


## “Vencer/Irabazi” en homenaje a sanitarios y víctimas de la covid-19.



► Proyecto ACERCAR para la atención sociosanitaria en el entorno rural de Navarra.

► Carta abierta del consejero de Salud, Fernando Domínguez.

► ¿Qué dice el nuevo código de Deontología Médica sobre inteligencia artificial?

DESCARGA  
LA **APP** PARA  
COLEGIADOS  
DEL COLEGIO  
OFICIAL DE  
MÉDICOS DE  
NAVARRA



## ¿QUÉ TE OFRECE LA APP?

- ✓ TU CARNET DIGITAL SIEMPRE CONTIGO
- ✓ VENTAJAS QUE TE AYUDARÁN EN TU DÍA A DÍA
- ✓ TRÁMITES Y GESTIONES AL INSTANTE
- ✓ NOTICIAS, SERVICIOS Y ACTIVIDADES

CON LA TECNOLOGÍA



# SUMARIO

**Consejo de Redacción:**  
Rafael Teijeira, Tomás Rubio,  
Carlos Beaumont y Julio Duart.

**Comisión Científica:**  
Laura Barriuso, M<sup>a</sup> Victoria  
Güeto, Oscar Lecea, Rebeca  
Hidalgo, Marcos Lama, Carlos  
Panizo, Tomás Rubio y Enrique  
Sáinz de Murieta.

**Coordinación General:**  
Trini Díaz

**Redacción y fotografía:**  
Trini Díaz.

**Publicidad:**  
Tel.: 948 22 60 93

**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)

## En este número destacamos...

**6** **Escultura y calle para los sanitarios de Navarra.**

**14** **Reportaje:**  
Fase piloto del proyecto **ACERCAR**  
en Cascante y Erro.

**34** Carta abierta del consejero de Salud,  
**Fernando Domínguez**, a los médicos  
de Navarra.

**36** **Informe:**  
Claves para mejorar la atención  
primaria española. *Por Juan Simó.*

**46** **Píldoras de Deontología Médica:**  
Relación médico-paciente,  
eutanasia, telemedicina e  
inteligencia artificial.

**50** **Certamen de Casos Éticos-  
Deontológicos para estudiantes.**  
Publicación de los casos ganadores.

**66** **Testimonio Beca MIR 2022.**  
*Por Guillermo García Porrero.*

**70** **Testimonio Beca Senior 2022.**  
*Por Iñigo Calvo.*

## ... y además.

### 5. **Editorial.**

Orgullo por nuestros futuros médicos,  
ahora en formación pregrado.

**10. Acuerdo** con Proyecto Hombre Navarra y  
ASISA.

**20. Becas** MIR y Senior.

**24. Vocalía** Médicos Jóvenes.

**26. Vocalía** Médicos Tutores.

**27. Vocalía** Médicos Séniors.

**28. Coro** colegial.

**30. Libro** del IX Certamen de Casos Clínicos.

**32. Fórmate** en tu colegio.

**44. Sociedades científicas:** SEGM Y SEMES.

**62. Clen College**, academia de idiomas.

**64. Estadística:** La mayoría silenciosa.

Por Begoña Bermejo.

**74. Profesión:** Anestesiistas.

**76. Restaurante El Colegio** con Álex Múgica.

**78. Asesoría jurídica:**

Complemento de paternidad.

**80. Pacientes:** Fibrosis quística.

**84. Viajes:** Comillas.

Por Salvador Martín Cruz.

**86. Anecdótico.** Por Iñaki Santiago.

Síguenos para estar  
informado de la  
actualidad colegial y  
profesional.







# Fórmate en tu Colegio



**AHORA TUS  
EVENTOS  
TAMBIÉN  
VIRTUALES**

**ORGANIZAMOS TU CONGRESO ONLINE,  
PRESENCIAL O SEMIPRESENCIAL**





# Orgullo por nuestros futuros médicos, ahora en formación pregrado

**Rafael Teijeira Álvarez,**  
presidente del COMNA.

Este primer editorial tras la incorporación de un nuevo Gobierno y con cambios en la composición de la Consejería de Salud, quizá se podría esperar que fuera dirigida a plantear los retos que necesita la profesión médica para la mejora del sistema sanitario. Hasta ahora no se han detallado medidas concretas por lo que entendemos que tiempo habrá para ello.

Sí queremos hacer referencia a un acto de los consideramos “entrañables” para nosotros.

El pasado 17 de octubre tuvimos la oportunidad de compartir con los alumnos de sexto de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, el Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos. En su sexta edición acudieron unos 150 alumnos. La actividad busca dos objetivos: profundizar en el estudio de la práctica médica a la luz de lo recogido en el Código de Deontología Médica (CDM), que como sabéis ha sido recientemente modificado, y acercar el Colegio profesional a los alumnos, futuros médicos y, por tanto, futuros colegiados.

En el acto se les informa brevemente sobre la estructura y razón de ser de un colegio profesional, de y para los médicos. Pero lo más importante es comprobar cómo nuestros futuros compañeros reflexionan sobre problemas de nuestra actividad cotidiana y sus consecuencias éticas. La temática de los casos ha sido muy variada, pero muy ajustada a los debates actuales, a lo cotidiano en una consulta: información y consentimiento, secreto profesional, error o mala praxis, cuestiones al final de la vida, relación entre profesionales, etc. Hubo también casos que se centraron en temas emergentes por su novedad o su prevalencia, como la inteligencia artificial o el médico enfermo.

Solo tres casos de los 47 presentados –dos seleccionados por el tribunal y un tercero por sorteo– se exponen en el acto de entrega de premios. La presentación consiste en una intervención oral, de ocho minutos, con posibilidad de preguntas de los asistentes. Aunque solo son tres los que exponen ese día, antes hay un trabajo previo e intenso de la Comisión Deontológica del COMNA, que realiza la tarea laboriosa de seleccionar a los finalistas, entrevistándose con sus autores y oyendo sus exposiciones. Esto requiere un importante esfuerzo, también para los alumnos que lo “defienden” ante profesionales con amplia experiencia en el campo de la deontología. Tras la exposición, compartimos con ellos unos minutos más relajados donde podemos oír sus demandas, sus esperanzas e inquietudes, favoreciendo el contacto de las nuevas generaciones con las que ya llevan tiempo ejerciendo la profesión.

Resulta ilusionante y esperanzador ver como nuestros compañeros más jóvenes tienen esa formación que dará calidad y humanidad a su atención a los pacientes, respetando nuestra razón de ser, la relación médico-paciente. Como dice el nuevo CDM en su preámbulo, “la excelencia de la formación académica y dedicación profesional del médico deben ir a la par de su sensibilidad hacia los pacientes, entregándoles beneficios objetivos y tangibles en la atención a su salud, que ellos ponen en nuestras manos”.

La Facultad de Medicina de la UPNA conoce, a través de su vicedecano, esta iniciativa y el año que viene queremos incorporar a sus alumnos de sexto curso a esta actividad. Esperamos que, además de aumentar el número de participantes, la incorporación de alumnos de la UPNA sirva para que en la casa de todos puedan compartir nuestros futuros médicos un espacio común de conocimiento, de reflexión ético-deontológica y de intercambio de pareceres, que nos enriquecen a todos.



**Los Colegios Sanitarios de Navarra rinden homenaje a sus colegiados y a las víctimas de la pandemia con la escultura “Vencer/ Irabazi”, de Faustino Aizkorbe.**

**Se inaugura, además, la calle dedicada a los Colegios Sanitarios.**

► **Por Trini Díaz**





# COLEGIO DE MÉDICOS

Representantes de los nueve Colegios Profesionales Sanitarios de Navarra y la alcaldesa de Pamplona, Cristina Ibarrola, inauguraron el pasado 28 de septiembre la escultura "Vencer/Irabazi", del escultor navarro Faustino Aizkorbe, que recuerda a las víctimas del coronavirus y evoca la generosidad del personal sanitario en la pandemia.

En el mismo acto, la alcaldesa de Pamplona descubrió la placa con la denominación de calle Colegios Sanitarios, con el que la ciudad quiso reconocer la labor de esos colectivos en enero de 2021 y que da nombre al vial ubicado en la trasera del edificio que alberga los colegios profesionales de Médicos, Odontólogos y Estomatólogos y Veterinarios.

La escultura es un encargo de los colegios de Médicos, Dietistas y Nutricionistas, Enfermeras, Farmacéuticos, Fisioterapeutas, Odontólogos y Estomatólogos, Podólogos, Psicólogos y Veterinarios al escultor navarro Faustino Aizkorbe. Los colegios sanitarios, que representan a más de 14.000 profesionales en Navarra, han financiado conjuntamente la escultura y el Ayuntamiento de Pamplona ha colaborado en la obra civil e iluminación.

Faustino Aizkorbe ha moldeado "Vencer/Irabazi" inspirado en la lucha de los sanitarios y ciudadanos contra la pandemia, "en la que han sabido luchar y han vencido. La escultura representa el torso de un guerrero que se eleva hacia el cielo con los brazos abiertos para extenderse generosamente a los demás. Elevándose, simboliza el éxito del trabajo realizado por los profesionales sanitarios", explica su autor.



*Momento en el que la alcaldesa de Pamplona, Cristina Ibarrola, y los representantes de los colegios sanitarios descubren la escultura y la placa.*





# COLEGIO DE MÉDICOS

## EN EL PARQUE DE LA MEDIA LUNA

La escultura mide 140 x 320 cm y está hecha de acero corten, un material que Faustino Aizkorbe ha moldeado en muchas de sus obras y que se caracteriza por su resistencia en espacios exteriores. En la escultura "Vencer/Irabazi" la textura del acero corten permite evocar que, "pese a las dificultades y el óxido acumulado a lo largo del tiempo, el personal sanitario no decae y siempre está abierto a darse generosamente a la sociedad cuando se le necesita".

La escultura, colocada sobre una peana, ocupa un "rincón entrañable" en el parque de la Media Luna de Pamplona, frente a la nueva calle de los Colegios Sanitarios. "Después de estudiar diferentes ubicaciones –explica su autor– se optó por este espacio. Marcar el lugar y ver cómo se picaba el pavimento de Víctor Eusa para que emergiera la columna que evoca a los sanitarios ha sido



*El escultor, Faustino Aizkorbe, intervino para explicar su obra "Vencer/Irabazi".*

muy emocionante. El parque es un lugar mágico, lleno de humanidad y espiritualidad. En una arquitectura romántica, de finales de siglo, no ha sido fácil encajar una escultura de acero corten que armonice con el espacio".

*En su discurso Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra, recalcó que esta escultura rememora "la generosidad, el compromiso social y la solidaridad de las profesiones sanitarias con la ciudadanía".*





*La alcaldesa y el escultor posan junto a representantes de los Colegios Sanitarios.*



## UNA HISTORIA COMPARTIDA

En representación de los colegios profesionales sanitarios, Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra, explicó que los contactos para impulsar el proyecto de la escultura comenzaron en mayo de 2020 y culminaron en noviembre de 2021 con la firma de un convenio entre los Colegios Sanitarios y el escultor.

El Dr. Teijeira hizo un llamamiento para no olvidar las lecciones aprendidas en pandemia y resaltó que esta

escultura “aspira a ser contemplada como recuerdo imborrable de un momento memorable de las personas que trabajaron para hacer frente al coronavirus, pero no solo de ellos, también de toda la población navarra que contribuyó solidariamente a minimizar los efectos derivados de la pandemia de covid-19”.

Terminó su intervención recalcando que “quienes estamos aquí, en representación de nuestros colegiados

y colegiadas, sentimos el orgullo de pertenecer a un colectivo que es referente de la grandeza humana y que trabaja todos los días por ganarle la batalla a la enfermedad y lograr mayores cuotas de salud psico-social. Esta escultura rememora la generosidad, el compromiso social y la solidaridad de las profesiones sanitarias con la ciudadanía. Estén seguros de que ahora y siempre nuestro compromiso con los más vulnerables seguirá intacto”.



*Representantes de la corporación municipal en el acto de inauguración.*

### **Colegio de Médicos y Fundación Proyecto Hombre Navarra firman un convenio de colaboración solidario y sociosaludable.**

Con el fin de impulsar conjuntamente acciones de sensibilización, prevención, atención y tratamiento en materia de consumos y adicciones a los médicos de Navarra, la Fundación Proyecto Hombre Navarra y el Colegio de Médicos de Navarra han suscrito un convenio de colaboración solidario y sociosaludable.

Para ambas instituciones es importante subrayar la conveniencia de impulsar acciones dirigidas a los colegiados “que favorezcan la sensibilización acerca de las consecuencias de los consumos en el trabajo y su prevención” y aportar soluciones humanizadas para las personas afectadas por una adicción.



**Acto de firma, el pasado 18 de septiembre: Pepa Palacios, responsable de Proyectos Colaborativos e Incidencia Social de la Fundación Proyecto Hombre Navarra y Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra.**

#### **MÁXIMA CONFIDENCIALIDAD EN LOS TRATAMIENTOS**

El acuerdo contempla que la Fundación Proyecto Hombre Navarra ofrecerá al Colegio de Médicos “asesoramiento, orientación y asistencia en materia de prevención y tratamiento de los problemas asociados al consumo de alcohol y/u otras adicciones (drogas, juego, nuevas tecnologías, etc.)”. En concreto, Fundación Proyecto Hombre Navarra se compromete a facilitar tratamientos a los colegiados que se encuentren dentro del programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) por problemáticas asociadas al consumo de alcohol y/u otras adicciones.

Para ello, el acuerdo suscrito contempla la creación de “un protocolo

específico de diagnóstico inicial y admisión de tratamiento” que asegure la máxima discreción y confidencialidad. En el caso de que se requiera un tratamiento residencial, se ofrecerá la posibilidad de realizarlo en otros centros residenciales de la Red Proyecto Hombre a nivel estatal.

Finalmente, Fundación Proyecto Hombre Navarra pone a disposición del Colegio de Médicos una serie de servicios como charlas de sensibilización sobre consumos en el ámbito laboral o prevención para progenitores de adolescentes, campañas de sensibilización y prevención, y formación dirigida a profesionales para el abordaje de situaciones asociadas al consumo de alcohol u otras adicciones.

#### **PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL MÉDICO ENFERMO (PAIME)**

El acuerdo suscrito facilitará el desarrollo del Programa Integral de Atención al Médico Enfermo (PAIME) en Navarra.

El PAIME es un programa de la Fundación Para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (OMC), cuya finalidad es ayudar al médico afectado de cualquier enfermedad psiquiátrica y/o conducta adictiva que pueda interferir en su actividad profesional.

En Navarra, la gestión y desarrollo del PAIME corresponde al Colegio de Médicos de Navarra, garantizando en todo momento la máxima discreción y ofreciendo la asistencia necesaria a las personas colegiadas por parte de los profesionales más cualificados, de modo que pueda seguir ejerciendo la Medicina en las mejores condiciones posibles para la salud de sus pacientes.

En el año 2022 había un total de 171 médicos en el Programa, lo que supuso un gasto de 181.197,31 Euros.



## Acuerdo de colaboración entre el CGCOM y ASISA.

### PROGRAMA DE PROYECTOS COLABORATIVOS E INCIDENCIA SOCIAL DE FUNDACIÓN PROYECTO HOMBRE NAVARRA

Este convenio de colaboración se enmarca dentro del objetivo de la Fundación Proyecto Hombre Navarra de generar entornos laborales socio-saludables. Mediante este tipo de convenios se ofrece apoyo a las empresas, entidades e instituciones que quieren ocuparse del bienestar de las personas que componen su organización con el fin de promover entornos laborales libres de consumos, distracciones y adicciones así como la promoción de la salud al interno. La prevención de los consumos o las conductas de riesgo en el trabajo son sin duda un gran reto que las entidades, desde la propia Responsabilidad Social Corporativa y Prevención de Riesgos Laborales tienen que afrontar y la Fundación Proyecto Hombre Navarra les apoya desde hace más de una década en la elaboración de planes integrales adaptando las diferentes acciones a las características y necesidades de cada organización.

Las personas son la parte fundamental de las organizaciones y su salud y bienestar integral son la base de todo. Por ello es tan importante la sensibilización y la intervención temprana, ya que los consumos o distracciones en el trabajo afectan a todas las personas.



*Tomás Cobo y Francisco Ivorra en la firma del acuerdo.*

El Dr. Tomás Cobo Castro, presidente del Consejo General de Médicos de España (CGCOM), y el Dr. Francisco Ivorra, presidente de la compañía de seguros ASISA, han firmado un acuerdo de colaboración por el que se ofrecen condiciones especiales del seguro de asistencia sanitaria para los miembros, empleados y familiares del CGCOM, así como de los colegios de médicos de España.

Tras la firma del acuerdo, realizada en la sede del CGCOM, el presidente de ASISA, el Dr. Francisco Ivorra, ha puesto en valor esta colaboración explicando que "este concierto permitirá acceder en condiciones especiales a una asistencia sanitaria de calidad a través de una amplia red de especialistas y centros médicos. Queremos estar al lado de los médicos y ayudarles a cuidar su salud para que ellos puedan seguir cuidando a nuestra sociedad".

Por su parte, el presidente del CGCOM, el Dr. Tomás Cobo, agradeció "la especial consideración que a través de esta póliza ha tenido ASISA con el colectivo médico, sus familias y con todos los empleados de los colegios de médicos".

El CGCOM, tras su estudio, ha considerado interesantes las condiciones presentadas por ASISA en la contratación de un seguro de asistencia sanitaria que puedan solicitar a título individual, los miembros y empleados o personal del CGCOM y los colegios de médicos, para sí y sus familiares directos que incluyen cónyuge, pareja de hecho y/o hijos.

Se ha habilitado un correo electrónico y un teléfono exclusivo para proporcionar información sobre las condiciones para los médicos y personal de los colegios de médicos: [omc@asisa.es](mailto:omc@asisa.es) y 911 965 044.

# El Colegio de Médicos se une al Navarra Health Cluster.

Acogió la octava edición de los Encuentros Bio-Salud Nueva Aquitania–Euskadi–Navarra (8RNAEN).

Desde su creación en abril de 2023, Navarra Health Cluster ha ido sumando 43 entidades y organizaciones de la industria de la salud en la Comunidad Foral, que trabajan conjuntamente para impulsar este ecosistema. Entre las instituciones incorporadas recientemente se encuentra el Colegio de Médicos de Navarra, que se une a esta iniciativa para contribuir a la mejora de la competitividad e innovación de las empresas del sector salud.

En la actualidad, el clúster lo forman:

- 3P Biopharmaceuticals,
- Abanza,
- Agenor,
- Ardena,
- IDEA,
- Auxilab,
- Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA),
- Centro Europeo de Empresas e Innovación de Navarra (CEIN),
- Clínica Universidad de Navarra,
- Colegio Oficial de Médicos de Navarra,
- Creo Medical,
- Darwin Biomedical,
- Disayt Pharma,
- Eversens,
- Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA),
- Navarrabiomed,
- Genbioma Aplicaciones,
- Cinfa,
- Qube,
- Sendo Diabetes,
- Hemotic –fundado por la matemática Irene Ayerra-

- Ikan Biotech,
- iAR,
- InnoUp Farma,
- Ojer Pharma, Leadartis,
- Medibiofarma,
- Nasertic,
- New Pharma Solutions,
- NNBi,
- Palobiofarma,
- Recombina Biotech,
- Farmacias Sanifarma,
- Nafarco,
- Tairel Data,
- TedCas,
- Telum Therapeutics,
- Universidad de Navarra,
- Universidad Pública de Navarra (UPNA),
- Viscofan,
- Vitio,
- Vivet Therapeutics e
- Ysium Medical Innovation.

Uno de los objetivos principales de Navarra Health Cluster es propiciar la diversificación y colaboración entre socios, instituciones y agentes del sector. Además, pretende facilitar la internacionalización, potenciar la atracción y retención de talento especializado y generar vías de colaboración con la Administración Pública para mejorar el entorno competitivo y posicionar la región como referente en el ámbito biosanitario. Al mismo tiempo, busca mejorar la cultura científico-tecnológica en la sociedad navarra, a través de una mayor cohesión entre el tejido empresarial y el institucional en el ámbito de la salud.



### INNOVACIÓN Y FORMACIÓN

En concreto, el acuerdo con el Colegio de Médicos reconoce a dicha entidad como **“voz unificada de las necesidades del sector médico y asistencial”** y contempla específicamente varias líneas de colaboración para la detección de oportunidades de innovación y desarrollo de tecnología de uso médico y para el análisis de formación de profesionales de FP en el sector sanitario.





*Galardonados en el encuentro Bio-Salud con la consejera de Memoria y Convivencia, Acción Exterior y Euskera, Ana Olló.*

## SEDE DE LOS ENCUENTROS BIO-SALUD

Durante los días 16 y 17 de octubre se celebró, en el Colegio de Médicos de Navarra, la 8ª edición de los 'Encuentros de Biosalud Nueva Aquitania–País Vasco–Navarra' en el que representantes del mundo empresarial, investigador y sanitario han trabajado sobre distintos aspectos que tienen que ver con la innovación en este sector industrial en el que la Comunidad Foral quiere ser un referente, según la estrategia S-4.

En el marco de esas jornadas, la vicepresidenta segunda y consejera de Memoria y Convivencia, Acción Exterior y Euskera, Ana Olló, ha entregado los premios que, por primera vez, ha impulsado la Eurorregión para distinguir a pymes por su apuesta por la innovación y la colaboración transfronteriza, y que han recaído en 'Bread Free' y 'Hemotic' en la doble categoría establecida Biofarma y Tecnologías de la Salud.


Los encuentros estaban dirigidos a empresas, emprendedores, inversores, investigadores y, en definitiva, a todos los actores de la innovación de la industria de la salud de Nueva Aquitania, País Vasco y Navarra. Su propósito, en ese sentido, era "impulsar dicho sector, así como promover la colaboración de sus agentes a nivel eurorregional".

## En marcha el proyecto ACERCAR para la atención sociosanitaria en el entorno rural de Navarra.

Liderado por el Colegio de Médicos de Navarra y ADACEN.

Programa piloto en el valle de Erro y Cascante con 89 personas mayores.

► Por Trini Díaz



**U**n total de 89 personas mayores del Valle de Erro y Cascante participan en la fase piloto del proyecto ACERCAR (Atención y Cuidado en Entorno Rural Compartido, Amigable, Revitalizado), que ha puesto en marcha conjuntamente el Colegio de Médicos de Navarra y ADACEN (Asociación de Daño Cerebral de Navarra).



## COLEGIO DE MÉDICOS - INNOVACIÓN



Las dos localidades navarras están desarrollando este modelo innovador de atención sociosanitaria a personas mayores con discapacidad o vulnerabilidad, que permite la atención tanto presencial como on-line a través del empleo de tecnologías que facilitan la telemedicina, la telerehabilitación y la teleasistencia. Se cimenta en una alianza entre los equipos de los Servicios Sociales de Base, Atención Primaria, asociaciones, ayuntamientos, empresas tecnológicas y otras empresas locales.

El programa se está pilotando con equipos multidisciplinares itinerantes y bajo la dirección de los médicos de Atención Primaria de cada zona: Juana Celay, en Erro; y Jesús Ayensa, Luis Mendo e Ignacio Martín, en Cascante.

Para hacerlo posible se les ha dotado de recursos tecnológicos y profesionales especializados en fisioterapia, neurorehabilitación y logopedia. “El equipo sociosanitario de cada zona –formado por profesionales



▲ Cascante y Erro

de la Medicina, Enfermería, Trabajo Social y Servicios Sociales– junto con el personal de las residencias de mayores deciden con qué recursos contar y de qué manera en función de sus necesidades, del impacto que se espera y de la eficiencia de los servicios en cada zona”, explica la Dra. Juana Celay del Centro de Salud de Burguete y vocal de Medicina Rural del Colegio de Médicos de Navarra. Durante el desarrollo del proyecto, decidirán además si quieren añadir o probar otros recursos disponibles y todos los agentes participantes pueden sugerir cambios y mejoras. En definitiva, se

trata de definir y testar servicios que puedan completar la oferta actual. Para los profesionales de Atención Primaria implicados en el proyecto es una oportunidad para “probar todo lo que consideremos puede beneficiar a nuestra población y a nuestro futuro como profesionales en la Atención Primaria rural”, subraya la Dra. Celay.



