** (Radiodiagnóstico. Clínica Universidad de Navarra);
- Alejandra **Tomás Velázquez** (Dermatología. Clínica Universidad de Navarra);
- Lucía **Zabalza San Martín** (Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Navarra); y
- Juan Manuel **Zubiría Gortázar** (Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra).



Alta participación y calidad científica

El Certamen de Casos Clínicos del Colegio de Médicos de Navarra se ha convertido en una de las actividades con mayor aceptación entre los médicos más jóvenes. A esta sexta edición se presentaron un total de 53 casos clínicos.

En el prólogo, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Dr. Rafael Teijeira, destaca que este VI Certamen “ha validado, un año más, el éxito de participación y el alto nivel científico alcanzado en esta actividad colegial pensada para nuestros médicos más jóvenes. Nos enorgullece evidenciar la calidad formativa de nuestros residentes y su interés por añadir, en su ya repleta agenda profesional, este evento que requiere tiempo, capacidad de reflexión serena y apertura al conocimiento desde la evidencia científico-médica”.

Asimismo, el Dr. Teijeira agradece la implicación de los coordinadores y miembros del Jurado en este

Certamen, “que dedican una parte importante de su tiempo a revisar y valorar cada caso presentado, con la única gratificación de compartir su experiencia y su saber con las nuevas generaciones de médicos”.

A los MIR navarros, les anima a seguir participando en próximas ediciones y a que pidan al Colegio de Médicos apoyo para la puesta en marcha de nuevas iniciativas que contribuyan a su formación profesional y humana. “En esta línea seguiremos trabajando”, subraya el Dr. Teijeira.

El Jurado lo formaron los doctores Jean Louis Clint (médico de familia en el Centro de Salud de Aoiz); Coro Miranda (cirujana del CHN); Tomás Rubio (médico internista del CHN y vicepresidente segundo del Colegio de Médicos); y M^a Carmen Martínez Velasco (médico internista del Hospital García Orcoyen de Estella y vocal de Medicina Libre y Colectiva del Colegio).



La Peña de Alájar, un lugar privilegiado del norte de Huelva

■ Salvador Martín Cruz



Casi en el centro del Parque Natural de la Sierra de Aracena y Picos de Aroche, en un lugar privilegiado del norte de la provincia de Huelva –dada su riqueza de agua y su exuberancia vegetal–, entre encinas, alcornoques y castaños, dominando todo el paisaje inmediato, se encuentra la Peña de Alájar o de Arias Montano, uno de los más ilustres heterodoxos españoles del siglo XVII. Don Benito fue, entre otras varias cosas, filósofo, teólogo, naturalista, historiador y traductor –debió de dominar cerca de diez idiomas–, llegando a ser consejero de Felipe II (lo que sin duda evitó le juzgase la Inquisición como a su amigo Fray Luis de León), supervisor de la Biblia Regia de Amberes, revisor y bibliotecario de El Escorial, de donde fue catedrático de Lenguas



Orientales, traductor del *Cantar de los Cantares* y del libro de viajes de Benjamín de Tudela, amén de autor de un amplio conjunto de obras que hablan de su saber enciclopédico.

Nacido en el vecino pueblo de Fregenal, conoció bien la Peña de Alájzar, a donde solía retirarse con frecuencia a meditar y escribir, y donde pasó los últimos años de su vida convencido de que se trataba de un lugar mágico del que emanaba un fuerte magnetismo telúrico –hasta allí se desplazó Felipe II para visitarlo–. También debieron pensar lo mismo gentes de otras culturas anteriores desde tiempos del Neolítico y la Edad de Bronce, incluyendo el Islán (Alí-Jaled la bautizó como Laxar; lugar de oración), habiendo quedado restos diversos que dan fe de ello en el intrincado submundo

de sus cuevas cársticas, labradas por el agua sobre la piedra caliza desde tiempos sólo medibles geológicamente, como las llamadas del Palacio Oscuro, la Sillita del Rey, la Virgen, la Verja, la Fuente, el Lago Seco, los Caracoles... de las que solamente dos eran visitables la última vez que estuve allí, hace cosa de 10 años.

Desde la cima de la peña, un poco más allá del Santuario de la Reina de los Ángeles, del siglo XVI, el obelisco que recuerda la visita de Felipe II y de la blanca espadaña neoclásica, escoltada por dos garitas renacentistas, se divisa un paisaje único que más allá del pueblo de Alájzar, sobre un mar de castaños, alcornoques y encinares, en días limpios alcanza a asomarse al Atlántico, a unos 80 Km de distancia.

*Mirador de la
Peña de Alájzar
o de Arias
Montano.*

*Panorámica
de Alájzar desde
la Peña de Arias
Montano.*



Ficha práctica:



La mejor manera de llegar es desde Aracena, siguiendo la N-433 (Sevilla-Portugal) y tomando luego, en Fuenteheridos, la HU-8121 hasta la peña. O bien desde el mismo Aracena a través de la HU-8105 hasta los alrededores de Alájar (pueblo), tomando allí la HU-8121. Desde Huelva lo mejor es ir por Zalamea La Real siguiendo la N-435 hasta Jabugo, desde donde se ha de seguir por la HU-8114 hasta alcanzar Alájar y, desde el pueblo, continuar por la HU-8121 como viniendo de Aracena.

Después de recordar la importancia histórica y cultural de muchos de los pueblos que rodean la peña, por aquí pasaron tartesos, fenicios, griegos, romanos, visigodos e islamitas, amén de los caballeros del Temple y de Santiago. Empezaremos comentando que, en sus alrededores, están poblaciones como Aracena, la Arunda romana, con

los restos de su castillo templario y la inmediata Iglesia Prioral de Nuestra Señora del Mayor Dolor (s, XIII y XIV), la famosa Gruta de las Maravillas, en cuya antesala está el Museo Geológico y Minero, y diseminado por el centro de la localidad el importante Museo de Escultura al Aire Libre debido a una iniciativa de Pepe Noja; Fuenteheridos, así llamado por su fuente de doce caños de aguas tenidas por salutíferas, hoy declarado Conjunto Histórico Artístico; Jabugo, que si no precisa presentación por sus productos cárnicos –que no solo jamones, conocidos en el mundo entero–, sí lo precisa por su historia que se remonta al neolítico con los yacimientos de la Cueva de la Mora y el emplazamiento de El Becerro de la Edad del Bronce; Cortegana con su bien reconstruido castillo de la llamada banda gallega de tiempos de Sancho IV y la Iglesia Parroquial