# COLEGIO DE MÉDICOS - INNOVACIÓN

## Innovación social en el ámbito rural con fondos Next Generation

ACERCAR es uno de los tres proyectos aprobados en la convocatoria de subvenciones a entidades del tercer sector en Navarra para planes de innovación social en el ámbito rural, promovido por el departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra y el Observatorio de la Realidad Social.

El objetivo de esta convocatoria, financiada con los fondos Next Generation EU, es dar impulso a proyectos piloto de innovación social dirigidos a la mejora de la calidad de vida de las personas en el ámbito rural.

Una de las condiciones de la convocatoria es que estos proyectos deben poder extrapolarse al conjunto del sistema de servicios sociales y contribuir a su modernización y a la generación de transformaciones sociales perdurables.

## Experiencia piloto con resultados muy satisfactorios

Las experiencias piloto en Cascante y Erro se iniciaron en junio y, aunque todavía es pronto para sacar conclusiones, las primeras impresiones son muy positivas.

Los resultados esperados son, fundamentalmente, "mejorar el estado de salud física y mental de las personas mayores o con discapacidad, reducir la brecha digital y que estén mejor atendidas para que, de esta forma, logren una mayor autonomía que les permita seguir viviendo en su hogar durante más tiempo y evitar o retrasar su institucionalización. Se trata de un modelo integral de atención sociosanitaria centrado en la persona", explica la Dra. Juana Celay. Además, el proyecto pretende generar empleo en el ámbito rural para luchar contra la despoblación. Sus promotores pretenden que sea replicable en otras zonas y que genere un cambio sistémico en la atención sociosanitaria.



*En la residencia de mayores Amavir Ibañeta de Erro. En la foto, **Isabel Echeverría** (enfermera), **Ana Zalba** (directora de la residencia) y **Juana Celay** (médica).*





*Dr. Luis Mendo, director del Centro de Salud de Cascante.*

*El Dr. Jesús Ayensa, del Centro de Salud de Cascante y vocal de Tudela en la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra, con una de las participantes en su domicilio de Cascante.*



## Monitorización de constantes vitales, fisioterapeuta y estimulación cognitiva

En Erro, un total de 39 personas participan en el proyecto piloto, de las que 28 están monitorizadas para el seguimiento de su salud (la mayoría de la residencia Amavir Ibañeta de Erro), 12 acceden al servicio de fisioterapia y 27 hacen estimulación cognitiva. En Cascante participan 50 mayores, de los que 20 están monitorizados, 31 asisten a las sesiones de fisioterapia y 30 hacen estimulación cognitiva. Aquí la proporción entre mayores que viven en sus domicilios y en residencia está más equilibrada.

En ambas zonas, se han instalado Hubs (espacios tecnológicos) en las residencias de mayores al que pueden conectarse personas desde otros puntos para monitorizar datos de salud y seguir sesiones de fisioterapia y neurorehabilitación. La implicación del personal de enfermería y auxiliares de las residencias está siendo fundamental para el desarrollo del proyecto.

El sistema permite la monitorización online de constantes vitales como tensión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, temperatura corporal, peso y glucemia en los domicilios. Los aparatos los maneja el propio paciente o el cuidador principal y pasan a una plataforma online que consulta el médico en el ordenador o el móvil y que tiene unos niveles de alerta definidos por encima de los cuales salta un aviso a su médico referente. En las residencias, Enfermería es quien toma las constantes y la registra en los dispositivos móviles.

Durante la primera fase de implantación del proyecto, las sesiones de fisioterapia y neurorehabilitación se han realizado de manera presencial tanto en domicilios como en residencias, pero ya se ha iniciado la experiencia online una vez por semana en Erro con buenos resultados. En Cascante, las sesiones de logopedia en la residencia también son online.

Todavía no se ha probado la tele asistencia mediante videoconferencia por parte del médico de Familia, pero la experiencia facilitará el camino para la introducción de nuevas herramientas online. ¿Sustituirá a la visita presencial? Según la Dra. Celay, "la visita presencial es insustituible" pero añade que "llevo nueve años trabajando en esta zona y con los mismos pacientes. Este conocimiento mutuo es un punto de partida muy importante para poder asistir en la distancia. Lo hicimos durante la pandemia y lo hacemos con frecuencia en determinados actos médicos. Por otro lado, cuantos más recursos tecnológicos nos acerquen a los pacientes, con mayor seguridad podremos actuar en la distancia, si fuera necesario".

Para Luis Mendo y Jesús Ayensa, del Centro de Salud de Cascante, "la consulta online con imagen complementará a la consulta presencial y será más útil en zonas con mayor dispersión geográfica y difícil accesibilidad, también para las personas mayores que no pueden acceder físicamente al centro de salud y sus cuidadores. Lo que pueda ocurrir en un futuro cercano con la visita presencial no lo sabemos a día de hoy".

*Pili Fagoaga, trabajadora social del Equipo de Atención Primaria, y la Dra. Juana Celay, del Centro de Salud de Erro y Auritz-Burguete y vocal de Medicina Rural del Colegio de Médicos de Navarra.*



## Ventajas percibidas

Entre los puntos fuertes del proyecto, los profesionales de Erro destacan que les está permitiendo “un control más estrecho de las patologías crónicas que en las personas mayores se descompensan con facilidad, en una zona con alto porcentaje de población envejecida, distante de los servicios de salud y que, en muchas ocasiones, viven solas”. Les ha facilitado, además, espacios comunes socio-sanitarios donde, además de recibir terapia, permite la socialización.

Desde Cascante destacan que el programa ACERCAR ha propiciado “disponer de un equipo de profesionales con alta motivación en pilotar nuevas tecnologías y nuevos modelos de seguimiento de personas en domicilio, y herramientas de monitorización y aplicaciones informáticas que garantizan la seguridad y confidencialidad de los datos”. Añaden que ha permitido, además, mejorar la “accesibilidad a fisioterapia de personas con necesidades no cubiertas en este aspecto”.

En patologías crónicas favorece la modificación de hábitos y tratamientos y ayuda a la detección temprana de problemas, evitando ingresos hospitalarios. En este sentido, los doctores Mendo y Ayensa destacan que “el equipo de Atención Primaria, al tener más información, trabaja con mayor seguridad y puede anticiparse a problemas. Además, mejora el autocuidado de la persona y les refuerza en la confianza de que está siendo seguido por su médico, aunque quien realiza todo el trabajo es el paciente o la cuidadora. En definitiva, el seguimiento es más eficiente, más seguro y da tranquilidad a las personas, familiares y profesionales”.

## La brecha digital ¿cómo superarla?

La brecha digital en el medio rural y en población anciana es un desafío para el proyecto. ¿Cómo está siendo la experiencia de las personas atendidas?, ¿qué dificultades manifiestan? Nos los cuentan sus responsables.

En Erro, la Dra. Juana Celay destaca que “la monitorización de constantes es muy sencilla para los participantes porque utilizan aparataje que ya conocían (tensiómetros, pulsímetro, termómetro digital, etc). Lo hacen estupendamente y enseguida se dan cuenta de los errores, que las empresas tecnológicas solucionan rápidamente. El proyecto ya contempla el apoyo tecnológico a los participantes que lo precisen. Todavía estamos en fase presencial más que virtual e iremos viendo los problemas que van apareciendo”.

En Cascante, el Dr. Ayensa añade que “la tecnología pilotada es muy sencilla y muy intuitiva por lo que las personas mayores han podido realizar la monitorización sin dificultad. La tablet que recibe los datos está en la misma habitación donde se realizan las mediciones y permanece siempre encendida para que no se agote la batería. Los pacientes y sus familias están muy satisfechos del seguimiento de monitorización de salud”.



## Proyección de futuro

Para los responsables del proyecto en Cascante, las mejoras que aporta este tipo de tecnología de monitorización de salud “deben ser una prioridad para los servicios públicos de salud”. Consideran que el modelo puede adaptarse al medio rural y también a los centros de salud urbanos. En residencias es “útil, necesario y de fácil implantación”. Subrayan la importancia de garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos y la necesaria interconexión con los programas informáticos de los servicios públicos. Añaden, además, que el perfil de futuros usuarios es amplio: mayores frágiles, personas que vivan solas, pacientes pluri-patológicos o que precisen un seguimiento cercano.

La Dra. Celay destaca la diversidad del mundo rural en cuanto a orografía, dispersión, accesibilidad a los recursos de salud, etc. por lo que será necesario adaptar el programa a las características de cada zona y considera que “un buen inicio ha sido elegir zonas rurales tan diferentes para el pilotaje, como Erro y Cascante”. Añade que “nuestro futuro pasará por el uso de la tecnología en diferentes ámbitos y en especial en salud. Ahora tenemos la oportunidad de probar, demostrar su beneficio y proponerlo a quien lo pueda implantar. Si funciona aquí, en Erro, también podrá hacerlo en zonas rurales semejantes”.

## VENTAJAS

- Mayor seguimiento de patologías crónicas en personas frágiles.
- Mejoras en la prevención de efectos adversos de tratamientos y en la tranquilidad de las personas y familiares al saber que están en todo momento monitorizadas.
- Sistema seguro, rápido, cómodo y fácil de usar.
- Mejor recuperación funcional con el seguimiento de fisioterapia y logopedia.
- Permite pilotar nuevos modelos de seguimiento de patologías crónicas con ayuda de la tecnología.
- Satisfacción de pacientes y de profesionales.



# Becas **MIR** y **Senior** 2023

El 30 de octubre se cerró el plazo para solicitar las dos becas MIR y la beca Senior de la Fundación Colegio de Médicos de Navarra. Un tribunal designado por el Patronato

de la Fundación del Colegio de Médicos fallará en favor de las candidaturas ganadoras antes del 30 de noviembre de 2023.

Las becas Dr. Ignacio Landecheo 2023 están patrocinadas por Laboratorios CINFA y pueden optar a ellas Médicos Internos Residentes de los centros acreditados con docencia MIR de Navarra. Están dotadas con 3.000 euros cada una con el fin de financiar dos estancias en un centro de reconocido prestigio dentro de la especialidad correspondiente, con el objetivo de complementar la formación recibida en la vía MIR.

Desde su creación, las becas Ignacio Landecheo han permitido la estancia formativa de 29 Médicos Internos Residentes de Navarra en centros de EEUU, Inglaterra, Canadá, Japón, Francia e Italia, entre otros destinos elegidos.

Han ganado la beca en años anteriores:

- Ana Lavilla y Marta Peciña (año 2008),
- Raquel Ciérvide (2009),
- Marcos Kutz Leoz (2010),
- Elena Hernández y Shan Shan Qiu (2011),
- Clara Eito, Marta Gómez e Isabel Simón (2012),
- Victoria Díez y Luz Varona (2013),
- Helena León y Carlos Javier Chaccour (2014),
- Gurutzi Azcona y Álvaro Cabello (2015),
- Adriana Nohemí García y Ester Moreno (2016),
- Alfonso Elosua y Alejandra Lacalle (2017),
- Diego Latasa y Jesús Olivas (2018),
- Cristina Gómez Martínez de Lecea y María Fernanda Ramón (2019),
- Daniel de Frutos y Carlos Bérniz (2020),
- Teresa Dot y Ángela Estenaga (2021) y
- Guillermo García Porrero y Julio César Moreno Alfonso (2022).





Beca Senior dotada con 2.500 euros

La beca Senior 2023 está dirigida a especialistas de Atención Primaria y Especializada de los centros sanitarios de Navarra, tanto públicos como privados. La cuantía de la beca es de 2.500 euros. El objetivo de la misma es financiar una estancia en un centro de reconocido prestigio dentro de la especialidad correspondiente con el fin de complementar la formación, el aprendizaje de nuevas técnicas y procedimientos o el desarrollo de trabajos y de líneas de investigación que supongan un beneficio potencial para la sanidad en Navarra.

La beca Senior ha permitido desde su creación que once facultativos de Navarra hayan realizado estancias formativas en centros de prestigio internacional. En su mayoría han elegido EEUU como destino.

En ediciones anteriores, ganaron la Beca Senior:

- **José Ignacio Herrero** Hospital Universitario de Northwestern de Chicago;
- **Víctor Valentí** Departamento de Cirugía Bariátrica y Metabólica del Cleveland Clinic de Florida;
- **María Sagaseta de Ilurdoz** Unidad de Oncología del Dana Farber/Boston Children's Hospital de Boston;
- **Idoya Zazpe** Centro de Cirugía de Base de Cráneo del Hospital Universitario de Pittsburgh;
- **Ignacio Gil Bazo** Departamento de Patología Molecular Translacional del MD Anderson Cancer Center de Houston;
- **Fernando Rotellar** División de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática del Carolinas Medical Center de Carolina del Norte;
- **Patricia Fanlo** Unidad de Vasculitis y Lupus del Hospital Universitario de Cambridge;
- **Maite Ruiz Goikoetxea** Leigh House Hospital de Winchester (Reino Unido),
- **Pedro Antonio de la Rosa Fernández-Pacheco** Instituto de Ciencias Sociales Cuantitativas de Harvard,
- **David Nagore Setién** Hospital Bichat-Claude-Bernard de París; y, en el año 2022,
- **Íñigo Calvo Archanco** Hospital San Paolo e Carlo de Milán (Italia).

# 40 Becas (MIR y SENIOR)

1. **ADRIANA NOHEMÍ GARCÍA**  
Medical Center de la Universidad de Pittsburgh (EEUU)

2. **ALEJANDRA LACALLE**  
Instituto Nacional de Salud Bethesda (EEUU)

3. **ALFONSO ELOSUA**  
Hospital de St. Marks Londres (Reino Unido)

4. **ÁLVARO CABELLO**  
Royal Children's Hospital Melbourne (Australia)

5. **ANA LAVILLA**  
Departamento de Infectología del Hospital del Niño Panamá (Panamá)

6. **ÁNGELA ESTENAGA**  
Hospital Westmead Sydney (Australia)

7. **CARLOS BÉRNIZ**  
München Klinik Bogenhausen Múnich (Alemania)

8. **CARLOS JAVIER CHACCOUR**  
Centro de Investigación en Salud Manhícaa (Mozambique)

9. **CLARA EITO**  
Dana-Farber/Children's Hospital Boston (EEUU)

10. **CRISTINA GÓMEZ MARTÍNEZ DE LECEA**  
Hospital Universitario Hiroshima (Japón)

11. **DANIEL DE FRUTOS**  
Hospital Lariboisière París (Francia)

12. **DIEGO LATASA**  
John Hunter Hospital Newcastle (Australia)

13. **ELENA HERNÁNDEZ**  
Hospital de la Salpêtrière París (Francia)

14. **ESTER MORENO**  
Hospital Necker-Enfants Malades París (Francia)

15. **GUILLERMO GARCÍA PORRERO**  
Hospital Universitario Queen Elizabeth Birmingham (R. Unido)

16. **GURUTZI AZCONA**  
Roosevelt Hospital Mount Sinai Nueva York (EEUU)

17. **HELENA LEÓN**  
Instituto de Genética Médica de la Universidad de Cardiff (Reino Unido)

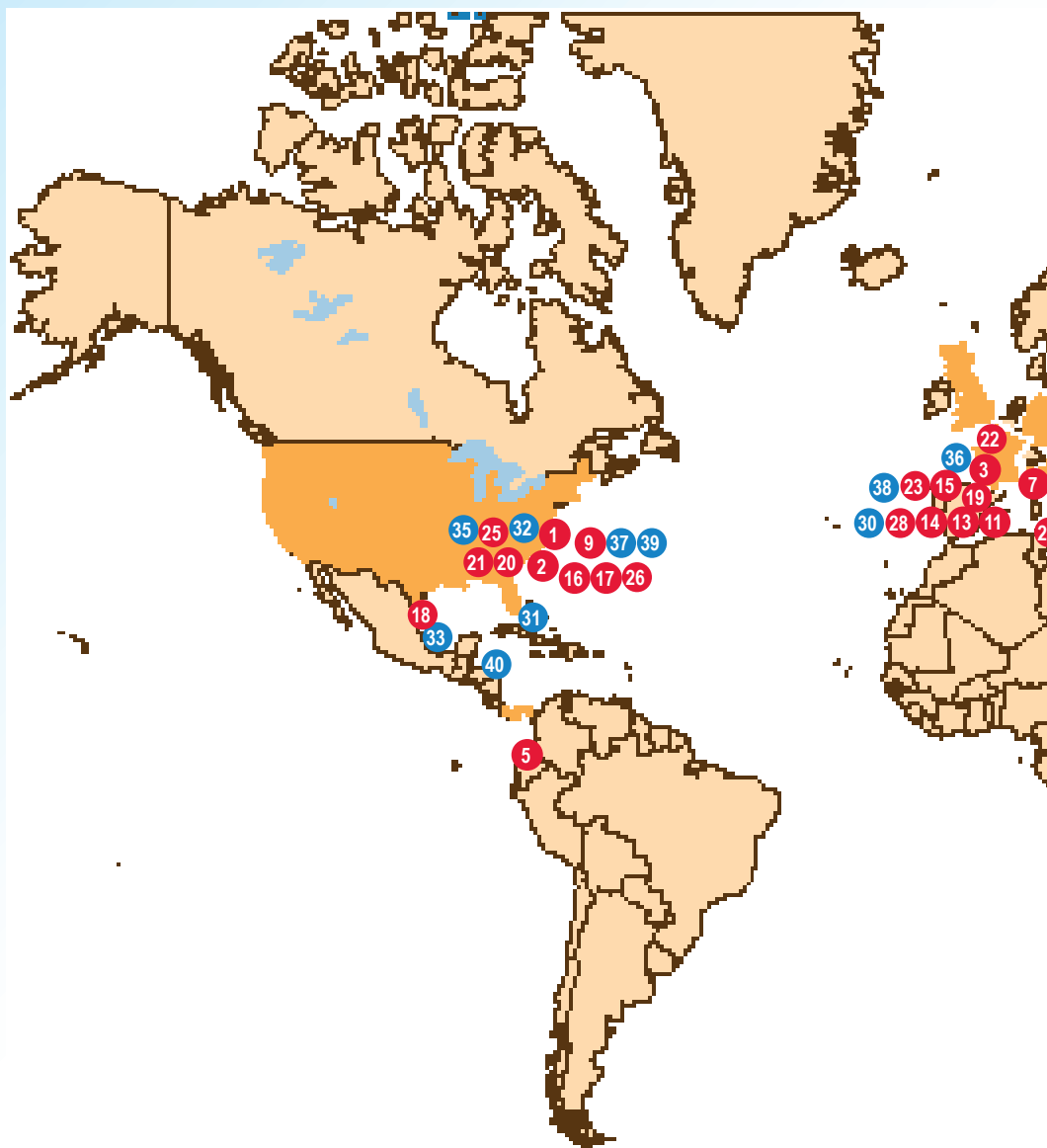
18. **ISABEL SIMÓN**  
UT Southwestern Medical Center de la Universidad de Texas Dallas (EEUU)

19. **JESÚS OLIVAS**  
Hospital CHP Saint Martin Caen (Francia)

20. **JULIO CÉSAR MORENO ALFONSO**  
Hospital Infantil de Cincinnati Ohio (EEUU)

21. **LUZ VARONA**  
Centro Lakeshore Michigan (EEUU)

22. **MARCOS KUTZ LEOZ**  
Unidad de Trasplante Hepático del King's College Hospital. Londres (Reino Unido)







**23. MARÍA FERNANDA RAMÓN**  
Salford Royal NHS  
Manchester (Reino Unido)

**24. MARTA GÓMEZ**  
Centro Oncológico del Hospital  
Universitario  
Keio-Tokio (Japón)

**25. MARTA PECIÑA**  
Molecular and Behavioral  
Neuroscience Institute de la  
Universidad de Michigan  
(EEUU)

**26. RAQUEL CIÉRVIDE**  
New York University Cancer  
Center.  
Nueva York (EEUU)

**27. SHAN SHAN QIU**  
Ghang Gung Memorial Hospital  
Taiwán (Taiwán)

**28. TERESA DOT**  
Hospital Pitié-Salpêtrière.  
París (Francia)

**29. VICTORIA DÍEZ**  
Hospital Giannina Gaslini  
Génova (Italia)

**30. DAVID NAGORE SETIÉN**  
Hospital Bichat-Claude-Bernard  
París (Francia)

**31. FERNANDO ROTELLAR**  
División de Cirugía Hepatobiliar y  
Pancreática del Carolinas Medical  
Center.  
Carolina del Norte (EEUU)

**32. IDOYA ZAZPE**  
Centro de Cirugía de Base de  
Cráneo del Hospital Universitario  
Pittsburgh (EEUU)

**33. IGNACIO GIL BAZO**  
Departamento de Patología  
Molecular Translacional del MD  
Anderson Cáncer Center.  
Houston (EEUU)

**34. ÍÑIGO CALVO ARCHANCO**  
Hospital San Paolo e Carlo  
Milán (Italia)

**35. JOSÉ IGNACIO HERRERO**  
Hospital Universitario de  
Northwestern  
Chicago (EEUU)

**36. MAITE RUIZ GOIKOETXEA**  
Leigh House Hospital.  
Winchester (Reino Unido)

**37. MARÍA SAGASETA DE  
ILURDOZ**  
Unidad de Oncología del Dana  
Farber/Boston Children's  
Hospital. Boston (EEUU)

**38. PATRICIA FANLO**  
Unidad de Vasculitis y Lupus del  
Hospital Universitario.  
Cambridge (Reino Unido)

**39. PEDRO ANTONIO DE LA ROSA  
FERNÁNDEZ-PACHECO**  
Instituto de Ciencias Sociales  
Cuantitativas.  
Harvard (EEUU)

**40. VÍCTOR VALENTÍ**  
Departamento de Cirugía  
Bariátrica y Metabólica del  
Cleveland Clinic.  
Florida (EEUU)



## Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo

**Dra. Hui Chen:**  
“Durante el periodo de residencia, la formación debería tener más protagonismo”.



Se estrenó como nueva vocal de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo el pasado mes de junio, en la bienvenida a los 120 nuevos residentes que este año han comenzado su periodo de formación en los hospitales y centros de salud de Navarra. Y lo hizo apelando a la responsabilidad con el paciente y los derechos de los médicos en formación “porque tenemos nuestros límites y necesidad de descanso”.

La Vocalía que representa la forman, en la actualidad, un total de 638 médicos y médicas, que representan el 16,6% de los colegiados activos en Navarra.

### -¿Cómo llegas a la Vocalía?

-Contactaron conmigo desde la Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Navarra (COMNA) ya que el anterior vocal dejaba el puesto. Estaban interesados en encontrar una vocal con experiencia suficiente en el ámbito laboral, pero que a la vez mantuviera todavía contacto con la formación sanitaria, ya que el objetivo principal es intentar mejorar todos los aspectos posibles de este periodo. Mi llegada coincidió con la primera reunión que se mantenía con los nuevos MIR en el Colegio, por lo que sentí algo más de presión ese primer día. Para mí, lo importante era intentar transmitir a los asistentes que, como nueva vocal, podían contar conmigo como vía de comunicación con el COMNA.

### -Representas un colectivo muy heterogéneo y amplio que abarca desde residentes de primer año hasta adjuntos jóvenes. Vayamos por partes, ¿Qué preocupa a los MIR?

-Desde mi experiencia, son varios los puntos que les preocupan: adecuada formación, horas de descanso, oferta laboral, recursos sanitarios, etc. Pero, siendo realistas, uno de los principales objetivos de la vocalía es descubrir realmente cuáles son las preocupaciones actuales más importantes y, en la medida de lo posible, intentar intervenir para mejorarlas.

### -Este año han aumentado las plazas vacantes de Medicina de Familia y Comunitaria en Navarra. ¿A qué crees que es debido?

-Bajo mi punto de vista, es algo que tiene varias causas. Sería muy simplista intentar reducir lo que ha ocurrido este año y lleva ocurriendo en toda España durante varios años a una sola causa. Probablemente, la concepción de la Medicina de Familia y Comunitaria que tiene tanto la población general como algunos médicos, así como la falta de recursos, influya mucho en lo que ocurre a nivel nacional, pero tenemos que continuar profundizando detenidamente en cada una de las posibles causas para conocer qué es lo que está ocurriendo y saber qué podemos hacer.

### -En el itinerario docente de los MIRs ¿qué falta?, ¿qué mejoras son necesarias?

-Personalmente, mi formación ha sido muy satisfactoria. Aun así, creo que durante el periodo de residencia, la formación debería tener más protagonismo, reduciendo la carga laboral de los médicos residentes.