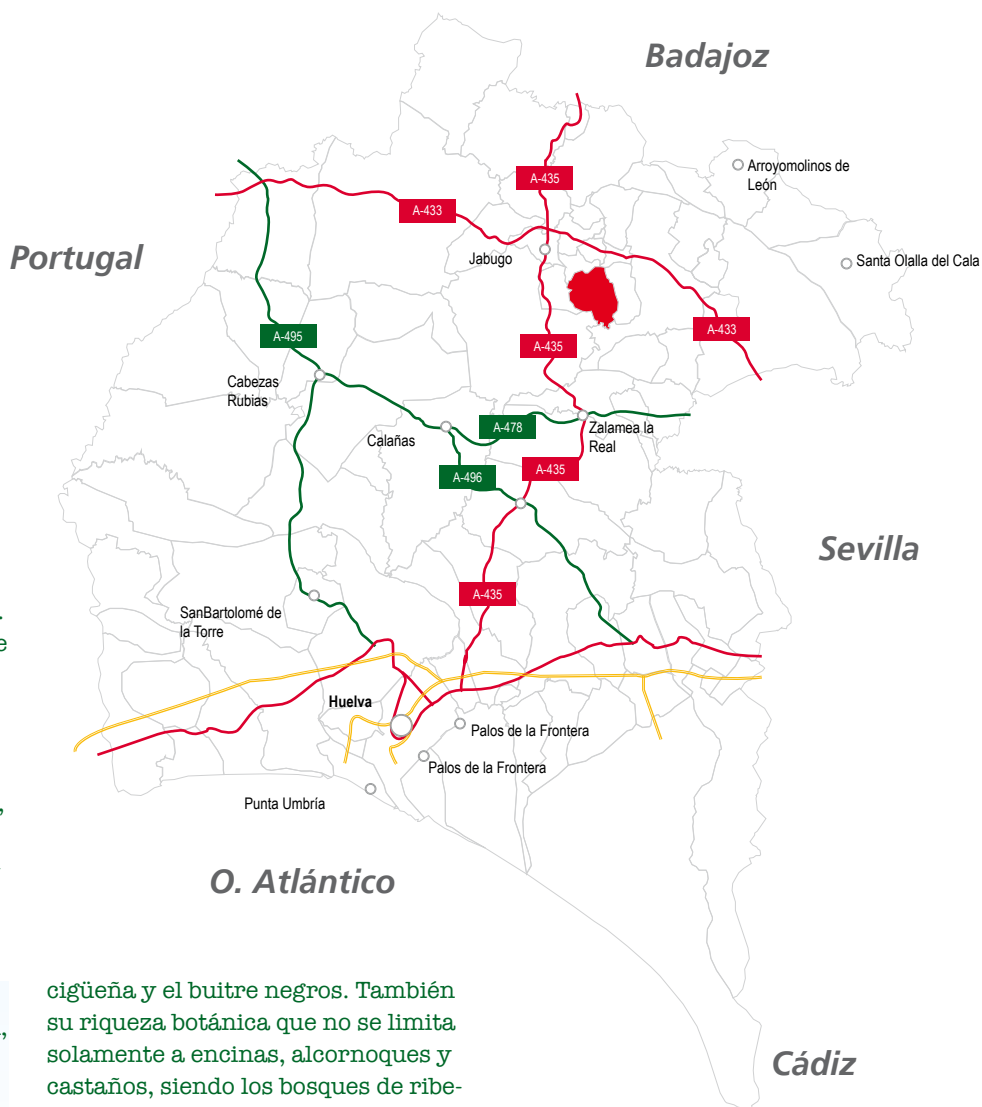
del Salvador, de estilo mudéjar, Monumento Nacional; Almonaster la Real, en cuyo municipio ha dejado la historia restos tan importantes como sus tumbas antropomórficas, la muralla de origen romano y árabe que circunda la colina que domina el pueblo y, ocupando el punto más elevado de ella, la joya de su Mezquita Califal del siglo X, también Monumento Nacional, levantada sobre restos romanos y visigóticos, única en su género en España dado su actual estado de conservación y, finalmente, Aroche, con sus murallas y su castillo almorávide que en el siglo XIV se convirtió en la punta de lanza de la banda gallega, línea de fortalezas y castillos defensivos contra los, entonces, mal avenidos portugueses.

Pero ¡cuidado! estos son solo la muestra de un conjunto de poblaciones y lugares situados en el entorno (dentro del Parque Natural



citados) pensando en no eternizar un amplísimo catálogo en el que, además, están Higuera de la Sierra, Santa Olalla de Cala, Cala, Cortes-concepción, Cortelazor, Galaroza, Cumbres Mayores, Cumbres de En medio, Cumbres de San Bartolomé... ¡Casi nada! Lugares todos que el que no destaca por sus cuevas, sus orígenes, sus castillos y fortalezas, sus iglesias o el conjunto de su caserío, lo hace por lo nombrado de sus jamones y sus chacinas. Por otro lado, no olvidar que Fregenal está a unos 30 km, Jerez de los Caballeros y Zafra en torno a los 50 Km, lo mismo que las minas de Riotinto, y Sevilla y Huelva a cosa de 100 Km.

Obligado recordar la riqueza faunística de todo el Parque Natural, que si es asiento habitual de monterías, cuenta además con ejemplares tan excepcionales como el meloncillo, la nutria, el lince, la gineta, la garduña, el gato montés, y la



cigüeña y el buitre negros. También su riqueza botánica que no se limita solamente a encinas, alcornoques y castaños, siendo los bosques de ribera acompañantes habituales de sus ríos y arroyos; lo mismo las adelfas, y en las zonas de umbría los helechales –a la entrada de Fuenteheridos hay un jardín botánico privado abierto al público–.

A la hora de pensar en el alojamiento, anotar que en los alrededores hay varias casas rurales, campings, posadas, ventas, hoteles y hostales diversos. Yo estuve muy bien en la Villa Turística de Fuenteheridos, en Casa García de Almonaster la Real, en la Casa Rural Los Gallos de Cortegana y, aunque bastante más lejos, en El Rincón del Abade de Encinasola, a la orilla del Múrtiga. Más cercano, en Aracena, recomendaría los hoteles Sierra de Aracena y Los Castaños. Para comer, para mí no hay duda, Casa García y El Camino, ambos en Almonaster, aunque hay restaurantes, mesones, ventas, posadas y demás por toda la

sierra, incluidos Aracena y Jabugo. A la hora del yantar evidentemente hay que citar al “rey” de la sierra, el cerdo ibérico, así como la riqueza micológica de la zona. Son típicos el aliño, la manteca colorá, el ajo gañán, la sopa y el pisto serranos, el potaje de castañas, las tortitas de canela y, por supuesto, la presa del cura, el secreto y la pluma. Para lectura, y en Huelva, desde luego Juan Ramón Jiménez ¿Por qué no “Platero y yo” que se desarrolla en la geografía íntima del no lejano Moguer? Aunque no olvidaría el libro editado por la Diputación Provincial de Huelva: Huelva, tierra de castillos, de Juan Luis Carriazo y José María Cuenca. Y como guía, la editada por el Patronato Provincial de Turismo titulada: “Guía de Bolsillo: Sierra de Aracena y Picos de Aroche”.



Que la comida sea tu alimento y el alimento tu medicina

(Hipócrates. Médico griego.
S. V AC – S. IV AC).

♦ IÑAKI SANTIAGO

Cuentan que mediada ya la decimosexta centuria de nuestra era y tras un obligado paso por el duro y frío suelo de la prisión durante cuatro largos años, Fray Luis de León retomó sus salmantinas clases como cátedro universitario con el ya famoso “Decíamos ayer...”.

No quisiera yo, ¡líbreme el cielo!, imitar la leyenda del místico medieval, pero han sus mercedes permitidme la licencia de disponer de sus ilustres palabras para proceder al encadenamiento del tema tratado en pretéritas entregas dedicado a la espinosa y abrupta materia de las pseudociencias y las pseudoterapias.

Por tanto, decíamos ayer que la lista era interminable, como interminables son y han sido siempre los diferentes métodos empleados por el ser humano en su búsqueda de la panacea que dé fin a sufrimientos miles, padeceres varios y pesadumbres innumerables a los que se ha visto y se ve sometida la humanidad desde la famosa manzanita de Eva (para los de la LOMCE les remitiré al capítulo 3 del Génesis, en el Antiguo Testamento. Sí, sí, ese libro gordote con hojas muy finas que tiene tu abuela en la estantería al fondo del pasillo de su casa).

Si repasamos la historia de las terapias más o menos eficaces, nos podemos encontrar con verdaderas joyas que han provocado auténticos ríos de tinta en un intento, vano en la mayoría de los casos, de explicar sus bondades, cuando no su veraci-

dad. Y en estas me viene a la mente el mítico “bálsamo de Fierabrás”, auténtica cura de todos los males que puedan acechar a cualquier caballero andante y, cómo no, al hidalgo don Quijote, ferviente defensor del sudicho brebaje, probado no en sus carnes, sino en las del pobre Sancho, personificando de forma contundente lo que hoy en día denominamos como efectos secundarios o adversos. Puedo afirmar con total seguridad que no hubiera pasado la criba de la Agencia Europea del Medicamento y, menos aún, la de la FDA y no porque esta sea más estricta, sino porque hablamos de un remedio europeo y para estos menesteres los yankees siempre han demostrado ser muy suyos.

Curiosamente la historia está llena de diferentes bálsamos y pocimas, a cuál más extraordinaria y peculiar, por designarlas de una forma elegante. Viajemos en el tiempo y retrotraigámonos desde el Quijote hasta la Biblia. Ahí nos encontramos con otro famoso mejunje, el “bálsamo de Galaad”, al parecer según los insig-nes de la época, auténtica cura para todos los males, tanto del mortal cuerpo, como de la sempiterna ánima. Y, si por mor de la casualidad no llegaba la tan ansiada respuesta al brebaje en forma de curación, antes de tirarlo lo reciclaban usándolo como aceite de embalsamamiento. Ante todo ahorrar. No en vano, hablamos de tierra de judíos (con perdón). Desconozco si los catalanes tienen en su acervo algo parecido en cuanto a

surtido provecho se refiere. Todo sería investigar.

Y hablando de costumbres del denominado Oriente Medio, he visto por ahí algo llamado “bálsamo samaritano”, hecho con aceite y vino a partes iguales, utilizado antaño para curar heridas. Hombre, está claro que el vino siempre se ha empleado para curar heridas... sobre todo las del alma. Y siempre será buen samaritano quien dé vino al prójimo... ¿o no?