*En la recepción a los MIR en el Colegio de Médicos de Navarra el pasado mes de junio.*

**-En cuanto a los adjuntos más jóvenes, ¿qué destacarías de su situación laboral?**

-Desde mi experiencia, la duración de los contratos es una de las características que creo que deberían mejorar ya que, al ser éstos de corta duración, no generan seguridad laboral.

**-El estrés y la carga de trabajo ¿qué consecuencias está teniendo en la salud del colectivo?**

-Lo ocurrido durante y tras la pandemia por SARS-CoV-2, sobre todo el miedo de la población y la posibilidad de acceder cada vez más a información “no filtrada” a través de internet, generan mucha presión sobre el colectivo médico que, además, está cansado. La excesiva carga laboral influye negativamente en los resultados de nuestro trabajo y también en nuestra salud, por lo que debería ser algo que se analizara mucho más.

**CONSEJOS Y AYUDA**

-La Dra. Hui Chen se puso a disposición de los médicos más jóvenes en la recepción a los nuevos MIR. “La residencia –dijo– es una montaña rusa y habrá momentos de dudas e impotencia porque no somos superhéroes. Nos vamos a equivocar y, en ocasiones, el resultado no va a ser el esperado. Hay que asumirlo y apoyarnos entre nosotros”. La vocal de Médicos Jóvenes subraya la importancia de olvidarse del orgullo y tomar conciencia de que la Medicina es un trabajo en equipo.

Anima a contactar con la Vocalía en el e-correo [vmir@medena.es](mailto:vmir@medena.es)

**“La excesiva carga laboral influye negativamente en los resultados de nuestro trabajo y también en nuestra salud”**

**ESPECIALISTA EN GERIATRÍA**

Se graduó en Medicina por la Universidad de Navarra en el año 2018 y ha completado su formación como residente de Geriatría en el Hospital Universitario de Navarra (HUN). Durante este periodo, ha sido vocal de residentes en la Comisión de Docencia del HUN y vocal junior de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

En junio tomó posesión de su cargo como vocal de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo en el Colegio de Médicos de Navarra, en sustitución de Joaquín de Carlos.

En la actualidad, la Dra. Hui Chen trabaja como Facultativa Especialista de Geriatría en el HUN, el mismo hospital en el que desarrolló su formación.



## Médicos Tutores

La **Dra. Piva Sánchez Antón**, en la Comisión Nacional de la Especialidad de Hematología y Hemoterapia.



**Dra. Piva Sánchez Antón.**

### ASESORÍA A MINISTERIOS

La vocal de Médicos Tutores del Colegio de Médicos de Navarra y especialista en Hematología del Hospital Universitario de Navarra (HUN), Dra. Maria Piva Sánchez Antón, formará parte de la Comisión Nacional de la Especialidad de Hematología y Hemoterapia, en representación del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).

La Dra. Sánchez Antón ha sido elegida para el cargo, a propuesta del Colegio de Médicos de Navarra, en la Asamblea General extraordinaria del CGCOM celebrada el pasado 9 de septiembre, en Madrid. Su trayectoria profesional, docente y académica avalan su nombramiento.

Es hematóloga en el Hospital Universitario de Navarra (HUN) y tutora de residentes. En los últimos años ha destacado por su dedicación especial en el área de oncohematología y trasplante de progenitores hematopoyéticos. Es, además, profesora asociada en las facultades de Medicina de la Universidad de Navarra y en la Universidad Pública de Navarra. Desde diciembre de 2022, ocupa la vocalía de Médicos Tutores del Colegio de Médico de Navarra.

La Dra. Sánchez Antón formará parte de una de las comisiones nacionales que asesoran a los Ministerios de Sanidad y Educación. Sus funciones son, entre otras, elaborar el programa formativo de su especialidad, establecer los criterios de evaluación de los especialistas en formación, proponer la creación de áreas de capacitación específica, acreditar a las unidades docentes, participar en los informes sobre programas y criterios relativos a la formación continuada de los profesionales o valorar las convalidaciones de profesionales formados en otros países y por otras vías distintas al sistema MIR.

La hematóloga navarra trabajará para “mejorar y actualizar los contenidos docentes de la especialidad y potenciar sus competencias y transversalidad”. Cree, además, necesario establecer criterios de evaluación más precisos de los especialistas en formación

Con la Dra. Sánchez Antón son ya tres los médicos navarros que participan en comisiones nacionales en representación del CGCOM: La Dra. Ruth Vera, en la Comisión Nacional de la Especialidad de Oncología y el Dr. Julio Duart, en la Comisión Nacional de la Especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología.



## Médicos Séniors

La **Vocalía de Médicos Jubilados** cambia su denominación por **Vocalía Séniors**.

**Incorpora a quienes mantienen, tras su jubilación, actividades reenumeradas.**

La Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra decidió, el pasado 4 de septiembre, aprobar la propuesta del Dr. Lluís Forga para cambiar la denominación de la Vocalía de Médicos Jubilados por Vocalía de Médicos Séniors. Este cambio implica la incorporación a la Vocalía de quienes se jubilan en la Medicina pública, pero mantienen consulta privada o siguen con actividades de docencia e investigación.

El Dr. Lluís Forga explica que el cambio de denominación de la Vocalía se ha realizado ya en otros colegios de médicos de España. En la última reunión de la Vocalía Nacional, los representantes de todos los colegios de médicos presentes votaron mayoritariamente a favor de este cambio.

*Dr. Lluís Forga, vocal de Médicos Séniors.*



### ¿QUIÉNES FORMAN PARTE DE LA VOCALÍA DE MÉDICOS SÉNIORS?

La Vocalía ha ido aumentando progresivamente su número de integrantes. Según datos de diciembre de 2022, la formaban 909 médicos (597 hombres y 312 mujeres), que representan el 19,4% de la colegiación. Ahora con la incorporación de nuevos miembros, su peso se incrementa.

La Vocalía Sénior integrará tanto a los médicos y médicas que se jubilan de su actividad principal como a quienes mantienen alguna actividad remunerada (por ejemplo, consulta privada), aunque estos últimos seguirán abonando la cuota de colegiación. El resto están exentos de la misma. Al llegar a los 70 años, y como hasta ahora, todos los colegiados pasarán a ser honoríficos y dejarán de pagar la colegiación.

El Colegio de Médicos de Navarra organiza anualmente un homenaje a los profesionales que durante el último año han cesado en su actividad principal. También son homenajeados, los médicos que cumplen 70 años por su nueva condición de colegiados honoríficos. Esta reunión anual, que organiza la Vocalía, cambiará también de denominación y se llamará, a partir de ahora, Reunión de Médicos Séniors.

### APORTACIÓN VOLUNTARIA A LA FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL

La aportación correspondiente a la Fundación para la Protección Social de la OMC, antiguo Patronato de Huérfanos, es voluntaria para todos los colegiados, también para quienes integran esta Vocalía. La cuota es de 23,77 euros/trimestre, que además desgrava en Hacienda.

El Colegio de Médicos de Navarra anima a los médicos séniors a seguir siendo socios protectores de esta Fundación solidaria, que ayuda a médicos y familiares que necesitan protección social por diferentes circunstancias (viudedad, orfandad, discapacidad, jubilación, tratamientos especiales, etc.).

### ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Para mantener actualizados los datos relativos a los miembros de esta Vocalía, el Colegio de Médicos solicita la colaboración de sus integrantes. Anima a los médicos séniors a comunicar al Colegio cualquier cambio de situación profesional para que se puedan realizar los trámites oportunos y a que contacten con la Vocalía ante cualquier problema o para hacer sugerencias y aportaciones.

## ¿Te gustaría formar parte del coro del Colegio de Médicos de Navarra?



El Coro del Colegio de Médicos de Navarra ha comenzado su décimoquinto curso y mantiene los ensayos en la sede colegial, los martes, a las 20 horas.

La primera actuación de este trimestre fue el pasado 28 de septiembre con motivo de la inauguración de la escultura Vencer/Irabazi de Faustino Aizkorbe y la calle dedicada a los Colegios Sanitarios. Interpretó dos obras: Agur Jaunak (armonización de Pascual Aldabe) y Esta Tierra (de Busto y Francisco Pino).

En los próximos meses tiene previstas las siguientes actuaciones:

- Misa en recuerdo de los médicos/as fallecidos en el 2023. Reunión Anual de Médicos Séniors del Colegio de Médicos de Navarra. 11 de diciembre.
- Concierto en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Programa Solidario Hosvitalidad. 20 de diciembre.
- Entrega del XIII Premio Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas e inauguración del Belén del Complejo Hospitalario de Navarra.

El coro prepara, además, el XII Encuentro Nacional de Coros de Colegios de Médicos, para el que Navarra se ha ofrecido como anfitrión. Está previsto que se celebre del 7 al 9 de junio de 2024.

*El coro del Colegio de Médicos de Navarra actuó en la inauguración de la escultura "Vencer/Irabazi".*

### SÓLO MÉDICOS

El Coro del Colegio de Médicos de Navarra, formado exclusivamente por médicos, nació hace ahora 15 años. En la actualidad, 32 médicos y médicas, componen un coro que está consolidado y que se distingue por el excelente ambiente que conforman, de auténtica amistad, "que es de lo que se trataba al fundar el coro: disfrutar con el canto y ampliar los vínculos de amistad entre colegas, todo ello sin renunciar a mejorar nuestras prestaciones musicales, tanto en calidad como en repertorio", explica su directora la Dra. Miriam Mendive.

Por ello, animan a quienes les guste cantar a incorporarse a esta iniciativa.



TÚ ME RECOMIENDAS  
HACER UNA ANALÍTICA AL  
AÑO, YO TE RECOMIENDO  
REVISAR TU TARIFA



## ¿NOS TOMAMOS UN CAFÉ VIRTUAL?

Lecsom Group es una consultora tecnológica líder en el mercado que se especializa en ayudarte a ahorrar en tu tarifa de móvil e internet. Con un profundo conocimiento de la industria y las últimas tendencias tecnológicas, Lecsom Group está comprometido en brindarte soluciones personalizadas y eficientes para reducir tus gastos en servicios de comunicación.

Nuestro equipo de expertos altamente capacitados realiza un exhaustivo análisis de tus necesidades y patrones de consumo para identificar las mejores opciones disponibles en el mercado. Trabajamos en estrecha colaboración contigo para entender tus requerimientos específicos y diseñar un plan a medida que se ajuste a tus necesidades y presupuesto.



ASESORAMIENTO  
PERSONALIZADO



MEJORA DE  
CONDICIONES  
GARANTIZADO



REUNIÓN  
VIDEOCONFERENCIA

¿COMENZAMOS?

## Editado el libro con los mejores casos clínicos del IX Certamen para MIRes.

El libro on-line, que consta de 224 páginas, publica los 20 mejores casos clínicos presentados al IX Certamen para Médicos Internos Residentes (MIRes), que anualmente organiza el Colegio de Médicos de Navarra.

Entre los casos publicados se encuentran los que recibieron el primer, segundo y tercer premio del Certamen y cuyos autores principales son:

- **Cristina Irigoyen Bañegil**, residente de segundo año de Oftalmología de la Clínica Universidad de Navarra (CUN), primer premio por el caso "Neuromielitis óptica en paciente pediátrico: La importancia de un manejo precoz";
- **Miriam Vicente Ruiz**, residente de cuarto año de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora en la Clínica Universidad de Navarra (CUN), segundo premio, por el caso "Doctor, o me opera o me suicido: Retos reconstructivos en una paciente paliativa"; y
- **Julio César Moreno Alfonso**, residente de cuarto año de Cirugía Pediátrica en el Hospital Universitario de Navarra (HUN), por el caso "Mutación PIK3CA en biopsia de tejido afecto de paciente con malformación capilar difusa y sobrecrecimiento: Un nuevo paradigma de investigación diagnóstica en las anomalías vasculares".



Portada del libro.

Incluye, además, el premio al mejor póster presentado, cuyo autor es **José Luis Ramírez Cervera**, residente de tercer año de Cirugía General y del Aparato Digestivo en el Hospital Universitario de Navarra (HUN), por el caso titulado "Cirugía hepática extrema: Cuándo la lesión es inicialmente irreseccable. La importancia de los equipos multidisciplinares".

El resto de los autores de los casos finalistas publicados, que defendieron su trabajo oralmente ante el Jurado designado por el Colegio de Médicos, son: **Andoni Presa Orué**, **Jorge Illarramendi Esteban** y **Diana López Equiza**.

También se publican los 13 casos seleccionados para su presentación en formato póster y cuyos autores son:

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





*Premiados, finalistas y jurado del IX Certamen de casos clínicos para Médicos Internos Residentes del Colegio de Médicos de Navarra.*

#### 45 casos presentados

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

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

#### “Nunca dejéis de aprender”

En el prólogo, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Dr. Rafael Teijeira, destaca el nivel científico de los casos presentados “Este Colegio se siente orgulloso de la capacidad científica y humana que muestran nuestros médicos internos residentes. Nunca dejéis de aprender y crecer como profesionales. Este Colegio de Médicos estará a vuestro lado para lograrlo”. El Dr. Teijeira agradece, además, el esfuerzo realizado por coordinadores y Jurado.

El Certamen cumple con el objetivo de ayudar a la formación de los médicos residentes y colaborar con su currículum vitae. Como en todas las ediciones anteriores, los miembros del Jurado valoraron el interés didáctico y formativo de los casos presentados, su calidad científico-técnica y aportaciones novedosas.

IR AL LIBRO

## 19 casos optan al X CERTAMEN

Un total de 19 casos se han presentado al X Certamen de Casos Clínicos para Médicos Residentes colegiados en Navarra. El plazo se cerró el pasado 15 de octubre.

Antes del 10 de Enero de 2024, el jurado designado por la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra dará a conocer los casos seleccionados para su presentación oral y en formato póster.

Los premios estarán dotados con la siguiente cuantía económica:

- Primer premio: ..... 1.000 €
- Segundo premio: ..... 750 €
- Tercer premio: ..... 500 €
- Premio al mejor poster: . 300 €



### PUESTA AL DÍA EN URGENCIAS: Actualización en manejo inicial del paciente grave

Módulo 2: Psiquiatría y Digestivo (20 horas lectivas).

Del 24 de noviembre al 22 de diciembre de 2023.

#### INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

El programa "PUESTA AL DÍA EN URGENCIAS", organizado en colaboración con SEMES Navarra, se propone para facilitar la actualización de conocimientos y mejorar la capacitación del profesional en el manejo de procesos clínicos graves en el sistema de atención a Urgencias y Emergencias, desde los niveles asistenciales primarios hasta la asistencia hospitalaria.

La atención sanitaria de Urgencias y Emergencias está expresamente contemplada en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, que establece en su Artículo 15 que "la atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería". Y es la coordinación y continuidad entre los recursos asistenciales implicados lo que puede permitir una atención más eficiente y eficaz en esta asistencia.

En la atención de urgencias es esencial la identificación precoz de las situaciones potencialmente graves y cuya evolución puede llevar al paciente a situación crítica o de riesgo vital y la adopción rápida de medidas de tratamiento y derivación al medio hospitalario y a recursos especializados del hospital. Estas situaciones son el objeto de esta acción formativa.

El programa se presenta con tres módulos, con diferentes áreas de contenidos por módulo. En cada área de contenidos se seleccionan problemas clínicos relevantes para actualizar los conocimientos sobre epidemiología, fisiopatología, presentación clínica, criterios diagnósticos,



criterios de derivación al hospital y medidas terapéuticas (desde la atención inicial hasta el manejo hospitalario del proceso), conforme a los protocolos y guías clínicas vigentes.

Con esta actividad se pretende mejorar los conocimientos y capacitación del médico para el abordaje y manejo clínico del problema propuesto en urgencias extrahospitalarias y hospitalarias.

El segundo módulo del programa incluye:

- Psiquiatría: Paciente agitado y recursos de contención.
- Digestivo: Hemorragia digestiva alta y baja, colangitis, pancreatitis...

El Módulo 1, realizado del 15 de Septiembre al 5 de Octubre de 2023 con la participación de 44 alumnos, proponía la revisión de los temas Shock y Urgencias de Neumología.

Es una actividad MIXTA con trabajo en aula virtual (revisión de materiales y casos clínicos) y sesión presencial en la sede del Colegio (asistencia presencial o participación en directo en la plataforma de formación).

El equipo docente está integrado por especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, adjuntos del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Navarra y Servicio de Urgencias Extrahospitalarias y miembros de SEMES Navarra.  
**Coordinadora y Docente:** Amaia Ibarra Bolt.

**Docentes:** Jorge Abadia Durán, Hugo Martinez Faya, Edwin R. Toloza Villalobos, Leyre Uruña Zamora, Arantxa Bezunartea Pascual y Andrea Baztan Ubani.



## EN PREPARACIÓN

### CURSO DE URGENCIAS EN PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA (35 horas lectivas).

**Del 5 de Diciembre de 2023 al 30 de enero de 2024.**

Los Servicios de Urgencias en Centros de Salud en el medio rural se atienden por médicos de Familia muy frecuentemente incluye a la población en edad pediátrica.

Esta actividad, demandada por médicos de Familia al Área de Desarrollo Profesional y organizada en colaboración con ANPE (Asociación Navarra de Pediatría), tiene como objetivo general mejorar la capacitación de los médicos de Familia para la valoración clínica, diagnóstica y orientación terapéutica en la atención de urgencias a población pediátrica, con especial atención a los criterios de derivación a los servicios de Urgencias Pediátricas especializadas/hospitalarias.

La metodología es MIXTA, con actividad en aula virtual y sesiones presenciales.

- Aula Virtual: estudio de contenidos (textos, presentaciones pwp, ponencias grabadas) y tareas (respuesta a casos clínicos problema).
- Dos sesiones presenciales: resolución de dudas sobre los contenidos de estudio y revisión y discusión de casos clínicos.



## INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

Los contenidos se organizan en cuatro unidades didácticas:

### UNIDAD 1.

Paciente Crítico: Sepsis, politrauma, coma/HTIC, bronquiolitis grave, anafilaxia, RCP, laringitis grave, asma grave, convulsión activa.

### UNIDAD 2:

Patología Infecciosa 1: Laringitis aguda, bronquiolitis, crisis asmática, fiebre sin foco, neumonía.

### UNIDAD 3:

Patología Infecciosa 2: Patología digestiva, vómitos y diarrea, deshidratación, patología ORL: faringoamigdalitis y otitis, infección del tracto urinario, infecciones de partes blandas.

### UNIDAD 4:

Exantemas. Virales: parvovirus, sarampión, rubeola, infección por enterovirus, epstein-bar, exantema súbito, eritema multiforme; exantemas de origen bacteriano; exantemas paravirales; exantemas purpúricos; otros exantemas (sarna); tiempos de exclusión de colegio-guardería.

El equipo docente, organizado por ANPE, está coordinado por Noelia Alvarez Zallo e integrado por Especialistas en Pediatría que trabajan en Atención Primaria y Servicios de Urgencias de Pediatría.

**Docentes:** Nuria Cleriguè Arrieta, Nerea Gonzalez Arza, Noelia Ruíz Castellano, Marta Martínez Merino y Paula Prim Jaurrieta.

¿Qué actividad de formación médica continuada te gustaría que se organizara en el Colegio en el Plan 2024?

COMUNICANOS TU PROPUESTA O  
SUGERENCIA DE ACTIVIDAD

# Carta abierta del **Consejero de Salud, Fernando Domínguez**, a los médicos y médicas de Navarra.

“Es momento de un cambio, sobre todo en Atención Primaria”



## Estimados colegas:

Es un placer poder aprovechar este espacio en Panacea tras tomar posesión como Consejero de Salud del Gobierno de Navarra para compartir con vosotros y vosotras un análisis sobre la situación de punto de partida del sistema sanitario de esta legislatura y cuál es nuestra aspiración final, en la que el paciente, y también los profesionales, son nuestra mayor preocupación y destino de nuestras decisiones.

Hace unos días nos visitaba en Pamplona el Ministro de Sanidad, José Miñones, y tras la intervención en la Reunión de Alto Nivel sobre la Resistencia Antimicrobiana que se celebró en la sede del Colegio de Médicos, tuvimos ocasión de reunirnos en su sala de juntas con él y con nuestro presidente Rafael Teijeira para comentar cómo encontramos nuestra profesión. Y, nos guste o no, todos coincidimos en que las cosas están cambiando; en algunos casos de forma muy rápida y en otros más lentamente, pero el cambio será la dinámica de los próximos años en multitud de aspectos.

Las nuevas generaciones están muy preparadas, muy formadas y conectadas, cuentan con equipos de alta gama que complementan la labor asistencial desde las prácticas universitarias, cuentan con más opciones de intercambio con otros países y expertos donde explorar nuevas formas en el hacer, tienen un catálogo de especialidades más amplio y concreto y, sin embargo, no se sienten atraídos por el sistema actual ni demandan las mismas cuestiones que demandábamos muchos de nosotros cuando estudiábamos y comenzamos nuestra carrera profesional, primero de residentes y después de adjuntos.



Los y las jóvenes profesionales demandan algo intangible pero a la vez complicado de dar con las normas de funcionamiento actuales: tiempo. Tiempo para su familia, tiempo para investigar, para viajar, para formarse, tiempo para vivir fuera de su labor como médicos. Y la organización del mundo sanitario de hoy en día, tal y como está configurado desde hace décadas, no es excesivamente compatible con lo que esta generación desea.

Por este motivo demandado por las generaciones de profesionales del presente y del futuro, por responsabilidad presupuestaria con el dinero público y por la escasez de profesionales en listas de empleo de algunas especialidades concretas, entre otras razones, defiendo que es momento de un cambio, sobre todo en Atención Primaria donde la situación es más acuciante porque se sigue con reglas de juego de los años 80 del siglo pasado. Sabemos que la sociedad no es la misma, tampoco lo es la forma de relacionarse con el sistema sanitario y, como he mencionado anteriormente, los y las profesionales ni son ni quieren lo mismo que hace unos años.

La cultura del cambio es compleja de asimilar, es algo que, de primeras, da vértigo afrontar cuando se parte de una situación de comodidad. Pero, sobre todo, conlleva compromiso. Compromiso por parte de la administración y los gestores, aspecto en el que como máximo representante ya he dejado claro que se va a contar, en todo momento, con el consenso como pilar fundamental; compromiso por parte de la ciudadanía para adaptarse a una nueva forma de funcionar, recuperar la confianza en el sistema sanitario y sus profesionales, que en el peor momento han demostrado su valía, y en la idea de que ellos son, como pacientes y usuarios, el centro de nuestras decisiones. Y compromiso también por parte de los y las profesionales de todos los estamentos, con una mirada optimista y no catastrofista ante lo que puede deparar el futuro.

Los cambios no son necesariamente negativos, como muchos se empeñan en manifestar repetidamente. Son, simplemente, cambios. Y éste en particular, en un ámbito clave en la vida de todos como es la Salud, es complejo; en esta cuestión estamos todos de acuerdo pero estamos convencidos de que es necesario, de que es el momento oportuno, tras la pandemia con un sistema desgastado de forma desmesurada, y de que es algo que no podremos llevar a cabo sin contar con el colectivo médico.

Todos, objetivamente y al margen de situaciones personales, de cuestiones sindicales y de tradiciones, sabemos que nuestro sistema sanitario es excepcional, como lo son nuestros profesionales. Ahora mismo el sistema está atravesando un punto de inflexión del que podemos salir de dos formas: catapultados hacia un escenario mejor para posicionarnos como referencia nacional y, por qué no, internacional; o dañados, manteniendo la perspectiva negativa que ha inundado al ámbito sanitario en los últimos tres años y del que, sinceramente, creo que debemos salir con urgencia a todos los niveles: administración, profesionales, ciudadanía y medios de comunicación.

Como eslabón esencial del sistema sanitario, los médicos somos en gran parte responsables de que esto salga bien. Tenemos la oportunidad de ser los impulsores y protagonistas de un cambio que siente las bases del futuro, de un sistema sostenible, eficiente y de calidad. Tenemos delante una hoja en blanco en la que se pueden exponer ideas y modelos de cómo queremos que se configure la sanidad de las próximas décadas. Tenemos la capacidad y el conocimiento técnico y personal de saber qué necesidades tienen nuestros pacientes para satisfacerlas de la forma más efectiva y empática posible.

Como Consejero de Salud no tengo duda de que, considerando todo lo anterior, debemos intentarlo. De la misma forma que sé que sin vuestra colaboración y compromiso no tenemos nada que hacer. Cuento con vosotros. Es el momento, porque nuestra profesión lo merece y, sobre todo, nuestros pacientes también.