Bálsamos, friegas, cataplasmas, emplastos, untos,... Siempre buscando soluciones. Pediluvios, lavativas y purgas, como la de Benito, que, como todas estas porquerías, cura todo de forma milagrosa. En función de las dolencias de la época, se inventaban unas u otras soluciones más o menos mágicas. Y si históricamente ha existido algo que haya provocado honda preocupación del hombre (y cuando digo hombre me refiero a machos alfa y similares) han sido, son y serán las enfermedades relacionadas con los bajos. Este tema de masculino desasosiego ha sido capaz de pergeñar infinitos y prodigiosos métodos, algunos de lo más peregrinos, a fin de dar solución a los males que atañen al eternamente convulso universo de la coyunda. De ahí que nos encontremos con fórmulas tan curiosas como el “agua de Rabel”, al parecer otro- ra método infalible en el manejo y tratamiento de “las gonorreas que provocan un ardor muy violento” (sic) o las “píldoras de Barbarroja”,



auténtico remedio mercurial para la temida sífilis. Por cierto, que píldora se define como algo pequeño, ni muy duro, ni muy blando. O sea, lo que hoy día conocemos como una humilde gominola.

Hasta nuestras brujas locales, nuestras sorgiñak, nos han dejado un mundo de leyenda en forma de ake-larres primorosamente aderezados con diferentes sustancias, casi todas ellas alucinógenas, como el estramónio o la mandrágora que, al parecer, aplicadas en salva sean las partes les provocaba unos orgasmos tales que, según consta en los rancios legajos de la siniestra Santa Inquisición, no tenían otra explicación sino que el estar provocados por la práctica de satánicas cópulas con el Maligno. Hoy aquel Santo Oficio nos pasaría

por la piedra por la celebración de cualquier fiesta del más minúsculo pueblecillo. En fin.

Esta incesante búsqueda de la pócima milagrosa que nos cure de todo mal, que se ha desarrollado entre el oscilante mundo de la realidad y de la leyenda, ha dado lugar a innumerables historias, ya no en la literatura famosa, como en las andanzas de don Alonso Quijano, o en la Biblia, sino en relatos más actuales, como en las hilarantes historias de Astérix y Obélix y la pócima mágica del druida Panoramix, cuya fórmula guardó con profunda profesionalidad cual secreto de confesión.

Si ya nos introducimos en el mundo de la ficción cinematográfica, encontramos búsquedas del Santo Grial de la medicina en numerosas pelícu-

las. Unas mejores, otras peores y la mayoría malas de solemnidad. Ahí tenemos a "El increíble Hulk", con su desmedida musculatura cubierta por una repugnante piel verdosa, al cual no le debe dar el sueldo para camisas. Por cierto, que curiosamente el calzoncillo le aguanta siempre (tengo que enterarme dónde los compra) Y a "El doctor Chiflado", histriónicamente interpretado por Jerry Lewis, parodiando el curioso y extraño caso del "Dr. Jekyll y Mr. Hide" de Stevenson, interpretado a su vez en el celuloide por el fabuloso Spencer Tracy, eso sí, en su versión circunspecta. Y qué decir del más reciente éxito en el personaje de Harry Potter y sus innumerables pociones y brebajes, aclamado fervorosamente por una enloquecida chavalería.

ANECDOTARIO

En fin, que si hoy día nos dicen “prueba esto y ya verás”, somos tan necios que seguimos cayendo en la ingenuidad de probarlo. Vomitaríamos entre convulsos espasmos ante cualquier bálsamo de Fierabrás, o nos frotaríamos con fruición los bajos con cualquier agua de Rabel ante la más mínima sospecha de poder padecer una insufrible purgación.

Vamos, que no espabilamos aun-que las altas esferas ministeriales nos avisen. Y es que los humanos siempre hemos sido, somos y seremos muy de probar cosas nuevas.

QUÉ IMPORTANTE ES LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Aquel varón rondaba la cuarentena. De buen ver, con aspecto pulcro, de formas educadas y con pintas de “tener estudios superiores” y por tanto suponiéndosele dos dedos de frente, acudió a urgencias por un problema aparentemente banal pero que a él le reconcomía la vida: llevaba varios días estreñido.