# Claves para mejorar la atención primaria española.



**Por Juan Simó,**  
médico de familia.  
Centro de salud  
Rochapea  
(Pamplona).

“Nuestra atención primaria sufre un descremado sociológico creciente”





**L**a situación actual de deterioro, agotamiento y debilitamiento de la atención primaria española tiene una causa latente, poco manifiesta, de la que deriva una patente infrafinanciación relativa. Muchos piensan que la primera causa, origen directo de esta situación, es la progresiva menor inversión recibida por la atención primaria desde su reforma en 1984 comparada con el hospital. Esa mayor inversión en el hospital muchos la atribuyen a su mayor dotación tecnológica. Sin embargo, los datos muestran que la inversión en personal ha sido mucho mayor en el hospital que en primaria. Por ejemplo, entre 2004 y 2020, el número de médicos y enfermeras aumentó el doble en el hospital que en los centros de salud. Como remate, durante lo peor de la crisis de 2008 se recortó mucho más el presupuesto de primaria que el hospitalario, incluido el de personal [1]. La pandemia ha llevado a la primaria a una situación agónica, prácticamente irreversible de no acometerse pronto cambios organizativos de calado con una inversión extraordinaria en este nivel.

Necesitamos una atención primaria que sea utilizada, apreciada y apoyada por la gran mayoría de la población, sin distinción por clase social, nivel educativo o de renta. Sin embargo, nuestra atención primaria sufre un descremado sociológico [2] creciente consistente en que determinados grupos y colectivos socioeconómicos más pudientes, instruidos e influyentes que la media y con derecho de acceso a la atención primaria, disponen, además, de modelos alternativos de atención de provisión privada, mayoritariamente de uso ambulatorio, sin atención primaria y directamente financiados [o incentivados fiscalmente] con dinero público.

Este descremado sociológico es la causa latente de la situación de nuestra atención primaria de la que deriva su relativa infrafinanciación. Esto tiene que ver con los orígenes totalitarios de nuestra sanidad pública que diseñaron y mantuvieron una auténtica dualización de la misma que todavía persiste actualmente [3].

### Deterioro institucional y de la atención primaria

Con este origen y dualización pretendió romper la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 sin conseguirlo plenamente. La norma mandaba integrar en lo que se iba a llamar Sistema Nacional de Salud (SNS) la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos cubiertos hasta entonces por los diversos subsistemas de financiación pública existentes, incluida la asistencia a la enfermedad profesional y accidente laboral. Pero la norma se cumplió sólo parcialmente y muchos de estos subsistemas, originados en el franquismo o preconstitucionales, persistieron hasta fechas recientes y algunos, como el mutualismo administrativo de Muface, Isfas y Mugeju, persisten todavía hoy. No es casual que de todos estos subsistemas financiados públicamente hayan persistido aquellos de provisión privada y sin atención primaria [4].

Accedieron a estos subsistemas, y todavía acceden, sectores sociales relativamente privilegiados, con mayor nivel educativo, de renta, y con mayor peso e influencia política y mediática. Sectores que no se han sentido nunca concernidos por los problemas de la atención primaria sencillamente porque la misma nunca figuró en el esquema asistencial de dichos subsistemas.

La situación terminal de la atención primaria española no es fruto directo de la falta de inversión sino del abandono por inacción continuada de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas que han hecho bien poco en las últimas dos décadas para empoderar y hacer más atractiva nuestra atención primaria para ciudadanos y profesionales siendo, como es, socialmente muy conveniente [5]. Pero no sólo ha habido inacción, pasividad o desdén institucional. Cuando estas instituciones, en vez del bien común de lo socialmente conveniente, procuran el suyo propio o el de determinados grupos influyentes, su deterioro se agranda y su frontera con la corrupción se difumina. La crítica situación actual de la atención primaria es producto de ese deterioro institucional.

“Su situación terminal no es fruto directo de la falta de inversión sino del abandono por inacción continuada de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas”

## Descremado sociológico y sus tres fuentes

Esta situación ha privado a la atención primaria del potente estímulo a la mejora del servicio que ejercen los ciudadanos más exigentes, influyentes e informados. Piénsese, por ejemplo, en la tipología del colectivo mutualista: jueces, secretarios judiciales, profesores de todos los niveles educativos, investigadores, altos cargos de la administración central, mandos de cuerpos y fuerzas de la seguridad del Estado, oficiales de las fuerzas armadas, inspectores de trabajo y de hacienda, diplomáticos, etc. La persistencia de estos subsistemas es una de las tres fuentes del descremado sociológico de nuestra atención primaria. Las otras dos son la incentivación fiscal del seguro médico privado y la financiación pública de seguros médicos privados a miembros de instituciones, empresas u organismos públicos.

Durante décadas se ha mantenido el incentivo fiscal a la compra de seguros médicos privados con un coste fiscal que ya supera los mil millones de euros anuales [6]. El resultado es que un 25% de la población española contaba con un seguro médico privado en 2022 [7], más frecuentemente adquirido por clases medias y altas que, por ello, son las más beneficiadas por el incentivo. Y según declaran [8], los compran para esquivar esperas y sortear al médico de familia al que perciben como un obstáculo al acceso a los especialistas (Figura). Además, desde hace décadas gastamos millones de euros del erario público para, literalmente, regalar seguros médicos privados a miembros o empleados (y familiares) de instituciones, empresas u organismos públicos (Banco de España, Televisión Española, Ayuntamientos, Cabildos, Diputaciones, Parlamentos Autonómicos, etc.) pese a estar cubiertos todos ellos por el SNS y su atención primaria [9].

## Una vía de escape privada para los más influyentes

Como vemos, los sectores sociales más influyentes sobre la opinión y el poder públicos tienen una vía de escape de provisión privada, directamente pagada o subvencionada fiscalmente, como alternativa a los centros de salud. Este *descremado*, consentido y potenciado por las instituciones, regado siempre con dinero público, es la causa principal del progresivo deterioro y debilitamiento de la atención primaria española por puro desinterés.

Por muy grandilocuentes palabras que pronuncien los políticos sobre la atención primaria, la jibarización relativa de su presupuesto no es más que el reflejo de dicho desinterés. Así, la atención primaria ha ido perdiendo poco a poco el apoyo social y político, lo que se ha traducido en una inveterada menor financiación, en comparación con el hospital, empeorada desde la crisis de 2008, lo que ha llevado a la atención primaria al borde del precipicio con la pandemia. Las consecuencias: una atención primaria cada vez más debilitada y un creciente hospitalocentrismo en el SNS. Y una atención primaria tan débil no puede contrarrestar correctamente la ley de cuidados inversos ni los efectos de una medicina de excesos (sobrediagnóstico, sobretratamiento, cascadas iatrogénicas, etc.) cada vez más prevalente en el sistema por la creciente fragmentación asistencial y la mayor derivación directa entre servicios especializados. Se resienten así la equidad y la calidad del SNS que ya padece un claro trastorno por déficit de atención (primaria) con hiperactividad (hospitalaria).



## Igual que hace décadas y, por tanto, peor

La atención primaria española sigue con la mayoría de los graves problemas detectados hace ya muchos años. Desprestigiada socialmente, subalterna del hospital, poco atractiva entre los candidatos a MIR, consultas médicas masificadas con escaso tiempo por paciente, burocracia mantenida e irracional distribución de tareas son, entre otros, los problemas que persisten desde hace muchos años. Ninguno de ellos solucionado por el gerencialismo en su regulación "desde arriba" hasta el mínimo detalle organizacional y de gestión de recursos.

Los centros de salud se han convertido en un lugar inhóspito, casi hostil, donde ejercer la medicina por, entre otras, una sobrecarga laboral creciente sin posibilidad alguna de desarrollo profesional. Empieza uno con 28 o 29 años de edad tras el periodo MIR y se jubila con 65 haciendo exactamente lo mismo que el primer día: un ejercicio de la medicina a destajo, a toda prisa, indigno para profesionales y pacientes. Una atención primaria con un desarrollo profesional clínico ausente por el fracaso más absoluto del sistema de carrera profesional y con una docencia MIR cada vez más imposible por falta de tiempo para desarrollarla como es debido.

Una atención primaria con médicos de familia tratados por muchos de sus colegas hospitalarios y gerentes como médicos de segunda división. Cargados con todo aquel

papeleo –útil o inútil– que nadie quiere hacer y con toda aquella actividad que otros rechazan con el clásico "eso a mí no me toca". Una atención primaria sin apenas espacio para la investigación porque la atención a la pura demanda lo inunda todo y por la nula potenciación de la misma por parte de los políticos sanitarios y sus gerentes. Por no hablar del nulo papel reservado a la Medicina de Familia en la Universidad española: ningún departamento de Medicina de Familia o de Atención Primaria como existen en casi todos los países europeos [10]. Pese a ello, los estudiantes valoran mucho la rotación por el centro de salud, más incluso que la rotación hospitalaria [11], pero al elegir especialidad prefieren el hospital [12].

Lo mismo ocurre con los médicos de familia recién especializados. Profesionales bien formados y codiciados por los sistemas sanitarios europeos que les ofrecen mayor estabilidad laboral, desarrollo profesional y, por supuesto, también mejores salarios. España no puede competir en salarios con aquellos países de mayor renta a donde emigran nuestros médicos, pero sí puede y debe ofrecer mayor estabilidad laboral y mejores condiciones para el desarrollo profesional clínico, docente y de investigación. De esto último, nada de nada. La atención primaria en España se ha convertido en un erial, un páramo yermo en el que sólo crece la desmoralización de sus médicos.

“Una atención primaria tan débil no puede contrarrestar correctamente la ley de cuidados inversos ni los efectos de una medicina de excesos”

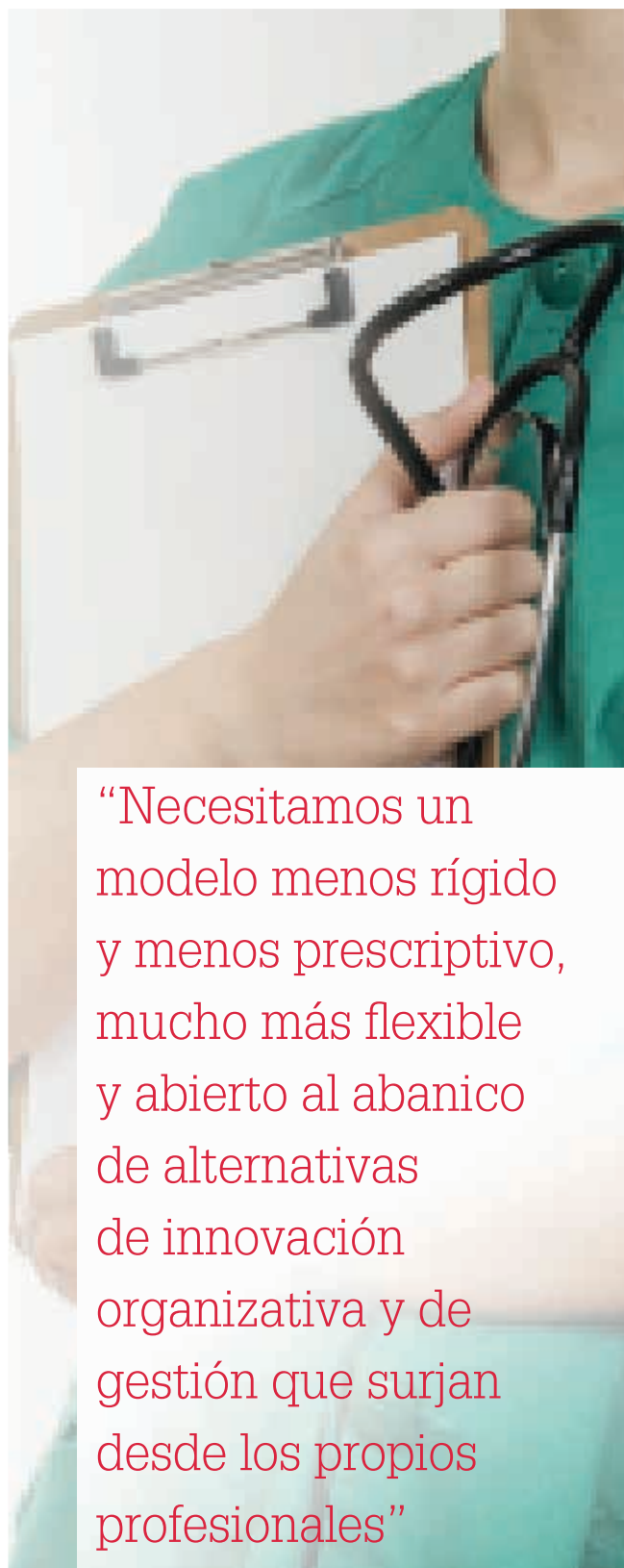
# INFORME

El camino hacia la mejora: gestión “desde abajo” y acabar con el descremado sociológico

Una mejor atención primaria sólo será posible si se consensuan unos cimientos que la posibiliten, libres de prejuicios y lugares comunes tan tozudamente falsos como reiteradamente invocados. Se trata de poner las bases, incluidos los cambios normativos necesarios, que permitan que la atención primaria “pueda” más que “deba” hacer.

Si hay algo evidente es el agotamiento del actual modelo mediante la innovación organizativa “desde arriba”. Necesitamos un modelo menos rígido y menos prescriptivo, mucho más flexible y abierto al abanico de alternativas de innovación organizativa y de gestión que surjan desde los propios profesionales. Este abanico hay que facilitararlo y promoverlo pues la innovación “desde abajo” la necesitamos desesperadamente. Por ello, los cambios, incluidos los legislativos, han de promocionar, no sólo posibilitar, esta innovación «desde abajo». Esto no significa que no se necesiten gestores, claro que se necesitan. Pero no esas voces de sus amos que, salvando las contadísimas y honrosísimas excepciones, son poco más que capataces de una cuadrilla de convictos.

Necesitamos, también desesperadamente, gestores y directivos facilitadores del cambio, del desarrollo y empoderamiento de la atención primaria y sus profesionales. Pero claro, si tenemos meros capataces tendremos irremediablemente meros convictos, encadenados unos a otros por el mismo gaznate, compartiendo todos, capataces y convictos, el destino más mediocre. ¿Qué pueden hacer los políticos para mejorar la atención primaria? En primer lugar, usarla y no formar parte del descremado sociológico como nos tienen acostumbrados [3]. Una buena sanidad pública exige una atención primaria para todos. La atención primaria ha de ser para todos o nunca será. La tabla muestra unas pocas líneas básicas sobre qué más pueden hacer los políticos para mejorar la atención primaria. Urgen medidas institucionales en el ámbito político, académico y sanitario que, de una vez por todas, miren por el bien común y no por el de privilegiados colectivos. Medidas que proporcionen recursos, empoderen y hagan individualmente atractiva la atención primaria, no sólo para los ciudadanos también para los profesionales, pues socialmente ha mostrado sobradamente su conveniencia en términos de equidad, resultados en salud y en eficiencia para el sistema y la población.



“Necesitamos un modelo menos rígido y menos prescriptivo, mucho más flexible y abierto al abanico de alternativas de innovación organizativa y de gestión que surjan desde los propios profesionales”



### Problemas urgentes y problemas importantes: ¿reforma o ruptura?

Nuestra atención primaria arrastra desde hace años el lastre de la progresiva decadencia de un modelo agotado, prácticamente agónico tras la pandemia, denominado hasta hace poco «nuevo modelo» pero ya más viejo que aquel al que tan lentamente sustituyó.

Ante esta situación de emergencia, se precisa una urgente inversión multimillonaria –en tecnología, ladrillo y personal–, introducción de nuevos perfiles profesionales y aumentar las competencias del personal administrativo y de enfermería. El imprescindible rediseño del modelo exige cambios de actitud frente a la atención primaria que respeten sus atributos nucleares, especialmente la longitudinalidad. Y lo más relevante, otorgar autonomía organizativa y de gestión a sus profesionales con rendición de cuentas [13].

No sabemos si su mejor futuro vendrá tras una transición por reforma del modelo actual o tras una ruptura por desplome del mismo. Por la salud de los profesionales y los pacientes, la mejor opción la representa el “radicalismo selectivo” [14]: poner en práctica en algunos centros algunas medidas escogidas de gran alcance, incluidos cambios normativos, especialmente aquellas relacionadas con la autonomía de sus profesionales, y extenderlas luego a los demás centros en un proceso de innovación-difusión.



“Los centros de salud se han convertido en un lugar inhóspito, casi hostil, donde ejercer la medicina por, entre otras, una sobrecarga laboral creciente sin posibilidad alguna de desarrollo profesional”

**Figura.** Enunciado y respuestas a la Pregunta 5A del Barómetro Sanitario 2018. Resultados totales. Ministerio de Sanidad. Referencia bibliográfica nº 8.

**SÓLO A QUIENES SON BENEFICIARIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA Y DE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO, O DE UNA MUTUALIDAD DEL ESTADO CON ATENCIÓN POR LA SANIDAD PÚBLICA Y DE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO, O DE UNA MUTUALIDAD DEL ESTADO CON ATENCIÓN POR LA SANIDAD PROVADA Y UN SEGURO MÉDICO PRIVADO**  
(1 y 4 o 2 y 4 o 3 y 4 en P5) (N=955)

### Pregunta 5A

¿Y cuáles son las dos principales razones por las que ha contratado Ud. (o alguien de su familia) un seguro privado, teniendo ya un seguro público? (**MÁXIMO DOS RESPUESTAS**).

|  |              |
|--|--------------|
| Porque atienden con más rapidez que en pública   | 77,9         |
| Porque atienden mejor que en pública   | 15,1         |
| Porque necesita algún servicio o atención que no está incluido en los servicios públicos (por ejemplo, atención dental)                                    | 15,4         |
| Porque ofrece mejores servicios de hostelería en caso de ingreso (por ejemplo, poder estar en una habitación individual, mejor calidad de la comida, etc.) | 6,3          |
| Porque buscaba una mejor atención durante el embarazo y el parto   | 5,2          |
| Porque se puede ir a el/la especialista directamente sin consultar con el/la médico/a de cabecera  | 37,3         |
| Por motivos de trabajo o porque es autónomo/a o cooperativista   | 3,4          |
| Le/la aseguraron los padres o familiares   | 3,5          |
| Por deficiencias en el funcionamiento de la sanidad pública  | 2,1          |
| Otra respuesta   | 4,1          |
| Ninguna más  | 0,3          |
| N.S.   | 0,9          |
| N.C.   | 0,5          |
| <b>(N)</b>   | <b>(955)</b> |

**Tabla.** ¿Qué pueden hacer los políticos para mejorar la atención primaria?

1. Usarla y no formar parte, como nos tienen acostumbrados, del descremado sociológico de la misma.
2. Incentivar notablemente la longitudinalidad.
3. Incentivar notablemente el horario presencial de tarde y la accesibilidad telefónica (fuera horario presencial) en pacientes vulnerables (terminales, descompensados, etc.)
4. Incentivar notablemente la capitación (tamaño del cupo) y la penosidad (ruralidad, aislamiento, dispersión, etc.)
5. Introducir la Medicina de Familia en la Universidad.
6. Promover la innovación organizativa (se necesita como el comer) y, a ser posible, que sea “desde abajo” y que empodere la atención primaria.
7. Otorgar a los médicos de familia la máxima autonomía organizativa posible con los cambios legales que procedan.
8. Atención primaria para todos.
  - Incluir a los mutualistas (Muface, Isfas y Mugeju) en el SNS o, alternativamente, introducir la atención primaria en el mutualismo.
  - Eliminar la incentivación fiscal del seguro médico privado.
  - No “regalar” seguros médicos privados a miembros de organismos públicos.



## Referencias bibliográficas

1. Simó J, Bravo R, Minué S. Cierre del proceso de descentralización: la hidra de 17 cabezas y otras cosas que le sucedieron a la Atención Primaria. *AMF. Actualización en Atención Primaria*. 2023; 19 (4): 230-240. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/home-antigua/209>
2. Simó J. El descremado sociológico de la atención primaria española. *EL MÉDICO*. 2017; 1179: 14-19. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/descremado-sociologico-atencion-primaria-espanola-20170208151650110293/>
3. Freire JM. La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias. XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia., 22-25 junio 2010. Disponible en: <https://es.slideshare.net/AsociacionEconomiaSalud/jos-manuel-freire>
4. Simó J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. *Actualización en Medicina de Familia*. 2015; 11: 504-511. Disponible en: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1470](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1470)
5. Simó J. La causa de la causa del ocaso de la Atención Primaria española [editorial]. *Rev Clin Med Fam* 2021; 14 (3):129-130. Disponible en: <https://revclinmedfam.com/article/la-causa-de-la-causa-del-ocaso-de-la-atencion-primaria-espanola>
6. García C. Incentivo fiscal por comprar seguros médicos privados. *Blog Salud, Dinero y Atención Primaria*. 11-12-2016. Disponible en: <http://saludineroap.blogspot.com/2016/12/incentivo-fiscal-por-comprar-seguros.html>
7. Memoria Social del Seguro 2022. Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras. UNESPA. Disponible en: <https://www.unespa.es/main-files/uploads/2023/05/memoria2022.pdf>
8. Barómetro Sanitario 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2018/BS2018\\_mar.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/BS2018_mar.pdf)
9. Simó J. Regalías sanitarias: la oscura fuente de dualización. *Blog Salud, Dinero y Atención Primaria*. 3-3-2018. Disponible en: <https://saludineroap.blogspot.com/2018/03/regalias-sanitarias-la-oscura-fuente-de.html>
10. Casado V. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit*. 2012; 26(S):69-75. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-la-medicina-familiar-comunitaria-universidad-articulo-So21391111002767>
11. Rodríguez MC, Díez N, Alegre M, Arbea L et al. Valoración de tutores clínicos y estudiantes de medicina respecto a las rotaciones en centros de atención primaria y hospitales. *Aten Primaria*. 2016; 48: 210-2012. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-valoracion-tutores-clinicos-estudiantes-medicina-So212656715002103>
12. Mena G, Llupià A, Sequera VG, Aldea M. Formación sanitaria especializada: preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina. *Med Clin (Barc)*. 2013. 140(3):135-138. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-linkresolver-formacion-sanitaria-especializada-preferencias-percepciones-So025775312008329>
13. Minué S, Bravo R, Simó J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19. *AMF* 2020; 16 (7):384-393. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/web/article/2717>
14. Ortún V, López G. La reforma del sistema sanitario español: Radicalismo selectivo. En: *Economía de la salud. El sistema sanitario español. Hacienda Pública Española 1993, Monografías I: 15-31. Instituto de Estudios Fiscales, 1993*. Disponible en: <https://www.upf.edu/documents/2984046/2986000/RadicalismoSelectivo93.pdf/a8da317f-c5ad-4b09-a740-e8e40f4bc1b7>

## XXVIII Jornadas Navarras de Medicina de Urgencias y Emergencias

### Monográfico sobre insuficiencia respiratoria aguda.



*Rafael Teijeira, Iñaki Santiago e Isabel Iturrioz, en la inauguración de las Jornadas de SEMES Navarra.*

Más de 80 profesionales de la Urgencia y emergencias de Navarra asistieron a las XXVIII Jornadas Navarras de Medicina de Urgencias y Emergencias, que se celebraron del 24 al 26 de octubre en el Colegio de Médicos de Navarra.

Las Jornadas comenzaron con talleres prácticos de interpretación de gasometrías, radiografía de tórax y ventilación mecánica no invasiva. Las sesiones plenarias se centraron en la atención a la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en urgencias y emergencias.

El Dr. Iñaki Santiago, presidente de SEMES-Navarra, explica el desarrollo de este monográfico sobre IRA que comenzó con “un repaso corto pero exhaustivo de las diferentes causas que pueden llevar a desarrollar de forma aguda un cuadro de insuficiencia respiratoria, haciendo especial hincapié en la clasificación de las diferentes patologías que pueden estar detrás de su desarrollo”.

Posteriormente se profundizó de forma más concreta en algunas patologías, como el mal de altura y en las situaciones de broncoespasmo en urgencias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o el asma. Se explicaron las novedades en el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad, el edema agudo de pulmón, la enfermedad pulmonar intersticial –con especial atención

a la fibrosis pulmonar idiopática–, la depresión del centro respiratorio por tóxicos y fármacos, y las enfermedades de la caja torácica y neuromusculares que pueden afectar a la mecánica respiratoria. “De todas ellas –explica el Dr. Santiago– se realizó un breve repaso de su incidencia en la población, su fisiopatología, así como de los diferentes métodos diagnósticos indicados en cada situación y la terapéutica más idónea en cada uno de ellos”.

#### ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA

El programa incluyó una ponencia sobre la importancia de la ecografía a pie de cama al paciente con insuficiencia respiratoria aguda, recordando las diferentes imágenes ecográficas y su relación con las diferentes patologías. También se debatió sobre los tipos de sistemas de inhalación y sus indicaciones, según el perfil de paciente.

Las Jornadas concluyeron con una puesta al día de los diferentes mecanismos de ventilación mecánica, subrayando la importancia del conocimiento de cada uno de ellos por parte de los profesionales. Se realizó un recorrido por las indicaciones, modos y problemas, con su resolución, que podemos encontrar en este tipo de técnicas ventilatorias, tan empleadas en urgencias y emergencias.

## VIII Encuentro de la Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia (SEMG Navarra).

SEMG Navarra pone el foco en la prevención de las infecciones respiratorias como la cuarta causa de mortalidad en el mundo.



*Dra. Isabel Jimeno, responsable del Grupo de Trabajo de Vacunas de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). En la otra imagen, taller sobre ecografía orientada a la clínica de las glándulas salivares y tiroides.*



### VACUNAS PARA LA EDAD ADULTA

Las infecciones de las vías respiratorias inferiores siguen siendo la enfermedad transmisible más mortal del mundo, situándose como la cuarta causa de defunción, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2019. Además, con el aumento de la esperanza de vida, se incrementan a su vez las enfermedades crónicas lo que, unido al fenómeno de la inmunosenescencia, hace que seamos más susceptibles a enfermedades infecciosas.

“Por eso es tan importante la inmunización y prevención en la edad adulta y, en especial, de las infecciones respiratorias”, según señaló la Dra. Isabel Jimeno, responsable del Grupo de Trabajo de Vacunas de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), en el marco del VIII Encuentro de SEMG Navarra.

En estos momentos es muy importante la vacunación frente a gripe y Covid-19, cuya campaña se inició en octubre. En este punto, Jimeno recordó que, “aunque queramos pasar página en relación al coronavirus, las personas mayores y vulnerables deben seguir vacunándose”. Pero, según la Dra. Jimeno, éstas no son las únicas infecciones respiratorias prevenibles por vacunación. “Hablamos de la enfermedad neumocócica que a diferencia de las anteriores, que son estacionales, su vacunación puede administrarse en cualquier época del año y una sola vez en la vida”.

La responsable del área de Vacunas de la SEMG resaltó que “estamos viviendo un crecimiento de las vacunas para la edad adulta. En breve tendremos la inmunización contra el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) que no es exclusivamente de niños, también afecta a mayores”, concluyó la experta.

El VIII Encuentro de la Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia (SEMG Navarra) se celebró los días 18 y 19 de octubre en el Colegio de Médicos de Navarra con un programa de actividades y ponencias de elevado interés científico. Además de la prevención de las infecciones respiratorias, el Encuentro se centró en el tratamiento adecuado del dolor con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), en el manejo avanzado de la insulinización de la persona con diabetes y en el control clínico de la reagudización en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La parte práctica estuvo compuesta por talleres de infiltración, dermatoscopia y ecografía orientada a la clínica de las glándulas salivares y tiroides.

El programa incluyó, además, una conferencia sobre “Psicología positiva: una ayuda en la recuperación”, impartida por el Dr. Manuel Mozota, anterior presidente de SEMG Navarra y que este año sufrió un accidente mientras prestaba asistencia a domicilio que le produjo lesiones de considerable gravedad. El Dr. Mozota, que en la actualidad se está recuperando muy satisfactoriamente, explicó cómo la psicología positiva le ha ayudado en su día a día a la hora de afrontar este terrible suceso.





# Campanña del Colegio de Médicos de Navarra para la difusión del Código de Deontología Médica.

VÍDEO DE PRESENTACIÓN  
DE LA CAMPAÑA

#PíldorasDeDeontologíaMédica    @MedenaColegio



El Colegio de Médicos de Navarra y su Comisión de Deontología lideran la campaña Píldoras de Deontología Médica #PíldorasDeDeontologíaMédica con el fin de presentar el nuevo Código de Deontología Médica, que entró en vigor el pasado 23 de abril. El Colegio de Médicos destaca que “el Código Deontológico es de obligado conocimiento y cumplimiento para la profesión médica y que es función de todos los colegios de médicos su promoción, divulgación y desarrollo”.

En videos de 3 minutos, miembros de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra explican los aspectos más relevantes del Código y comentan los nuevos capítulos dedicados a la seguridad del paciente, telemedicina, tecnología de la información y comunicación, inteligencia artificial, base de datos, eutanasia, transexualidad, gestación subrogada, etc.

La Campaña puede visualizarse en la web del Colegio de Médicos de Navarra y en las redes sociales con el hashtag #PíldorasDeDeontologíaMédica



## La relación médico-paciente en el nuevo Código de Deontología Médica.

Dr. Serafín García Mata:

**“Debe fundamentarse en la lealtad, veracidad y honestidad”**



En el vídeo, el Dr. García Mata explica que, en las últimas décadas, la relación médico-paciente ha experimentado un cambio de paradigma basado en “el paso de un modelo paternalista a otro cuya piedra angular es la autonomía del paciente”. La implementación básica de dicha autonomía descansa en la realización del consentimiento informado, “que es un proceso de información continuado”.

El nuevo Código de Deontología Médica recoge, en su artículo 13.2, que el consentimiento lo expresa el paciente o sus representantes legales de forma verbal y que el médico debe dejar constancia de ello en la Historia Clínica. “Cuando existe un riesgo significativo –añade el Dr. García Mata- debe hacerse también por escrito, al igual que para intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas o terapéuticas de carácter invasivo”. Añade que puede ser revocado libremente por escrito en cualquier momento.

El Código también establece que el consentimiento informado debe ser expresado con un lenguaje comprensible para el paciente e incluir, en lo posible, “el proceso y procedimiento a realizar, las alternativas, riesgos típicos y aquellos que, a pesar de su rareza, son muy relevantes (incluyendo el fallecimiento del paciente), los riesgos personalizados y las consecuencias seguras de la realización del procedimiento”.

### **Respecto a la calidad de la atención médica**

En lo relativo a la calidad de la atención médica, el Dr. García Mata explica que, el artículo 18.2 del Código de Deontología Médica, subraya que “la Medicina defensiva es contraria a la Deontología Médica porque afecta a la calidad, atención, seguridad y equidad” y que el “tiempo necesario para cada acto médico debe ser fijado por el criterio profesional del médico”.

El Código también aclara las pautas de actuación ante los incentivos (Artículo 20.6), los conflictos de intereses en actividades de formación, científicas e investigación (Artículo 20.7), y la libertad de prescripción y prácticas carentes de base científica (Artículo 23.2).

### **Acerca de la responsabilidad del médico**

El Artículo 24.1 del Código de Deontología Médica dice que “la relación médico-paciente debe fundamentarse en la lealtad, veracidad y honestidad”. Este capítulo enfatiza la forma correcta de actuación ante errores: “se deben asumir las consecuencias negativas de ello, debiendo reparar en la medida de sus posibilidades el daño ocasionado (Artículo 24.2), pedir disculpas y dar las debidas explicaciones (Artículo 24.3)”.

Una novedad destacable del nuevo Código es que el médico, para poder reparar el daño que pudiera causar en el ejercicio de su profesión, debe disponer de un seguro de responsabilidad civil profesional (Artículo 24.4).



## El respeto a la vida:

### ¿Qué ha supuesto la Ley de la Eutanasia para el nuevo Código de Deontología Médica?

**Dra. Pilar León:**

**“El médico que actúa amparado por las leyes del Estado no puede ser sancionado deontológicamente”**

La Dra. Pilar León, vocal de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC) y secretaria de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra, protagoniza la Píldora de Deontología Médica con el título “El respeto a la vida como Principio General: ¿Qué ha supuesto la Ley de la Eutanasia para el nuevo Código?”

En el vídeo, la Dra. Pilar León explica que el nuevo Código de Deontología Médica, en continuidad con los códigos anteriores, expresa que “el médico debe ejercer su profesión con el mayor respeto por el derecho a la vida y la protección de la salud de las personas y de su comunidad” (Artículo 4.5). También el Código Internacional de Ética Médica de 2022 comienza con un artículo similar.

La legalización de la eutanasia y del suicidio médicamente asistido ha llevado a la profesión médica a preguntarse cómo actuar ante la vida que acaba y cómo tratar al paciente con enfermedad avanzada o con un dolor refractario. La Dra. León argumenta que el médico debe “intentar la curación o la mejoría del paciente, siempre que sea posible. Y, cuando ya no lo sea, tiene la obligación de aplicar las medidas adecuadas para procurar su mayor bienestar posible y dignidad, aun cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida” (Artículo 38.1). El nuevo Código de Deontología insiste en que “el médico no debe emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios o inútiles para el enfermo”. Y que “debe retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando su pronóstico así lo aconseja”. Además, “tendrá en cuenta la voluntad explícita o anticipada del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida” (Artículo 38.2).



[VER PÍLDORA](#)

Tal y como lo hace la Asociación Médica Mundial y la mayoría de los países, nuestro Código mantiene que “el médico no deberá provocar ni colaborar intencionadamente en la muerte del paciente” (Artículo 38.4).

El nuevo Código de Deontología contempla tanto la objeción de conciencia (el derecho del médico a ser eximido del cumplimiento de los deberes legales contrarios a sus propias convicciones) como la objeción de ciencia basada en el derecho a la libertad de método y prescripción médicas (Artículos 34 y 35).

Siguiendo también lo establecido en códigos anteriores, incluye una Disposición final que dice que “el médico que actúa amparado por las leyes del Estado no puede ser sancionado deontológicamente”.

La Dra. Pilar León concluye que también el nuevo Código señala cuál ha de ser la conducta del profesional en dilemas éticos como la atención médica a un paciente en huelga de hambre o el rechazo de un enfermo a un tratamiento que puede salvarle la vida.





## ¿QUÉ DICE EL NUEVO CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA SOBRE TELEMEDICINA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL?

[VER PÍLDORA](#)

Dra Pilar León:

### “El uso de medios telemáticos en Medicina debe asegurar la confidencialidad de los datos”

Aunque la medicina no presencial lleva años de recorrido, su utilización se ha incrementado por las necesidades generadas por la pandemia de la COVID-19 y la mejora en los soportes informáticos y telemáticos. En el nuevo Código de Deontología Médica, la telemedicina ha dejado de ser una segunda opción (tal y como ocurre en el Código de 2011 y, en general, en la deontología anterior) y pasa a ser objeto de regulación en el capítulo 23 sobre “Telemedicina y Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)”.

La Dra. Pilar León explica en esta Píldora de Deontología Médica qué dice el nuevo Código de Deontología Médica sobre telemedicina e inteligencia artificial.

Las recomendaciones al respecto pueden resumirse para la telemedicina en el Artículo 80.1, que dice que: “El uso de los medios telemáticos u otros sistemas de comunicación no presenciales destinados a la asistencia es conforme a la Deontología Médica, siempre que sea inequívoca la identificación de quienes intervienen, se asegure la confidencialidad y se usen vías de comunicación que garanticen la máxima seguridad disponible”.

Según la Dra. León, “la telemedicina puede resultar una herramienta muy útil si permite resolver dudas entre profesionales, por ejemplo, entre distintas especialidades (Atención Primaria/otras especialidades); evita desplazamientos a los pacientes; agiliza determinados actos médicos, como comunicar algunos resultados de pruebas o analíticas; y si así permite dedicar más tiempo a la atención de pacientes de forma presencial”.

### El uso de redes sociales

El Código de 2022 llega también a la regulación de las redes sociales, insistiendo expresamente en tres cuestiones: “En la obligación de garantizar el anonimato de los pacientes, si se utilizan las redes sociales para fines asistenciales, docentes o de investigación (Artículo 28.5); en que el uso de las redes sociales para criticar actuaciones de los colegas será considerado una circunstancia agravante (Artículo 46.2); y que la difusión del conocimiento a través de las redes sociales o internet debe ser rigurosa y siempre con la debida identificación del autor (Artículo 83.1)”.

### Inteligencia artificial y bases de datos sanitarios

Cada vez es mayor el uso secundario de datos clínicos, es decir, la utilización de información de los pacientes para usos diferentes a la asistencia médica (investigaciones, estudios de mercado, etc). Respecto al uso secundario de datos de salud, la Dra. León destaca que “el médico debe exigir un control ético y finalista de la investigación con inteligencia artificial basado en la transparencia, la reversibilidad y la trazabilidad de los procesos en los que intervenga, para garantizar la seguridad del paciente (Artículo 85)”.

Finalmente, frente a quienes puedan pensar que los médicos son simplemente técnicos cualificados, el Artículo 6.5 –como el Código ético Internacional– señala que “el médico tiene el deber y el derecho de ejercer su profesión con autonomía profesional e independencia clínica”. El nuevo Código subraya que los datos de salud extraídos de grandes bases de datos sanitarias o los sistemas robóticos “no sustituyen a la obligación que el médico tiene de utilizar los métodos necesarios para la buena práctica profesional (Artículo 86.5)”.

### Principios Generales del Código de Deontología

La Dra. Pilar León explica en el vídeo que los Principios Generales del Código de Deontología reúnen valores permanentes de la Ética y la Deontología Médicas. El Artículo 4, por ejemplo, afirma que “el médico está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico”. Los Principios Generales del Código, que permiten comprender e interpretar el conjunto de preceptos y recomendaciones, están en continuidad con los Códigos anteriores y con otros documentos internacionales actuales como la Declaración de Ginebra (actualizada en 2017) o el Código Internacional de Ética Médica (actualizado en 2022).

Subraya la Dra. León que “desde el inicio aparece que, junto con el cuidado de cada uno de sus pacientes, los profesionales estamos obligados a atender las necesidades de salud de la sociedad. Haciendo realidad, día a día, los sistemas de salud en los que hemos de velar porque se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos (Artículo 6.4)”. La investigación y otras actividades relacionadas con las bases de datos de salud y la Inteligencia Artificial “también deben realizarse en beneficio de la sociedad y de los objetivos de salud pública (Artículo 82.2)”.



## 148 ESTUDIANTES DE SEXTO DE MEDICINA PARTICIPAN EN EL VI CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS ÉTICO-DEONTOLÓGICOS.

### Amaya Ramírez y Paula Bazán ganan el primer premio.

Las estudiantes de sexto curso de Medicina, Amaya Ramírez Cervera y Paula Bazán Legasa, han logrado el primer premio del VI Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos, organizado conjuntamente por el Colegio de Médicos de Navarra y la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. El caso, premiado con 600 euros, se titula "Innovaciones tecnológicas en medicina: ¿sustituirán a la medicina intuitiva? Un gran reto".

El accésit, dotado con 300 euros, se ha otorgado al caso titulado "Resolviendo desacuerdos entre médicos y familiares en la UCI neonatal: ¿quién tiene la última palabra?" de Clara María Ruiz Ullate, Paula Calvo Urtasun, Ane López de Goikoetxea Olite y Claire Ariane Fontanellas De-fontaine.

En esta edición, dado el gran número de autores y casos, la organización decidió otorgar un tercer premio, que se decidió por sorteo entre

los autores de los ocho casos que sin ser finalistas optaron por su presentación ante el Jurado, y que recayó en Úrsula Del Peso Sánchez y María Calderón Calvo por su caso titulado "Entre el beneficio materno y el mal embrionario".

Las bases del Certamen establecen que la cuantía de los premios se donarán a un proyecto u organización solidarios relacionados con actividades del ámbito de la salud seleccionado por las personas ganadoras.

*Estudiantes de sexto de Medicina de la Universidad de Navarra en el Colegio de Médicos.*





**Récord de participantes**

En esta sexta edición del Certamen de Casos Clínicos Ético-Deontológicos para Estudiantes de Medicina se han presentado 47 casos. Algunos de forma individual y otros a través de equipos, por lo que han participado un total de 148 estudiantes de sexto de Medicina de la Universidad de Navarra. Al Certamen se presentan casos y situaciones clínicas de la práctica médica habitual, comentados desde un punto de vista ético-deontológico.

En esta ocasión, un número destacable de casos abordaron asuntos relacionados con la información y el consentimiento, el secreto profesional, la mala praxis o el final de la vida.

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira y la decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Marta Ferrer, entregaron los premios el pasado 17 de octubre en el marco del acto de bienvenida a los estudiantes de Medicina que el Colegio de Médicos organiza anualmente para presentar los servicios y prestaciones que se les ofrece desde el inicio de la carrera. Intervinieron en el acto, el secretario del Colegio de Médicos, Julio Duart y el presidente de la Comisión Deontológica, Félix Ceberio, que animó a los estudiantes a poner en el centro de su ejercicio profesional valores como la escucha y la empatía con el paciente.

*Paula Bazán Legasa y Amaya Ramírez Cervera, ganadoras del primer premio, posan junto a Julio Duart y Rafael Teijeira (secretario y presidente del Colegio de Médicos), Marta Ferrer (decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra) y Félix Ceberio (presidente de la Comisión Deontológica).*



*Entrega del accésit a las autoras del caso titulado "Resolviendo desacuerdos entre médicos y familiares en la UCI neonatal: ¿quién tiene la última palabra?" ▼*







**Los seis casos finalistas**

La Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra, impulsora de la idea, es la que ejerce como jurado del Certamen. De entre los 47 casos presentados, el Jurado seleccionó seis 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 la presentación oral de los casos.

Los casos finalistas han sido, además de los premiados: "Cuando el final sale al encuentro", de Elena Segarra Hernández y Beatriz Ruíz Martínez; "El impacto de la buena relación entre profesionales en la calidad de la asistencia médica", de Itziar Berrade, Adriana Sarnago y Jone Berasaluce; "La imprudencia de ahorrar tiempo", de María Eugenia Jaciuk, María Ondarra Erdozain y Lourdes Beatriz Pérez Rey; y "¿Esto no lo podría hacer una máquina?" de Andrea Ruiz Ilundain.

La secretaria de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra, la Dra. Pilar León, explica que "el Certamen tiene como finalidad destacar que el trabajo médico tiene una dimensión humana que es inseparable de su dimensión técnica. Y que cualquier actuación médica obliga a un cuidadoso análisis de hechos y valores. La participación en el Certamen da importancia a la deliberación y al diálogo respetuoso con las múltiples situaciones que los estudiantes han vivido a lo largo de sus estudios y que serán parte de su vida profesional".

*Las autoras de los seis casos finalistas del VI Certamen.*

Primer premio del VI Certamen de Casos Clínicos Éticos-Deontológicos para estudiantes de Medicina.



## Innovaciones tecnológicas en medicina: ¿sustituirán a la medicina actual? Un gran reto

Por Amaya Ramírez Cervera  
(autora principal)  
y Paula Bazán Legasa.

### Resumen:

Rodrigo es adjunto de un departamento de Dermatología pionero en el uso de inteligencia artificial. Durante los últimos años de su residencia colaboró en la implementación de un algoritmo que permitía el diagnóstico precoz de melanoma. Él tenía plena confianza en el algoritmo, por ello realizaba el diagnóstico a través del programa y solo citaba en consulta a los pacientes clasificados como alto riesgo. Antonio, el jefe del departamento, se entera y, dado el peligro que esto podía suponer, acuerda con Rodrigo citar a los pacientes que no habían sido evaluados por un profesional. Tras valorar los resultados, dos pacientes clasificados como de bajo riesgo por el algoritmo presentaban lesiones compatibles con melanoma. El caso ejemplifica el gran reto que supondrá para las futuras generaciones de médicos el enfrentarse a las nuevas tecnologías, sabiendo preservar la seguridad del paciente, la autonomía profesional del médico, así como el empleo de la medicina basada en la experiencia que les distingue.

### Palabras clave:

Inteligencia artificial, seguridad, experiencia, autonomía.

“La inteligencia artificial brinda grandes oportunidades, pero también viene acompañada de grandes riesgos”

#### CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de Rodrigo, médico adjunto desde hace dos años que trabaja en un departamento de Dermatología en un hospital terciario, pionero en la implantación de nuevas tecnologías.

Coincidiendo con el final de su residencia, Rodrigo estuvo muy implicado en labores de investigación sobre inteligencia artificial aplicada a la Dermatología. Gracias al apoyo de sus compañeros de departamento, así como de los servicios de Atención Primaria de su Comunidad Autónoma, consiguió que desde hace menos de un año se implantara un algoritmo a modo de triaje, que facilitaba el diagnóstico precoz de melanoma y de carcinoma de piel.

Para desarrollar este programa se había requerido la colaboración de los médicos de familia, que se encargaban de enviar imágenes de lesiones sospechosas a su base de datos, lo que permitió la creación de un algoritmo basado en el aprendizaje automático. Tras ser sometido a un proceso de validación de dos años se comenzó a utilizar el algoritmo en las consultas de Dermatología, observándose un valor predictivo positivo del 90%.

Rodrigo estaba muy satisfecho con la aplicación del programa ya que había reducido considerablemente su carga de trabajo en la consulta, dándose de esta forma una solución al problema asistencial que le acompañaba desde los últimos años de residencia.

El dermatólogo tenía tanta confianza en este programa de inteligencia artificial que incluso se había llegado a preguntar si la presencia en la consulta era realmente necesaria. Rodrigo realizaba el diagnóstico a través del algoritmo, sin atender al paciente, que únicamente enviaba las fotos, y sólo en caso de que el diagnóstico fuese de alto riesgo, el propio programa les citaba en la consulta de Dermatología; de lo contrario el mismo sistema enviaba un informe estandarizado al paciente, facilitando la parte burocrática del trabajo que tanto tiempo le quitaba a Rodrigo.

Antonio, jefe del departamento, apoyó desde el inicio la implantación del programa puesto que lo consideraba una herramienta de apoyo, muy útil en el diagnóstico. No obstante, con el tiempo empezó a recibir quejas de los pacientes de Rodrigo que cuestionaban si el envío de una foto era suficiente para valorar una lesión. Puesto que Antonio desconocía el modo de empleo del algoritmo por parte de Rodrigo, comenzó a indagar y, para su sorpresa, descubrió que el médico adjunto únicamente citaba a los pacientes que el algoritmo consideraba de alto riesgo. Antonio era consciente del peligro que podía suponer sustituir el criterio del médico por esta tecnología y se empezó a preocupar por aquellos pacientes que no habían sido vistos. ¿Qué pasaría si el algoritmo había fallado en el diagnóstico?

Dada su preocupación, el jefe de departamento decidió citar a Rodrigo en su despacho para abordar el problema. Antonio le explicó que la implantación del programa se aprobó para un uso complementario al criterio médico, en ningún caso como método diagnóstico único. Si bien era un algoritmo útil, la imagen en dos dimensiones no tenía la capacidad de discriminar aspectos como la profundidad de la lesión, cruciales en el diagnóstico. Rodrigo entendió la situación y reconoció que se había dejado llevar por la comodidad del uso del algoritmo, admitiendo que facilitaba su día a día. En busca de una solución, ambos acordaron citar a los pacientes que no habían sido valorados presencialmente para evaluar sus lesiones. Posteriormente, hicieron un balance de los resultados, y si bien la mayoría de los pacientes fueron clasificados adecuadamente, hubo dos pacientes que bajo criterio médico presentaban lesiones compatibles con melanoma; se sometieron a cirugía de Mohs y el estudio anatómico-patológico confirmó el diagnóstico. Rodrigo aprendió de sus actuaciones, tomó conciencia de las limitaciones del algoritmo y, aunque continuó usándolo como herramienta de apoyo en determinadas ocasiones, valoraba más que nunca la importancia del profesional médico en la práctica de la medicina.



“El médico debe exigir un control ético de la investigación con inteligencia artificial que esté basado en la transparencia, la reversibilidad y la trazabilidad de los procesos”

#### DISCUSIÓN:

A lo largo del caso presentado se evidencian varias cuestiones ético-legales relacionadas con el emergente campo de la inteligencia artificial. Se trata de un ámbito novedoso en la profesión médica y su empleo supondrá un gran reto para la futura generación de profesionales médicos. A través del caso se plantean varios dilemas éticos sobre el uso de estas tecnologías.