- Y eso que yo soy de visita diaria al baño –explicó con angustia.
- ¿Ya comes bien de fruta y verdura? ¿Bebes agua? –indagó tranquila la médico.
- Sí, sí. Llevo una vida sanísima. Comida sana, hago deporte, no bebo alcohol –se excusó lacónicamente el preocupado paciente.
- Y es más –prosiguió –tras tres enemas no noto ninguna mejoría.
- ¿Y cuándo te has puesto el último?
- ¡¿Cómo puesto?! ¡Por favor, doctora, me los he tomado! Por cierto, ¡saben fatal! –acentuó poniendo una cara de auténtica repugnancia.

La médico, con los ojos como platos y sin dudarle, indicó un nuevo enema, pero esta vez por la vía

adecuada, con un resultado excelentemente efectivo.

Ya, de vuelta a la consulta y con expresión sonriente, como quien ha conseguido resolver el mayor de los enigmas, el aliviado paciente (y nunca mejor dicho lo de aliviado) se des- hizo en gracias y parabienes hacia la resolutiva médico, quien, antes de proceder al alta, no pudo por más que preguntarle:

- Y usted, si no le importa, ¿me puede decir a qué se dedica laboralmente?

Suponiendo que la pregunta podría estar relacionada con su dolencia intestinal, respondió de forma afectada y no sin cierta pomposidad:

- ¡Ingeniero industrial! ¿Tiene algo que ver?
- No, simplemente por pura curiosidad.

El paciente se fue y la médico se quedó con la malsana idea de preguntarle dónde trabajaba... por si alguna vez, si por cualquier extraño motivo precisaba de un ingeniero, evitar al susodicho “listillo” por todos los medios, no fuera a ajustarle las tuercas con un escobillón de váter.

LOS PRODUCTOS DE LIMPIEZA

Aquel varón de 50 años estaba cumpliendo una pena carcelaria, cuyo motivo y tiempo de expiación no viene al caso, aunque diré que había sido acusado de latrocinio y la condena no bajaba de los 10 años. Además de sus penurias legales, el recluso padecía una hipertensión correctamente controlada desde hacía ya tiempo con el correspondiente tratamiento.

El caso es que solicitó ser atendido en urgencias porque, según referían los policías que le custodiaban,

los últimos días no paraba de quejarse de que la tensión se le había disparado.

El médico le midió la tensión y, efectivamente, corroboró que las cifras estaban algo elevadas, pero nada preocupantes y así se lo explicó al individuo en cuestión.

- Mire, es verdad que tiene la tensión un pelín alta, pero no se preocupe porque con una simple modificación del tratamiento podemos arreglarlo.
- Perdone doctor –dijo educadamente– pero el problema es que llevo una semana trabajando en la limpieza del comedor de la cárcel y me he fijado que en los productos de limpieza que utilizo pone que tienen ¡“sustancias tensioactivas” y que hay que tener cuidado en no inhalarlas! Y eso es lo que me está alterando la tensión, las sustancias esas “tensioactivas”, ¡que me la activan!

El médico se acarició lentamente la barbilla intentando ganar algo de tiempo a fin de encontrar una explicación convincente de que la relación causa-efecto no parecía tener mucha lógica.

A tenor de los exabruptos que soltaba el reo de marras cuando era conducido de nuevo a su confinamiento, queda claro que nuestro médico no consiguió dar con una solución dialéctica concluyente que dejara el espíritu del convicto sereno y templado. No. Definitivamente.

¡Angelicos!



Restaurante
EL COLEGIO

CONTIGO ME
ATREVO A TODO...



Reservas: 948 226 364
www.restauranteelcolegio.es
f [restauranteelcolegio](https://www.facebook.com/restauranteelcolegio)



COLEGIO DE
MÉDICOS DE NAVARRA



Seguro de Automóvil



Juan necesitó ayuda de *confianza*
para montar la silla

Y uno de nuestros profesionales lo hizo, gracias al nuevo “Servicio Manitas Auto”.

Así de fácil...

A.M.A. PAMPLONA Avda. Pío XII, 30 Tel. 948 27 50 50 pamplona@amaseguros.com

A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico) Avda. Baja Navarra, 47; 1ª

Tel. 948 21 02 28 cpamplona@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

913 43 47 00 / 902 30 30 10

Síguenos en



y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