#### Sobre la utilización de la inteligencia artificial

La primera cuestión que se aborda es el empleo del algoritmo creado para el diagnóstico de lesiones dermatológicas. ¿Cuáles son las limitaciones de su uso? Si bien se trata de una herramienta útil que puede apoyar el diagnóstico médico en determinadas ocasiones, este método no sustituye en ningún caso la labor del médico. El profesional médico, no solo se caracteriza por emplear un adecuado nivel científico en el ejercicio de la profesión, que lo complementa con valores esenciales para humanizar la práctica, como la empatía o la honradez. Los algoritmos basados en el autoaprendizaje descritos en el caso se basan en la inteligencia algorítmica la cual se caracteriza por ser técnica y objetivable (1). No obstante, la inteligencia humana se complementa con otras cualidades como el razonamiento, basadas en la experiencia de la persona. El

algoritmo empleado por Rodrigo clasificaba las lesiones basándose en la información recogida en una base de datos validada previamente, se trata de información fiable y veraz, que puede resultar útil como herramienta de apoyo. Sin embargo, el profesional médico, cuando diagnóstica no valora únicamente la lesión, valora al paciente en conjunto, comprende y sintetiza la información recibida y, basándose en su experiencia, empleando el ojo clínico que caracteriza a los médicos, elabora un diagnóstico.

Esta cuestión se trata en el Artículo 86.1 del Código de Deontología Médica (2), donde se indica que el empleo de los datos extraídos de sistemas como el descrito anteriormente sirve de ayuda en la toma de decisiones, pero “no sustituyen a la obligación que el médico tiene de utilizar los métodos necesarios para la buena práctica profesional”. Al fijarse en el caso se comprende que las imágenes aportadas por los pacientes no son útiles para valorar la profundidad de la lesión o la evolución de esta en el tiempo, aspectos clave en el diagnóstico del melanoma, por ello la exploración del paciente es un método necesario. Asimismo, en el artículo 18.1 del Código (2), se recoge el deber del médico de prestar una atención médica de calidad, humana y científica. Por ello, la valoración del paciente exclusivamente mediante métodos de inteligencia artificial quedaría descartada en la práctica habitual.

“Será labor del médico formarse para saber emplearlas con responsabilidad, preservando la seguridad del paciente y siempre acompañando su uso del razonamiento médico”



### Sobre la protección de datos

El desarrollo de las nuevas tecnologías plantea un nuevo dilema ético relacionado con la protección de datos: ¿Se encuentran protegidos los datos de los pacientes empleados para la creación de estos algoritmos? El desarrollo de programas de inteligencia artificial requiere la creación de bases de datos extensas que permitan el autoaprendizaje del algoritmo. En el caso descrito, la base de datos se creó con la colaboración de los profesionales de Atención Primaria, quienes aportaron imágenes de lesiones dermatológicas halladas en los pacientes. Dicha práctica debe respetar en todo momento la autonomía del paciente, debe preservar su seguridad y debe basarse en la transparencia. ¿Quién es responsable de garantizarlo? De acuerdo con el artículo 85 del Código de Deontología Médica (2) es el médico quien debe exigir un control ético de la investigación con inteligencia artificial y se debe basar “en la transparencia, la reversibilidad y la trazabilidad de los procesos en los que intervenga, para garantizar la seguridad del paciente”. Siguiendo con la idea anterior, el artículo 82.3 del Código (2) recoge explícitamente el deber del médico de comprometerse “en la

protección de la confidencialidad, control y propiedad de los datos del paciente y en desarrollar modelos que incluyan el consentimiento y la gestión de los datos”. Por ello, tanto Rodrigo como los profesionales de Atención Primaria deberán garantizar la protección de los datos de los pacientes, así como incluir un consentimiento informado que autorice el uso de los datos para la investigación.

La Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) (3) también ampara al paciente. En el artículo 28 se establecen las obligaciones de los responsables que tratarán con los datos, se deberán asegurar de cumplir los principios establecidos en la Ley (3), tales como la legalidad, el consentimiento, la finalidad, la proporcionalidad, la calidad, la seguridad, y el nivel de protección adecuado. Además, dado el rápido desarrollo de estas tecnologías, el Gobierno de España también ha elaborado documentos que perfilan los derechos más relevantes ante la inteligencia artificial recogidos en la Carta de Derechos Digitales (4). De acuerdo con el derecho XXV los datos deberán emplearse en concordancia con valores como la transparencia, trazabilidad, auditabilidad y siempre bajo la supervisión humana (4).



### Sobre la autonomía del médico y su responsabilidad

Otro aspecto destacable desde el punto de vista ético-legal es el referente a la autonomía del médico y su responsabilidad. Es deber del médico saber utilizar las nuevas tecnologías con responsabilidad, para ello deberá formarse, comprendiendo la tecnología desde su proceso de creación, entendiendo sus beneficios y sus limitaciones, tal y como indican Martorell et al.<sup>(5)</sup> el médico especialista debe tomar la iniciativa en el desarrollo de los programas de inteligencia artificial, orientando a los creadores y enfocando siempre los programas a cubrir las necesidades de la especialidad. Rodrigo estuvo involucrado en el proceso de creación del algoritmo, si bien sabía que era un método fiable no valoró sus limitaciones y acabó considerándolo un método confiable para sus diagnósticos delegando en dicho algoritmo su responsabilidad. De acuerdo con el artículo 6.5 (2) del Código, el médico es autónomo y deberá ejercer la profesión con independencia clínica, deberá practicar sin ser influenciado por partes externas, por ello el médico deberá entender las nuevas tecnologías como una herramienta más para el diagnóstico, pero el profesional será quien tome las decisiones y en última instancia será el responsable del acto médico.

### Sobre las relaciones interprofesionales y la reparación del daño

Además de los aspectos relacionados con las nuevas tecnologías previamente mencionados, el caso también recoge aspectos destacables relacionados con las relaciones interprofesionales y la reparación del daño.

A veces, surgen dilemas éticos sobre cómo actuar cuando eres conocedor de situaciones como la expuesta en el caso. Antonio, jefe de departamento, actuó de manera correcta. Su cargo no constituyó un instrumento de dominio hacia su

compañero, le explicó la situación razonando su argumento. Antonio ejerció su deber, de acuerdo con el Artículo 49.2 del Código de Deontología Médica (2), como director del equipo tiene la responsabilidad de velar por un ambiente de exigencia ética y deontológica. Ambos buscaron una solución, manteniendo la buena relación entre el equipo, con un fin último, el beneficio del paciente. No obstante, la comunicación entre profesionales en este caso es mejorable, Antonio se enteró de la situación a través de quejas de pacientes lo cual evidencia un déficit en la comunicación en el departamento.

Por último, tras conversar con Antonio, Rodrigo se dio cuenta de las consecuencias negativas que podría tener su actuación. De acuerdo con el artículo 24.2 del Código (2) es deber del médico reparar, en la medida de sus posibilidades, el daño que hubiera ocasionado. Así lo hizo, decidió citar a los pacientes que no habían sido vistos por un profesional y gracias a dicha actuación se detectaron dos casos de melanoma que de otra forma no hubieran sido detectados a tiempo.

En definitiva, la inteligencia artificial es una gran herramienta en proceso de desarrollo, brinda grandes oportunidades a los médicos, pero también viene acompañada de grandes riesgos si no se usa responsablemente. Será labor del médico formarse para saber emplearlas con responsabilidad, preservando la seguridad del paciente, y siempre acompañando su uso del razonamiento médico. La humanización de la profesión diferenciará al médico de los dispositivos, el trato con empatía y la escucha activa siempre serán pilares fundamentales.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Mayol A, Forment A. Inteligencia artificial, una realidad que requiere una mirada ética y segura. *Madrid Médico*. 2023 Abr 4;169:12-3.
2. Consejo general de Colegios oficiales de médicos. Código de Deontología Médica. España: Organización Médica Colegial de España; 2022.
3. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, número 294, (06 de diciembre de 2018).
4. Carta de Derechos Digitales. España: Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Gobierno de España; 2021.
5. Martorell A, Martín-Gorgojo A, Ríos-Viñuela E, Rueda-Carnero JM, Alfageme F, Taberner R. Inteligencia artificial en dermatología: ¿amenaza u oportunidad? *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113(1):30-46.



Caso ganador del accésit del VI Certamen de Casos Clínicos Éticos-Deontológicos para estudiantes de Medicina.

## Resolviendo desacuerdos entre médicos y familiares en la UCI neonatal: ¿Quién tiene la última palabra?



### Resumen:

¿Cómo se debería proceder si la decisión médica familiar fuese contraria a las recomendaciones médicas? ¿Y si este desacuerdo ocurriera en torno a un niño menor de edad, quién sería el responsable del consentimiento en menores? En este trabajo se explorará el caso (no real) de un neonato con diagnóstico de hydrops fetalis al parto de etiología desconocida. La gravedad de los síntomas y la naturaleza idiopática de la patología hacen que un enfoque curativo sea inviable, lo que lleva a los profesionales a recomendar la limitación del soporte vital para evitar la obstinación terapéutica. Inicialmente, los padres se opusieron a esta recomendación, pero tras varias conversaciones con el equipo médico, reconsideraron su posición y respaldaron la decisión médica.

*Por Paula Calvo Urtasun,  
Clara María Ruiz Ullate,  
Ane Lopez de Goikoetxea Olite y  
Claire Ariane Fontanellas Defontaine.*

### Palabras clave:

Limitación del soporte vital/ limitación del esfuerzo terapéutico, obstinación terapéutica, decisiones al final de la vida, consentimiento en menores.

**CASO CLÍNICO:**

Varón recién nacido tras 28 semanas de gestación, que ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos debido a un parto prematuro complicado por hydrops fetal. La madre, de 34 años, reveló no haber realizado controles médicos durante la gestación en su país de origen. Ante la dificultad del recién nacido para respirar espontáneamente, se procedió a la intubación y sedación del paciente, tras lo cual fue trasladado al servicio de Cuidados Intensivos Neonatales. Se llevaron a cabo distintos estudios sin resultados concluyentes en cuanto a la etiología del hydrops. A su vez, se realizaron múltiples intentos de respiración espontánea, pero lamentablemente, estos ocasionaron graves episodios de desaturación, obligando a mantener el soporte ventilatorio en el recién nacido. Los profesionales explicaron el pronóstico desfavorable y la ausencia de un tratamiento curativo, siendo únicamente posible el mantenimiento del soporte vital sin perspectivas de mejora.

Frente a estos acontecimientos, el equipo médico planteó la posibilidad de limitar el soporte terapéutico. En un principio, los padres, a pesar de las recomendaciones médicas, optaron por continuar con los cuidados intensivos. Sin embargo, tras varios días suministrando soporte ventilatorio y diversas conversaciones con el equipo médico, tomaron la difícil decisión de poner límite al soporte vital.

**DISCUSIÓN:**

En este caso se plantean principalmente tres cuestiones ético-médicas. En primer lugar, si el paciente debe seguir recibiendo el soporte vital ventilatorio a pesar del pronóstico desfavorable, pudiendo incurrir en el ensañamiento terapéutico, o si debería establecerse una limitación terapéutica. El segundo dilema presente en este caso se centra alrededor de la autonomía del paciente y quién debe ser la persona responsable en tomar la decisión sobre la continuación del tratamiento o qué opinión debe prevalecer ante esta situación. La tercera cuestión que vamos a abordar es la relación médico-paciente.

“El médico debe proponer retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando su pronóstico así lo aconseje”




**Primera cuestión:****¿limitación terapéutica?**

En primer lugar, citando el código deontológico (1): "El médico tiene el deber de intentar la curación o la mejoría del paciente siempre que sea posible. Llegado el momento en que no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para procurar su mayor bienestar posible y dignidad, aun cuando de ello pueda derivarse un acortamiento de la vida" (artículo 38.1). En este caso, el paciente presentaba un *hydrops fetal*, una condición que se caracteriza por la acumulación patológica de fluido extracelular en los tejidos blandos y cavidades corporales. Diferentes mecanismos pueden ser la causa de este cuadro: inmune, cardiovascular, torácico, cromosómico, infecciones, tumores... y su pronóstico depende de la posibilidad de tratamiento, que aborda su etiología (2). Sin embargo, con referencia al caso descrito, todas las etiologías posibles fueron descartadas por sus pertinentes exploraciones, por lo que se diagnosticó un *hydrops fetal* sin etiología filiada, lo que imposibilitaba su abordaje terapéutico, implicando un pronóstico desfavorable en el recién nacido.

El médico tiene el deber de "no emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios, o inútiles para el enfermo" y "debe retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando su pronóstico así lo aconseje" (artículo 38.2). Las múltiples pruebas de respiración espontánea fallaban y los edemas no cedían pese a los drenajes. El niño vivía gracias al soporte ventilatorio y no había perspectivas de evolución favorable.

No obstante, en una situación como esta, antes de plantearse la decisión irreversible de la limitación del soporte vital, hay que abordar las cuestiones siguientes: el sufrimiento que causa el soporte vital, la estimación de tiempo de vida con dicho soporte y los beneficios que aportará al niño, las posibles secuelas, así como la voluntad de sus padres. Es fundamental tener esto en cuenta para no incurrir en la obstinación terapéutica, médica y éticamente incorrecta, que prolonga la vida en condiciones desfavorables utilizando medidas desproporcionadas y fútiles y que refleja un fallo de concepto de mantener la vida del paciente a toda costa. Viendo los hechos del caso, se observa que el recién nacido, además de tener un pronóstico adverso, el soporte vital era lo único que le mantenía con vida, lo que justifica la decisión médica del caso descrito de instaurar la limitación del soporte vital (3,4).

Ahora bien, en el caso de que los médicos no dispusieran de datos suficientes para estimar el pronóstico del recién nacido, entonces, la situación sería diferente y la limitación del soporte vital no estaría justificada.



“En la atención a menores de edad debe primar el interés superior del paciente sobre cualquier otra consideración”

**Segunda cuestión:****¿quién decide?**

En este contexto, el paciente es incapaz de expresar su voluntad, y las decisiones las tiene que tomar otro en su lugar. Son sus padres sus representantes legales, pero es el médico quien debe asegurar la protección del bienestar del niño y optar por la opción que más beneficio y menor daño le cause. Así lo refleja el marco deontológico: "Cuando la situación clínica del paciente no le permita tomar decisiones (...) el médico debe respetar las instrucciones expresadas por sus representantes" (artículo 38.3). La situación ideal sería aquella en la que el equipo médico y los padres o representantes legales tomen las decisiones conjuntamente, en la misma dirección. Pero como en este caso, la realidad puede ser otra y salvo que la voluntad de los padres vaya gravemente en contra de la de los médicos, debe ser respetada. Así pues, por decisión de los padres, mantuvieron al recién nacido con soporte respiratorio durante más de una semana, sin observar ninguna mejoría.

Sin embargo, como queda reflejado en el código deontológico, "en la asistencia a menores de edad, el médico, como garante de los derechos del paciente, tiene una especial exigencia. Siempre debe primar el interés superior del menor sobre cualquier otra consideración" (artículo 12.1). En este caso, a pesar de haber puesto todos los medios al alcance posibles, no se ha logrado una mejoría del estado del paciente, siendo necesario continuar con el soporte vital, manteniendo únicamente la existencia biológica. Por este motivo, el médico debe primar el bienestar del recién nacido y tras comentar la situación con los padres y su posterior entendimiento se procedió a realizar una adecuación terapéutica.



**Tercera cuestión:  
la relación médico-paciente.**

Una adecuada relación médico-paciente es la base para una correcta actuación médica: “la asistencia médica exige una relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza” (artículo 7.1). En este caso, a pesar de que la opinión de los médicos de limitar el esfuerzo terapéutico no sea acorde con la opinión de los padres, los profesionales deben respetarlo siempre y cuando las actuaciones no vayan en detrimento de la calidad de los cuidados del recién nacido. Además, la confianza en este caso es fundamental para poder prestar una adecuada atención al paciente; los padres, a pesar de la difícil situación en la que se encuentran, deben confiar en el criterio médico cuya finalidad es el bienestar de su hijo.

Es fundamental, además, ofrecer a los padres una información adecuada y veraz sobre la situación de su hijo y las opciones terapéuticas que existen. Los padres del neonato probablemente estaban desbordados por la situación y no entendían por qué a su hijo le iban a “desconectar” sin ofrecer más opciones de tratamiento. Al fin y al cabo, los padres quieren lo mejor para su hijo y si entienden que las acciones que persigue el médico comparten su mismo objetivo, colaborarán con él. La información debe ser gradual, veraz, en un espacio propicio y con el requisito de la confianza mutua entre profesionales médicos y familiares (3). Y como ha ocurrido en este caso, los responsables del paciente, gracias a una adecuada comunicación y tiempo de reflexión, pueden cambiar de opinión.

Por otra parte, aunque los padres estén en desacuerdo con las opciones planteadas por el personal sanitario, esta situación no debe afectar negativamente a la calidad de la asistencia que reciba el niño, siendo necesario poner todos los medios al alcance posibles para poder lograr un estado óptimo del paciente.

“Una adecuada relación médico-paciente es la base para una correcta actuación médica”

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Código de Deontología. [Internet]. Cgcom.es. [citado el 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/202203/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/202203/codigo_deontologia_medica.pdf)
2. Swearingen C, Colvin ZA, Leuthner SR. Nonimmune Hydrops Fetalis. Vol. 47, Clinics in Perinatology. W.B. Saunders; 2020. p. 105–21.
3. Tejedor Torres JC, López De Heredia Goya J, Herranz Rubia N, Nicolás Jimenez P, García Munóz F, Pérez Rodríguez J. Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología. An Pediatr (Engl Ed). 2013 Mar; 78(3).
4. Silberberg A, Herich LC, Croci I, Cuttini M, Villar MJ, Requena Meana P. Limitation of life-sustaining treatment in NICU: Physicians' beliefs and attitudes in the Buenos Aires region. Early Hum Dev. 2020 Mar 1; 142.

CLEN College

# Intensivos DELF - DALF

intensivos de francés

**DELF JUNIOR B1 | DELF JUNIOR B2**

Inicio: 7 de noviembre  
Martes o Jueves o Viernes  
De 17:00 a 19:00h (20 horas)

**DALF C1**

Inicio: 7 de noviembre  
Martes o Jueves o Viernes  
De 17:00 a 19:00h (20 horas)

CLEN College  
CENTROS LINGÜÍSTICOS

ih International  
House  
Pamplona

## CLASES PARA MÉDICOS COLEGIADOS JUBILADOS

ACTIVIDADES EN INGLÉS Y FRANCÉS

**MARTES A2 | MIÉRCOLES B1 | JUEVES B2 | LUNES C1**

11 A 12:30H COLEGIO DE MÉDICOS

PRECIO MENSUAL ~~58,50€/MES~~ 48,10€/MES

INDICA TU **CÓDIGO** DE DESCUENTO  
CON EL CUPÓN: **COL MED**



¡Próximamente  
intensivos  
Cambridge  
de enero!



REALIZA TU  
EXAMEN EN  
MARZO

CLLEN College

CLLEN College  
CENTROS LINGÜÍSTICOS

House  
Pamplona

# ESTUDIOS EN EL *extranjera*

Año, trimestre y semestre  
académicos



**RESERVA CITA  
PARA UNA REUNIÓN  
PERSONALIZADA**

Apúntate a través de nuestra web:  
<https://clencollege.es/extranjero/>





**Begoña Bermejo Fraile.**

Doctora en Metodología de Investigación Biomédica.

# LA MAYORÍA SILENCIOSA

*Siempre he amado el desierto. Uno se sienta en una duna de arena del desierto, no ve nada, no oye nada. Sin embargo, a través del silencio algo palpita y brilla (Antoine de Saint-Exupéry).*

Se ha dicho que la sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica son características inherentes a la misma, y por tanto constantes e independientes de la población a la que se aplican y de la prevalencia de la enfermedad en dicha población. Sin embargo, la fuente de error más importante al medir la validez de una prueba se debe, precisamente, a las diferencias entre la muestra de estudio y la población a la que se pretenden extrapolar los resultados. En este artículo se describen los principales sesgos en los estudios de validación de pruebas diagnósticas.

Para el estudio de la validez de una prueba se comparan los resultados de la prueba cuya sensibilidad y especificidad queremos estudiar con los resultados de una prueba considerada de referencia, llamada también *gold standard*, y a la que se le atribuyen una sensibilidad y especificidad del 100%. Es decir, si el *gold standard* resulta positivo se traduce en que el paciente tiene la enfermedad, y si resulta negativo quiere decir que no la tiene. Lo cierto es que difícilmente la prueba de referencia es una medida definitiva del verdadero estado del paciente, pero es la mejor prueba disponible.

Uno podría pensar que si la prueba de referencia, el *gold standard*, tiene una sensibilidad y una especificidad del 100%, ¿por qué no se la realizamos a todos los pacientes para hacer siempre un diagnóstico cierto? Porque suelen ser pruebas muy invasivas, cruentas y costosas.

*La vida es una buena foto en blanco y negro. Hay blanco, hay negro, y un montón de sombras en medio (Karl Heiner).*

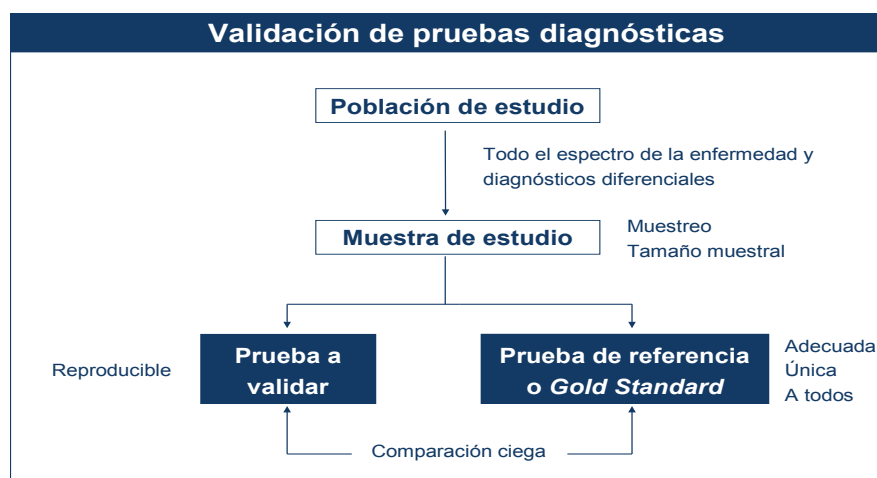
Casi cualquier prueba distingue entre sanos y gravemente enfermos. Si para el estudio de la sensibilidad se selecciona un grupo de individuos inequívocamente enfermos, con la enfermedad en estadios avanzados, casi seguro la prueba resultará positiva y la sensibilidad parecerá muy elevada. Se determinó el antígeno carcinoembrionario (ACE) en 36 pacientes con cáncer colorrectal avanzado y resultó positivo en 35 de ellos. Esto daría una sensibilidad del 97,2% ( $35/36 = 0,972$ ). En estudios ulteriores, con pacientes con cáncer colorrectal en estadios menos avanzados, menos graves, la sensibilidad del ACE cayó en picado. Conclusión: para el estudio de la sensibilidad hay que **estudiar pacientes en todo el espectro de la enfermedad**, no sólo los más graves.

Si para el estudio de la especificidad se seleccionan voluntarios sanos, mucho más jóvenes que la población donde se aplicará la prueba, y libres de otras enfermedades que pudieran

dar lugar a falsos positivos, la especificidad resultará mucho más elevada que si se aplica a la población a la que, no teniendo la enfermedad, le aplicaríamos la prueba diagnóstica en la práctica clínica habitual, y les realizaríamos esta prueba diagnóstica precisamente porque sospechamos que pueden tener la enfermedad, porque presentan los **cuadros más usuales en el diagnóstico diferencial** de la patología que estamos estudiando. Si, por ejemplo, se evalúa una prueba para el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) en los sujetos que acuden a urgencias con dolor torácico típico y otros síntomas indicativos de IAM, el grupo control lo deben formar individuos con las mismas características clínicas, con similar sintomatología, pero que no han sufrido un infarto (algo que terminaremos sabiendo gracias al *gold standard*).

Una vez definidos los criterios de selección, los que delimitan la población diana a la que se extrapolarán los resultados del estudio, se selecciona una muestra, generalmente mediante muestreo aleatorio o consecutivo. En el primer caso, de todos los pacientes que cumplen con los criterios de selección, se seleccionan  $n$  pacientes al azar. En el segundo caso se seleccionan los  $n$  primeros pacientes que cumplen con los criterios de selección. Ambos tipos de muestreo cuentan con una elevada probabilidad de obtener una muestra representativa de la población diana.

El tamaño muestral debe ser adecuado para estimar la sensibilidad y



especificidad con cierta precisión, y la precisión en las estimaciones depende del tamaño muestral. Esto es aventurarme mucho, pero ya que hablaremos de porcentajes, yo creo que por lo menos debe haber 100 pacientes en cada grupo (enfermos y no enfermos), ¿no os parece?

La situación ideal es aquella en la que podemos realizar las dos pruebas (la prueba a validar y la prueba de referencia) a todos los sujetos del estudio, pero la realidad suele ser algo diferente. Un sesgo importante ocurre cuando la selección de los individuos para la evaluación de la prueba está basada en los resultados de la misma. Se denomina **sesgo de verificación** o sesgo de orientación diagnóstica. Por ejemplo, en el proceso diagnóstico del cáncer de mama, sobre todo por cuestiones éticas, la biopsia se realizará, fundamentalmente, en aquellas pacientes en las que la mamografía ha resultado positiva, pero habrá mujeres con cáncer de mama en las que la mamografía ha resultado negativa y en un principio se quedarán sin diagnosticar. Es lo que se ha llamado la **mayoría silenciosa** (frente a una minoría seleccionada).

*¿Acaso no todo depende de la interpretación que le damos al silencio que hay en torno a nosotros? (Lawrence Durrell).*

Una manera de solucionar este problema es utilizando un segundo *gold standard* o patrón de referencia para los pacientes con un resultado negativo de la prueba en estudio. En el caso del cáncer de mama puede ser el seguimiento al año: si al año la paciente está bien, si no hay nada que nos indique que puede tener cáncer de mama, se puede asumir que el cáncer no estaba en el momento del estudio, pero si aparece el cáncer al cabo del año, podemos suponer que ya estaba en el momento del estudio, porque el período de latencia del cáncer es largo, bastante mayor que un año.

Si se conoce el resultado de una de las pruebas (bien sea la prueba en estudio o la prueba de referencia) a la hora de valorar la otra, la concordancia es mucho mayor, aumenta la tasa de verdaderos positivos y verdaderos negativos, dando lugar a una sensibilidad y especificidad artificialmente elevadas. Se presta mucha más atención al ECG de un individuo ya diagnosticado de coronariopatía que si se trata de un individuo sano, una vez que hemos identificado un nódulo pulmonar en el TAC, advertimos la lesión, previamente no detectada, en la radiografía de tórax. Conclusión: en los estudios de validación, los resultados de una prueba se deben interpretar sin conocer

los resultados de la otra, o lo que es lo mismo, la **comparación** de los resultados de una y otra prueba debe ser **ciega e independiente**. Esta exigencia es especialmente importante cuando hay un gran componente de subjetividad en la interpretación de las pruebas, como puede ocurrir con las pruebas de imagen.

Una vez que se ha estudiado la validez de la prueba (lo cual no quiere decir que sea válida), se publicarán los resultados, y para que éstos sean realmente extrapolables, la prueba, además de válida, debe ser reproducible, es decir, se debe poder realizar en las mismas condiciones del estudio. Para ello es importante describir con suficiente detalle todos los aspectos que pueden influir en los resultados de la prueba: la preparación del paciente, la realización de la prueba y el análisis e interpretación de los resultados..., porque no es lo mismo la validez de la prueba en manos del experimentado clínico que realiza el estudio de validación que si la prueba la realiza otro médico por primera vez.

*No toda distancia es ausencia, ni todo silencio es olvido (Mario Sarmiento).*



Correspondencia:

**Begoña Bermejo Fraile.**  
Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina  
E-mail:  
bbermejo\_amim@hotmail.com

TESTIMONIO BECA MIR

# Tumores de hígado y trasplantes en Birmingham (Inglaterra).



Por **Guillermo García Porrero**,  
ganador de la Beca MIR 2022.



A finales del 2022 el Colegio de Médicos de Navarra me informó de la decisión de otorgarme una de las Becas Dr. Landecho para apoyar mi estancia formativa de 3 meses en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Queen Elizabeth de Birmingham. A la fecha puedo afirmar que ésta ha sido una de las experiencias profesionales más gratificantes que he tenido en mi todavía temprana, pero hasta ahora apasionante, carrera médica.

En este sentido, la beca Dr. Landecho fue una ayuda imprescindible para hacer realidad dicha estancia formativa y creo que es una herramienta de lujo con la que pueden contar los médicos internos residentes en Navarra para poder llevar a cabo rotaciones con un elevado valor académico. ¡Muchas gracias por la oportunidad!

“La beca es una herramienta de lujo para poder llevar a cabo rotaciones con un elevado valor académico”



# TESTIMONIO BECA MIR

## TENEMOS QUE HABLAR DEL HÍGADO

Las enfermedades hepáticas en general, y los tumores de hígado en particular, son aflicciones cuya prevalencia se mantiene al alza en España. Además, con tasas de mortalidad elevadas por su diagnóstico en etapas avanzadas y tratamientos limitados, representan en la actualidad un problema de salud importante entre los navarros.

Por tanto, el desarrollo y la formación de especialistas en este tipo de patologías ha ido cobrando gran importancia en las últimas décadas en los diferentes hospitales de Navarra.

## NO TODO EN BIRMINGHAM SON PEAKY BLINDERS

En la ciudad de Birmingham, en Inglaterra, revestido de gran prestigio entre la comunidad médica internacional, se encuentra uno de los grupos de Patología Hepática más importantes en Europa, que cuenta con una larga tradición clínica y docente.

Cuando decidí ahondar en el estudio y diagnóstico en el campo de la patología hepática, resultó obvio que el Departamento de Patología del Hospital Queen Elizabeth de Birmingham se encontraba entre las mejores opciones para conseguir mi objetivo profesional.







**“TEAM WORK MAKES THE DREAM WORK”**

Durante mi estancia ahí, no sin también conocer de primera mano alguna que otra huelga de trenes o el aclamado “Balti Triangle”, pude ir constatando el acierto de haber elegido este centro hospitalario y, poco a poco, dicha experiencia formativa excedió con creces todas mis expectativas.

La organización del equipo de Patología Hepática y la elevada casuística del centro, de la mano del gran trabajo en equipo entre residentes, técnicos, adjuntos y administrativos del mismo, fueron grandes catalizadores para la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades diagnósticas por mi parte.

Pude ser partícipe en primera fila, de un equipo de trabajo interdisciplinario en el que diferentes especialidades –entre las que destacan cirugía, anatomía patológica, radiología y hepatología– trabajan y colaboran entre sí, buscando siempre un objetivo común: el bienestar del paciente.

**DE REGRESO A PAMPLONA**

A mi vuelta de Birmingham, y con un muy buen sabor de boca por la experiencia allí vivida, me di cuenta de los grandes aciertos y fortalezas de la sanidad navarra en general y de la Clínica Universidad de Navarra en particular.

Si bien es cierto que hay mucho por mejorar, al comparar pude constatar que contamos con un sistema de salud moderno y eficiente y que, mientras los que forman parte de este equipo sigan poniendo al paciente en el centro de su actividad diaria, podemos estar seguros de que seguiremos teniendo hospitales de excelente nivel aquí en Navarra.

Me gustaría también expresar mi agradecimiento al Dr. Bruno Sangro, Dr. José Ignacio Echeveste y al Dr. Josepmaria Argemi de la Clínica Universidad de Navarra, por su constante labor como mentores y amigos. También a la Dra. Brown y al Dr. Owen del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Queen Elizabeth de Birmingham, por toda la enseñanza y el tiempo dedicado durante mi estancia.

“Pude ser partícipe de un equipo de trabajo interdisciplinario con un objetivo común: el bienestar del paciente”



TESTIMONIO BECA SENIOR

# Fisuras labio-palatinas en Milán (Italia): Una experiencia enriquecedora.



Por **Iñigo Calvo Archanco**, cirujano Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de Navarra (HUN) y ganador de la **Beca Senior 2022**.





## TESTIMONIO BECA SENIOR

Mi reciente estancia en el Hospital de San Paolo e San Carlo de Milán, con el grupo de Smile House, ha sido una experiencia inolvidable que me ha permitido sumergirme en el mundo de la cirugía de fisura y aprender de uno de los mejores grupos de Europa. Esta oportunidad me ha brindado la posibilidad de presenciar de cerca el trabajo de profesionales altamente cualificados y experimentados, lo que ha enriquecido mi conocimiento de manera sorprendente.

Lo que más me ha impactado durante mi tiempo en el hospital es el asombroso volumen de pacientes que atienden a diario. Si bien tenía conocimiento de que el Hospital de San Paolo e San Carlo de Milán recibía una gran cantidad de casos, nunca imaginé que fuese en esta magnitud. Este flujo constante de pacientes les hace ser uno de los grupos con más experiencia y eficiencia en el tratamiento de pacientes con fisura labio palatina y me ha permitido aprender de la mano de los mejores.

“Traigo a Pamplona ideas y enfoques innovadores, especialmente en el tratamiento de casos más complejos. Estamos ya aplicando lo aprendido”



*Hospital de San Paolo e San Carlo de Milán.*



## TESTIMONIO BECA SENIOR

“Mi estancia en Milán me ha permitido sumergirme en el mundo de la cirugía de fisura labio palatina y aprender de uno de los mejores grupos de Europa”

*El Castillo Sforzesco.*

### Similitudes sorprendentes

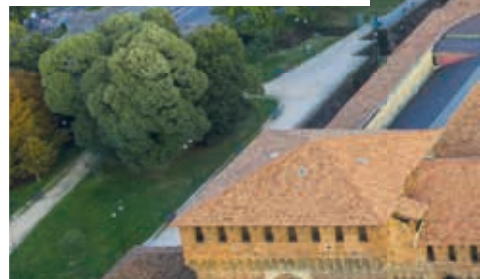
Comparando la forma de trabajar el grupo de Smile House con lo que hacemos en Pamplona, noté que existen similitudes sorprendentes. Las técnicas quirúrgicas empleadas son en gran medida las mismas, aunque con algunas variaciones en los protocolos. En general, la aproximación a la cirugía de fisura es muy parecida en ambas ubicaciones, lo que demuestra la estandarización y el alto nivel de práctica en este campo.

En Pamplona contamos con una Unidad especializada en fisura labio palatina que engloba cirujanos maxilofaciales, otorrinos, rehabilitadores y logopedas con años de experiencia en los que se han venido haciendo las cosas de manera óptima.

Todos los profesionales que forman parte de esta Unidad han estado y estamos en formación constante y creo que esa una de las razones por las que al haber estado con un grupo puntero, como es el de Milán, he encontrado que hacemos las cosas de forma muy similar.

No obstante, una diferencia clave que encontré en el Hospital Sao Paolo fue la incorporación de un equipo de ortodoncistas en la Unidad de fisurados. Al contar con un grupo de ortodoncistas integrado en la Unidad, se agiliza enormemente el flujo de trabajo y facilita una comunicación fluida entre cirujanos y ortodoncistas.

*En quirófano.*





## TESTIMONIO BECA SENIOR



**Íñigo Calvo  
con Constanza  
Meazzini  
y Luca  
Autelitano.**

### Recursos invaluables

Al regresar a Pamplona, traigo conmigo no solo una experiencia enriquecedora, sino también una serie de ideas y enfoques innovadores, especialmente en el tratamiento de casos más complejos.

La posibilidad de mantener un contacto directo con un cirujano tan talentoso como Luca Autelitano y una ortodoncista de renombre como Constanza Meazzini es un recurso invaluable. Esta comunicación directa con expertos de primer nivel nos permite mantenernos actualizados, intercambiar conocimientos y buscar asesoramiento en situaciones clínicas desafiantes.

En resumen, mi experiencia en el Hospital de San Paolo e San Carlo de Milán ha sido un viaje de aprendizaje y descubrimiento. La oportunidad de trabajar con un equipo de especialistas altamente cualificados, presenciar el flujo de trabajo y colaborar estrechamente con ellos me ha enriquecido profesionalmente de manera invaluable. Estamos ya aplicando lo aprendido en Pamplona y contribuyendo al avance de la atención médica de calidad en nuestra comunidad.

Por último, creo que este tipo de ayudas fomentadas por el Colegio de Médicos son una excelente oportunidad para poder seguir creciendo como profesionales y querría agradecerse, así como expresar mi gratitud al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de Navarra por haberme permitido ir a Milán y poder aprovechar esta oportunidad.







## Comunicado conjunto COMNA y SVNRARTD

“Solo los médicos especialistas en Anestesiología y Reanimación tienen la capacitación necesaria para llevar a cabo actos de anestesia general y de sedación profunda”

Ante informaciones que pudieran generar confusión o dudas sobre las diferentes competencias de las profesiones sanitarias en relación con el proceso de la anestesia antes, durante y/o después de un procedimiento quirúrgico, el Colegio de Médicos de Navarra (COMNA) y la Sociedad Vasca Navarra Riojana de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor (SVNRARTD) firmaron un comunicado conjunto en el que subrayan que “solo los médicos especialistas en Anestesiología y Reanimación tienen la capacitación necesaria para realizar actos de anestesia general y de sedación profunda”.

En el comunicado, difundido el pasado mes de agosto, manifiestan su más contundente rechazo a la propuesta que SATSE (Sindicato de Enfermería) presentó ante el Ministerio de Sanidad para que dichos profesionales puedan hacerse cargo del proceso de anestesia. Ambas entidades se adhieren así firmemente al documento de posicionamiento emitido en junio por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) y la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), en el que recalcan que “la especialidad médica de Anestesiología es la mayor garantía de seguridad clínica para los pacientes ante cualquier procedimiento anestésico”.

## Por la seguridad de los pacientes

La SVNRTD explica que la especialidad de Anestesiología requiere una formación de 10 años (seis para la licenciatura o el grado en Medicina y cuatro para obtener el título de especialista) y que las complicaciones relacionadas con la anestesia y sus cuidados han disminuido exponencialmente a lo largo de los últimos años gracias al desarrollo de la cultura de seguridad y el desarrollo de la especialidad de Anestesiología. "Somos garantes de la seguridad del paciente durante todo el perioperatorio y en la atención del paciente que requiere cuidados críticos". En esta línea, la SVNRTD añade que "los pacientes son sometidos a procedimientos agresivos o menos agresivos, pueden tener enfermedades preexistentes o desarrollarlas en el transcurso del procedimiento anestésico o quirúrgico y sólo la asistencia de un médico anesthesiólogo es la garantía crucial para tratar las complicaciones derivadas de forma precoz y eficaz".

La SVNRTD subraya que la especialidad de Anestesiología siempre ha trabajado en equipo, aliado de Enfermería y de los distintos servicios médicos y quirúrgicos, y que "la intrusión del sindicato de enfermería SATSE corrompe esta relación necesaria para poder tratar a la población de forma óptima y eficaz". La SVNRTD añade que "las competencias en Anestesiología son amplias e incluyen el liderazgo en situaciones catastróficas y la toma de decisiones de forma urgente. Enfermería es un apoyo fundamental para que estas circunstancias adversas puedan ser reconocidas y tratadas y por ello consideramos fundamental la formación de equipos multidisciplinares y el respeto mutuo en las competencias de cada profesional".

## Firmeza frente al intrusismo

Desde el COMNA y la SVNRTD insisten en la importancia de que los pacientes, previamente a cualquier procedimiento quirúrgico o diagnóstico que requiera anestesia, se aseguren de recibir la información adecuada por parte del anestesista antes de firmar el consentimiento informado, documento legal imprescindible antes de cualquier anestesia. Recuerdan a los pacientes que tienen derecho a saber quién les va a realizar el procedimiento anestésico y exigir el profesional cualificado para ello: su médico anesthesiólogo.

Finalmente, el Colegio de Médicos de Navarra (COMNA) y la Sociedad Vasco Navarra Riojana de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor (SVNRTD) se comprometen a perseguir la excelencia y buenas prácticas en el ejercicio de la Anestesiología en beneficio del paciente de forma activa y se mostrarán firmes ante cualquier intento de intrusismo profesional que pueda poner en peligro la salud del paciente.





# RESTAURANTE EL COLEGIO

**Álex Múgica** en la Jornada contra el desperdicio alimentario.



*Álex Múgica durante su intervención.*

**E**n el año 2019, la Asamblea General de Naciones Unidas declaró el 29 de septiembre como Día Internacional de Concienciación sobre la Pérdida y el Desperdicio de Alimentos. Desde entonces, todos los años alrededor de dicha fecha tienen lugar múltiples actividades.



El chef Álex Múgica del Restaurante El Colegio participó en la Jornada contra el desperdicio alimentario titulada “Una mirada desde el sector primario y la hostelería en Navarra”, organizada por el Gobierno de Navarra a través de la Oficina de Prevención de Residuos e Impulso a la Economía Circular y la empresa pública Gestión Ambiental de Navarra (GAN-NIK) y en colaboración con la Asociación de Hostelería y Turismo de Navarra y la Universidad Pública de Navarra (UPNA).

Múgica se refirió a su libro “Reciclaje y alta cocina” (Basakabi Ediciones, 2006) y tras su exposición ofreció a los participantes un menú degustación de tres pintxos con los que demostró cómo hacer de las “sobras” platos gourmet. Presentó una boloñesa de cordero al chilindrón con pimiento del piquillo, una ensalada de pochas con perdiz escabechada y buñuelos de pulpo a la feira, elaborados con productos sobrantes.

Subrayó que en restauración hay mucha sensibilidad sobre sostenibilidad porque va unido a una gestión exitosa y refuerza la apuesta por la vuelta a las tradiciones (antes no se tiraba nada). “En la cocina, falta iniciativa y conocimiento para aprovechar lo que sobra, pero hay infinidad de variantes y, además, los sabores se realzan porque los guisos siempre saben mejor horas después de cocinarlos”, añadió Álex Múgica.

En la sesión se analizaron algunos datos como los últimos recogidos por Eurostat en 2023 y según los cuales, por detrás de los hogares y la industria (33% respectivamente), el 20% del desperdicio alimentario proviene del sector primario y el 5% de la restauración. El 9% restante corresponde a la distribución.

Según la Oficina para la Prevención de Residuos y la Economía Circular (OPREC), el desperdicio alimentario en los hogares navarros se redujo un 6,2% en el último año, aunque 36.525 toneladas de alimentos terminaron en la basura.



***Jornada contra el desperdicio alimentario en el Colegio de Médicos.***





## SOBRE EL COMPLEMENTO DE PATERNIDAD Y LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA NUEVA REGULACIÓN.

POR MARIANO BENAC URROZ.

ASESOR JURÍDICO DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA.

La cuestión es bastante controvertida o compleja en razón de los diferentes pronunciamientos de los Tribunales desde 2019 –Tribunal de Justicia de la Unión Europea y Tribunal Supremo, fundamentalmente-, lo que ha motivado también la reforma legal del precepto que regula el complemento.

El artículo 6o de la Ley General de Seguridad Social que regula el complemento por maternidad/

paternidad, se modificó en 2021 (Real Decreto Ley 3/2021, de 2 de febrero, que entró en vigor el 4 de febrero de 2021), pasando de ser un porcentaje de la pensión (del 5% en caso de dos hijos, 10% en caso de tres hijos y 15% en caso de cuatro o más hijos) a ser una cantidad fija que establece cada año la Ley de Presupuestos del Estado, estando fijada para 2023 en 30,40 € por cada hijo.

### REQUISITOS PARA ACCEDER AL COMPLEMENTO DE PATERNIDAD EN LA REGULACIÓN ANTERIOR A FEBRERO DE 2021

En su redacción originaria este artículo 6o de la LGSS solo se contemplaba el complemento en caso de maternidad, es decir a las mujeres que, por su aportación demográfica a la Seguridad Social, hubieran tenido hijos biológicos o adoptados y fueran beneficiarias, en nuestro caso, de una pensión contributiva de jubilación. Pero a raíz de una sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, del 12 de diciembre de 2019 (asunto C450/18), y por considerarlo discriminatorio, se reconoció este derecho a los padres, conociéndose como complemento de paternidad por hijo. Y desde entonces venía abonándolo la Seguridad Social.

Y también se ha reconocido este derecho a los padres que hubieran causado el derecho a la pensión de jubilación con anterioridad a la modificación normativa de febrero de 2021 referida; es decir, que aunque no hubieran solicitado en su día el referido complemento, si la jubilación era anterior a la modificación normativa, se les viene reconociendo el derecho aunque lo hayan solicitado, por ejemplo, en el presente año 2023. Y ello en cumplimiento de la doctrina emanada de las Sentencias del Tribunal Supremo de 17 de febrero y 20 de mayo de 2022, que establecen el derecho a que sea reconocido con efectos retroactivos al acaecimiento del hecho causante, es decir, a la fecha en que se dictó por el INSS la resolución en que se reconoce la pensión contributiva de jubilación.

En cuanto a si solo puede percibirse este complemento si la jubilación ha sido forzosa, o a la edad reglamentaria,

“EXIGE AL PADRE JUBILADO LAGUNAS DE COTIZACIÓN CUANDO TUVIERA CADA UNO DE LOS HIJOS”

y no en los supuestos de jubilación voluntaria anticipada, ciertamente que el artículo 6o de la Ley General de la Seguridad Social, en su redacción anterior a la reforma de 2021, excluía del derecho al cobro los supuestos de jubilación voluntaria anticipada, así como los de jubilación parcial.

Y en lo relativo a si en un matrimonio pueden percibirlo ambos cónyuges –aunque de la interpretación del precepto se desprende que únicamente puede cobrarlo uno de los dos–, alguna sentencia aislada ha venido reconociendo el derecho a ambos progenitores; es decir también al padre, aunque ya lo viniera percibiendo la madre; tal es la sentencia dictada por el Juzgado de lo Social nº15 de Valencia de 23 de marzo de 2023 (Procedimiento nº 103/2023). Si bien esta sentencia no es firme, y suponemos que la Seguridad Social la habrá recurrido ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana.



“EN EL SUPUESTO DE JUBILACIÓN PARCIAL SE MANTIENE LA EXCLUSIÓN DEL COMPLEMENTO, PERO NO EXCLUYE EXPRESAMENTE LA JUBILACIÓN ANTICIPADA VOLUNTARIA”

**REQUISITOS PARA ACCEDER AL COMPLEMENTO DE PATERNIDAD EN LA REGULACIÓN VIGENTE A PARTIR DEL 4 DE FEBRERO DE 2021**

La denominación que contiene la nueva regulación es “complemento de pensión contributiva para la reducción de la brecha de género”. Y se aplica a quienes hayan accedido a la pensión de jubilación con posterioridad al referido día 4 de febrero de 2021.

La reforma ha modificado los requisitos para acceder a él, exigiéndose para que pueda cobrarlo el padre jubilado lagunas de cotización cuando tuviera cada uno de los hijos: en el supuesto de hijos nacidos hasta el 31 de diciembre de 1994, se exige tener más de 120 días sin cotización entre los nueve meses anteriores al nacimiento y los tres años posteriores; y en el supuesto de hijos nacidos desde el 1 de enero de 1995, se requiere que la suma de las bases de cotización de los 24 meses siguientes al nacimiento sea inferior en más de un 15% a la de los 24 meses inmediatamente anteriores. Es decir, que si no concurre tales defectos o lagunas de cotización, desde 2021 no procede el complemento por paternidad (cuestión diferente es el

supuesto de los que lo vinieran percibiendo con anterioridad a la referida modificación legal que, lógicamente, podrán seguir cobrándolo).

En el actual texto legal se mantiene la exclusión del complemento para el supuesto de jubilación parcial, y sin embargo el precepto actualmente en vigor no excluye expresamente el supuesto de la jubilación anticipada voluntaria, por lo que habría que entender que con esta nueva regulación puede causarse el derecho al complemento también en el supuesto de jubilación anticipada voluntaria.

Y en lo relativo a si en un matrimonio pueden percibirlo ambos cónyuges, el precepto en su actual regulación es más claro que el aplicable hasta febrero de 2021, y de él resulta que se reconocerá siempre que no medie reconocimiento del complemento en favor del otro progenitor, y que el reconocimiento del complemento al segundo progenitor supondrá la extinción del complemento del reconocido al primer progenitor.



## FQ NAVARRA PIDE ACELERAR LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR EN NAVARRA.

FQ Navarra,  
Asociación Navarra contra la Fibrosis Quística.

Dirección: C/ Mendigorría, N° 12, bajo. 31015-Pamplona.

Teléfono: 627 183 435

Correo-e: [trabajadorasocialfqnavarra@gmail.com](mailto:trabajadorasocialfqnavarra@gmail.com)

Web: <https://fqnavarra.org>



### Fibrosis quística

La fibrosis quística es una de las enfermedades genéticas graves más frecuentes, afectando a uno de cada 5.000 nacimientos. Conocida como la enfermedad del beso salado por la alta presencia de sal en el sudor, la fibrosis quística es una enfermedad crónica que afecta principalmente a pulmones y aparato digestivo, generando una mucosa que facilita la acumulación de bacterias o pequeños organismos y las infecciones respiratorias. En casos graves puede incluso requerir un trasplante pulmonar.

En España, el 91% de los diagnósticos se hace nada más nacer, gracias al cribado neonatal (prueba del talón) de la FQ y el tratamiento ha vivido en los últimos años una revolución con la llegada de nuevos tratamientos capaces de frenarla en la mayor parte de los casos.

### Asociación

La Asociación Navarra contra la Fibrosis Quística es una asociación sin ánimo de lucro que ofrece a las personas afectadas servicios para mejorar su calidad de vida como psicología o fisioterapia respiratoria a domicilio, además de sensibilizar sobre la enfermedad y promover la investigación. Forma parte de COCEMFE Navarra, Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica.

### Servicios

- Tratamiento domiciliario de apoyo a la fisioterapia respiratoria para pacientes con fibrosis quística.
- Atención social a personas con fibrosis quística y familias.
- Sensibilización y divulgación: Cena benéfica, Concurso de diseño de postales navideñas, Certamen-Exhibición vuelo de cometas, Concurso de disfraces de halloween...



## LA INVESTIGACIÓN SALVA Y CAMBIA VIDAS... Y SI NO QUE SE LO DIGAN A LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA, ENFERMEDAD QUE AFECTA PRINCIPALMENTE A LOS PULMONES Y AL SISTEMA RESPIRATORIO.

La investigación salva y cambia vidas. Y los resultados ya se están viendo en los navarros con fibrosis quística que están tomando los nuevos tratamientos surgidos en estos últimos años y cuyas vidas han cambiado radicalmente. Pacientes con escasa capacidad pulmonar que apenas podían caminar un trecho sin buscar descanso y que vivían esquivando infecciones... y que gracias a los últimos medicamento no sólo han frenado la enfermedad sino que incluso pueden llevar una vida normalizada.

La fibrosis afecta a uno de cada 5.000 nacimientos y cuenta con más de una veintena de casos en Navarra, la mayor parte niños y jóvenes. Conocida como la enfermedad del beso salado por la alta presencia de sal en el sudor, la fibrosis quística afecta a pulmones y aparato digestivo generando una mucosa que provoca una infección crónica que en casos graves requiere un trasplante pulmonar.

Una enfermedad que vive "una revolución" en su tratamiento con la aparición de nuevos tratamientos como el Kaftrio (ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor), capaz de frenar la enfermedad en un 70% de los casos (pacientes con una mutación determinada) y de mejorar la vida de las personas afectadas optimizando la función pulmonar y reduciendo la tos entre otros beneficios.

*Stand en la semana europea de la fibrosis quística. ▼*



# PACIENTES

## Revolución en el tratamiento de la fibrosis quística

“Se ha abierto la puerta a la esperanza y el paciente con fibrosis quística mira el presente y el futuro con optimismo. Gracias a la investigación que se ha llevado a cabo la última década, han surgido medicamentos capaces de frenar la enfermedad en la mayor parte de los casos y no sólo de paliar algunos síntomas mientras la patología seguía avanzando, como ocurría hasta ahora”, explica Cristina Mondragón, presidenta de la Asociación Navarra de Fibrosis Quística

Unos tratamientos que arrancaron con las personas adultas y que el pasado año llegaron a pacientes pediátricos tras el visto bueno del Ministerio de Salud, tal y como ya sucedía en otros países europeos. “Podemos decir que las familias de los pacientes más pequeños hoy pueden respirar un poquito más tranquilas, menores que vivían muy condicionados por las constantes visitas al médico, ausencias escolares, infecciones frecuentes...”, explica Mondragón, quien destaca la importancia de un tratamiento precoz “para no ver limitada la futura calidad de vida de los pacientes”.

Sin embargo, recuerda que, “ pese a todas estas buenas noticias”, todavía hay un 30% de las personas con fibrosis

que siguen sin beneficiarse estos tratamientos por lo que resulta fundamental seguir apoyando la investigación”, explica Mondragón. “Los avances en investigación están siendo enormes pero no pueden detenerse para que llegue un día en que todas las personas afectadas puedan vivir esta segunda oportunidad”.

Asimismo reclama que los medicamentos “lleguen de lo antes posible a los pacientes, cuya salud se deteriora progresivamente y no tienen tiempo que perder” y recuerda lo sucedido precisamente con el último medicamento, el Kaftrio, cuya aplicación en España se demoró meses por falta de acuerdo entre Salud y la farmacéutica. “No podemos seguir reclamando cada vez que aparece un nuevo tratamiento o se amplía su utilización que llegue de una vez por todas a nuestro colectivo. Las aprobaciones de estos medicamentos debían ser automáticas una vez el organismo europeo competente los autorice y se deberían agilizar los procesos de negociación, de forma que no se puedan retrasar durante años mientras la esperanza de vida de los pacientes se pierde mes a mes”, explica Mondragón, quien confía que “los retrasos que hemos vivido con cada medicamento surgido no se repitan”.



▲ Congreso en Pamplona.





## La fisioterapia respiratoria

Unos nuevos tratamientos que, si bien han conseguido que muchas personas lleven una vida más normalizada, no quitan la necesidad de mantener la fisioterapia respiratoria como parte fundamental del tratamiento.

De esta forma, la fisioterapia respiratoria, siendo "importante" para pacientes que han tomado los nuevos tratamientos e "imprescindible" para quienes siguen sin poder beneficiarse de ellos. Para los primeros, es una herramienta para conservar esa mejoría ganada con los medicamentos, entrenando para mejorar la capacidad pulmonar y expulsando las secreciones que aún se tengan. Y para los segundos, es "su única arma" para combatir la enfermedad y expulsar la mucosa acumulada en los pulmones.

"La llegada de Kaftrio ha supuesto un gran cambio en la vida de los pacientes, deteniendo el deterioro pulmonar e incluso mejorando los resultados. Pero la fisioterapia sigue siendo parte fundamental del tratamiento, ya que la capacidad pulmonar se ha visto afectada durante los años previos de enfermedad y las secreciones, aunque en menor cantidad siguen presentes", explican desde FQ Navarra, destacando que en estos casos "la fisioterapia hace más énfasis en el entrenamiento para mejorar capacidad pulmonar".

Por ello, la Asociación reclama más recursos para mantener este servicio, que si bien cuenta con apoyo público, en la actualidad necesita de la solidaridad y de actos benéficos para financiarse.

*Participantes en la VII ▲  
Cena Benéfica.*

## Unidad multidisciplinar en Navarra

La Asociación Navarra de Fibrosis Quística pide acelerar la creación de una unidad multidisciplinar para atender a los pacientes, que ya se está trabajando desde Salud. La sanidad navarra está trabajando en la creación de un circuito de profesionales de diferentes especialidades y en los protocolos correspondientes para atender a las personas con fibrosis quística, explica Cristina Mondrágón, presidenta de la asociación, quien aboga por "dar el último empujón" a esta iniciativa y certificarlo como unidad multidisciplinar por parte de la Sociedad Científica de Fibrosis Quística. "Como enfermedad pluripatológica, facilitaría la coordinación y el seguimiento de cada caso por los profesionales que las conocen, además de reducir la carga asistencial, enorme para paciente y familia. Agradecemos el trabajo que se está haciendo y sólo faltaría el último impulso".



# Comillas:

## La Villa de los arzobispos

(Recordando a Enrique Lesarri, que fue quien me descubrió este lugar)

### ▪ Salvador Martín Cruz.

**E**spaña es tan rica en paisajes, ciudades, lugares y rincones que siempre se termina quedando alguno olvidado en el tintero. Desde que empecé a escribir estos artículos viajeros por la geografía española en PANACEA, me ha venido pasando precisamente eso con la villa cántabra de Comillas. Y eso que conozco de viejo el lugar, lo he visitado en varias ocasiones y hasta me he bañado en su playa. Y es el caso que hoy un flash fotográfico de una televisión mostrando su cementerio, situado "extramuros" en el recinto ruinoso de la iglesia de San Cristóbal, con la espectacular figura del Ángel Exterminador, obra del escultor Josep Llimona, me ha venido a recordar este hermoso rincón de Cantabria.

Situado al noroeste de la provincia, cercana ya a la línea con Asturias, Comillas, la Villa de los arzobispos (hasta cinco en la Edad Media) y Conjunto Histórico Artístico gracias a que Antonio López y López, el controvertido primer Marqués

de Comillas, puso la villa en la historia a su regreso de Cuba, donde había emigrado buscando labrarse un porvenir. Y aunque hay pinturas rupestres en la Cueva de Meaza, en el término de Ruiseñada, que sitúan su primer poblamiento hace varios milenios, y en el casco histórico de la villa la plaza vieja, la iglesia parroquial y algunas casonas de los siglos XVII y XVIII son un buen ejemplo de la arquitectura popular cántabra, lo cierto es que habría de ser el Marqués de Comillas, fundador de la compañía "Trasatlántica", quien la convirtiese en lugar de obligada visita al levantar, en ella, el imponente conjunto arquitectónico integrado por el *Palacio de Sobrellano*, verdadero museo dado su contenido arqueológico, etnográfico y artístico, y el *Panteón familiar*, ambas obras del arquitecto Joan Martorell, así como la *Universidad Pontificia* y la *Fuente de los Tres Caños*, obras de Doménech i Montaner. Un conjunto al que al que hay que agregar esa auténtica joya que es *El Capricho*, una de las primeras obras de Gaudí y de las pocas del arquitecto catalán que hay fuera de Barcelona, encargado por Máximo Díaz de Quijano, cuñado del marqués. No estará de más recordar que no fue ajeno al impulso que sufrió la villa a finales del siglo XIX, la amistad de don Antonio con Alfonso XII, quien hizo de ella lugar de veraneo de la corte, llegando, incluso, a celebrar en ella algún Consejo de Ministros.



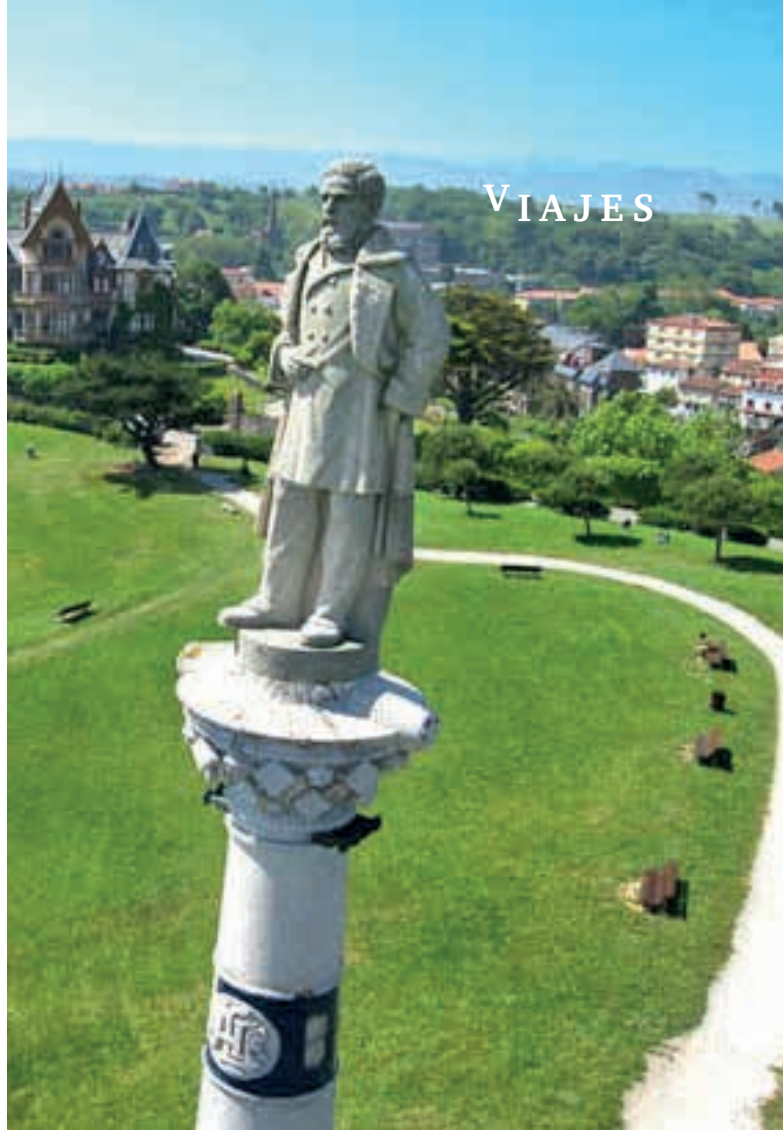
## Ficha Práctica:

El mejor camino para llegar a la villa -viniendo de Santander- es la A-67 hasta Torrelavega, para tomar allí la A-8, autopista de acceso desde Vizcaya o Asturias, hasta Cabezón de la Sal, tomando allí la CA-135. Viniendo de Palencia la A-67, de León por la A-621 y de Burgos la A-623 hasta alcanzar la A-8.

Nunca comí allí en las ocasiones en las que estuve pero, por lo que me han comentado, parecen buenos sitios para hacerlo el "Gurea", el "Sí Querida", "La Terrazuca" y "La Cues-tuca". Pensando en alojarse allí recordar que además de los hoteles Comillas, Mar Comillas y Comillas Golf, y la posada La Solana Montañesa, hay varias ofertas de apartamentos y un par de campings. A la hora del yantar recomendaría, como en casi toda Cantabria, las carnes rojas y todo lo comestible procedente de la despensa marina (las rabas son de las mejores que he comido y la marmita marinera algo espectacular) y, por supuesto, el cocido montañés, lo mismo que el queso de Cobreces o cualquiera de los de la cercana Liébana, la quesada, el requesón con miel y los sobados tan típicos de toda la comunidad.

Pensando en leer recomendaría el libro de Martín Rodrigo *Antonio López y López (1817-1883). Primer Marqués de Comillas*. Un empresario y sus empresas, que además es un buen retrato de un tiempo, una sociedad y unos personajes hace tiempo periclitados y, en otro tipo de literatura, Mareta-zos y Barlovento, del poeta de la locali-dad Jesús Cancio, siempre presente en ella pese a los años pasados desde su muerte y a que no le dejaron regresar a ella después de la "Guerra". Tenía que pagar un alto precio por haber escrito *El bombardeo faccioso de Comillas*.

De los alrededores, después de recordar que está a 48 kilómetros de Santander, capital, y en sus cercanías están además de Suances, con su mag-nífica playa; Santillana del Mar con las famosísimas cuevas de Altamira, con-siderado como uno de los pueblos más bonitos de España; el Parque Natural de Oyambre, San Vicente de la Barquera con sus magníficas playas, sus puentes y la murada Puebla Vieja ascendiendo, por un espolón rocoso, camino de la iglesia fortaleza de Santa María de los Ángeles, y, por supuesto, el desfiladero de La Hermida y todo el conjunto de valles de la Liébana, un poco más allá de San Vicente, en la misma linde con Asturias.



Estatua del Marqués ▲



Palacio y Capilla de Sobrellano ▲

# Que tu medicina sea tu alimento, y el alimento tu medicina

(Hipócrates. Médico griego. 460 a.C.-370 a.C.).

Dr. Iñaki Santiago.

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

Somos lo que comemos. O eso dicen los expertos en alimentación y salud. Por ejemplo, el consumo de proteína animal es lo que, al parecer, ha hecho que nos crezca el cerebro, lo cual hace que me pregunte muy seriamente, ¿en qué piensan los veganos? Si es que piensan en algo, claro, porque si el tamaño del encéfalo es debido al consumo de proteína animal... Yo ahí lo dejo. Además, tengo un conocido que se hincha a comer chuletones y otros cortes de origen ovino, bovino o porcino, que a él se la trae al paio el origen primigenio de la chicha que engulle, y tiene un pedazo de cabezón de quitar el hipo. O sea, que igual es verdad la relación entre proteína animal y tamaño cerebral. Debo apuntar, que tengo mis dudas sobre la relación del tamaño encefálico y la inteligencia, que esa es otra cosa creo que diferente.

Está claro que no es bueno alimentarse únicamente de productos cárnicos y que debemos ingerir diferentes productos, sobre todo de naturaleza vegetal, bien sea fruta, bien sea verdura, que son abundantes y variados. Pero hay uno entre ellos que merece un tratamiento aparte: el brócoli.

¿Es tan merecida su fama? Su mala fama, claro. Dice mi amigo, el cabezón, que con esta pérfida verdura pararían todas las guerras, ya que ambos bandos se pondrían de acuerdo para moler a palos al agricultor que la cultiva y, ya de paso, al cocinero de turno que osa prepararla. Pero... ¿a quién se le ocurre cultivar

brócoli? A una mente malvada que lo que quiere es que el mundo sea un lugar de sufrimiento, un territorio infeliz, un planeta desdichado, un territorio triste. En esa guerra el cocinero y el agricultor claramente serían daños colaterales inevitables lo cual pondría fin a cualquier contienda bélica, sea cual fuere el motivo de comienzo de la misma.

En tiempos del malvado Hitler, si los monstruos de las "SS" hubieran sido más listos, habrían dejado de lado el horror de las cámaras de gas y se habrían volcado a tope con la administración de buenas cantidades de brócoli a los pobres presos. Además, dirían: "*¡Pego si les tgratramos muy bien! ¡Les damos de comeq todo el bgrócoli que podemos!*".

El brócoli como arma biológica. ¡Qué tormento! Por no mentar a su hermano alienígena, el romanesco, con sus cónicas e inquietantes formas que se repiten hasta el infinito fractal.

Y en estas me viene a la mente otro alimento profusamente comentado por nuestros mayores, de cuando la posguerra y las cartillas de racionamiento: el pan negro. Decía mi madre que era lo único que había a lo que podían llamar pan. Mientras los pudientes (generalmente el bando vencedor, aunque en las guerras no haya vencedores ni vencidos, sino todos perdedores) comían pan blanco, fruto de la utilización de harinas mejor seleccionadas y refinadas, los perdedores y los pobres (de estos siempre abundan tras las guerras) si conseguían pan, era

pan negro con sus felices y numerosos gorgojos, que, mirándolo bien, igual eran los que le daban ese color negro. Haciendo un inciso y con intención de realizar una siembra cultural en esos cerebros dudosamente moldeados por la LOMCE y la LOMLOE, comentaré que esos bichitos, los gorgojos, son ávidos consumidores de almidón, y de ahí su predilección por el pan y demás productos ricos en dicho enrevesado glúcido, como el papel. De ahí que a estos parásitos les encante, además del pan, las hojas de los libros. Son insectos intelectuales, ya que devoran tratados, textos y papiros, cual ratón de biblioteca. Qué curioso que, para designar a los insaciables lectores humanos, se les designe con símiles faunos, como "ratón de biblioteca". La verdad es que, dentro de lo ofensivo de la comparación, suena más elegante ratón que gorgojo de biblioteca.

De todas formas, tranquilos, porque he leído que el gorgojo es un coleóptero herbívoro, o sea, un humilde escarabajo al que le vuelven loco la hierba y sus derivados moleculares. Por eso, posiblemente, se ha quedado en insecto, porque al ser vegetariano, no le ha crecido el cerebro. Tranquilos, pues, si ingerís pan negro con gorgojos, que no son carnívoros y, por lo tanto, no os van a devorar los mondongos. Además, podréis decir aquello de que engullís proteína animal de la buena. Por cierto, cuidado los veganos con el pan negro, no vaya a ser que os zampéis pequeños animalillos de Dios.





humanidad: los restaurantes de insectos. Según sus defensores, es el alimento más nutritivo que existe. ¡Y asqueroso!, apostillo. ¿Más nutritivo que un buen plato de alubias con sus sacramentos? ¿Más alimenticio que un buen chuletón de Ávila? ¡Amos, hombre! Además, entiendo que para que estos restaurantes funcionen, alguien tendrá que criar a los bichitos de marras. ¡Pues claro! Por eso se han creado granjas de insectos. Lo que no tengo claro es si sacan a pasear a los escarabajos cuales vacas al pastizal, o a los mosquitos a volar para que piquen a los transeúntes y así puedan crecer de la forma más natural posible y poder venderlos como insectos ecológicos kilómetro

En resumen, que antes los ricos comían pan blanco y los pobres pan negro aderezado con diminutos y retintos huéspedes. Y, curiosamente, hoy día el pan blanco es el más barato, por lo que lo consume el pobre, mientras que los ricos se vuelven locos por encontrar el pan más negro del mundo, que es mucho más caro y han leído en el *Reader's Digest* que es de lo más "natural" y en el *"Muy Interesante"* que es bueno para defecar, porque, que quede bien claro, mientras los pobres cagan, los ricos defecan o, como dicen los finolis, hacen de vientre. Y es que los ricos siempre han sido muy "cool".

El pan, sea blanco o negro, con levadura o ácimo, integral, candeal o el famoso gallego, históricamente siempre ha estado en el centro de la existencia del ser humano. De la cultura llamada occidental, la nuestra, florecida en derredor del Mare

Nostrum, no se entendería su evolución sin tres pilares nutricios básicos: el olivo y su apreciado oro líquido, el trigo y sus farináceos derivados, y cómo no, la vid y su apreciado zumo fermentado, el vino (¡alabados sean los hados!)

No tenemos más que asomarnos a la Biblia, sección Evangelios, para asistir con asombro al milagro de la multiplicación de los panes y los peces. Sin olvidar que, en la Última Cena, el pan fue el protagonista de la misma, convirtiéndose en alimento para el alma. ¡Casi ná lo del ojo, y lo llevaba en la mano!

He leído por algún lado que incluso la palabra "compañía" deriva del latín "*cum panis*", o sea, "con pan". O sea que, desde siempre, es importante de narices.

Y retornando al pan con gorgojos, me viene a la mente una de las últimas modas de esta nuestra querida

cero. Y, rizando el rizo, si comes ese insecto que previamente ha picado a otro ser humano, ¿estás practicando antropofagia involuntaria? Y si al que te ha picado ha sido a ti mismo, ¿estás autofagocitándote? No sé. Esto ya roza la filosofía, en su esfera de lo moral y ético.

Además, estoy convencido de que cuando comemos un plato de brócoli, por mucho que nos esmeremos en el lavado previo de la perversa verdura, seguro que involuntariamente se nos cuela algún minúsculo bichejo, tipo gusanito larvario, mosquito trompetero o escarabajo hortelano, que nos comeremos sin rechistar. Aunque, teniendo en cuenta la mala fama del brócoli, igual su sabor se debe a este inevitable condimento animal.

Dicen que el brócoli no tiene apenas calorías. Otro punto en contra suya, ya que todos sabemos que lo realmente bueno y apetitoso en el

# ANEC DOTARIO

mundo del buen yantar, está perlado de maravillosas kilocalorías y, normalmente, cuantas más, más a gusto ingerimos el objeto de nuestra gula, que, curiosamente y lo afirmo con rotundidad y sin miedo a equivocarme, nunca será el brócoli, por mucho que se empeñen nutricionistas y otras gentes dedicadas a nuestra salud nutricia de que es un alimento generoso en vitaminas y minerales.

¡Pues con su pan se lo coman ellos, aunque sea negro, de centeno, de pita o infestado de gorgojos!

## MISTERIO MISTERIOSO

Aquella venerable abuelita octogenaria se percató mientras comía, de que no tenía la dentadura postiza en su lugar lógico. Se volvió loca buscando por aquí, por allá y por acullá y nada, que no aparecía la maldita herramienta.

Al asunto se sumaba el hecho de que la buena señora acompañaba su susto por la pérdida de las castañuelas bucales con una sensación de bolo en la región retroesternal y un incesante babeo de lo más molesto, signo inequívoco de que había algún atasco en algún lado.

Si sumamos dos más dos dicen que el resultado está claro, por lo que la adorable anciana llegó a una serena conclusión: *"Me he tragado la dentadura y la tengo cruzada por ahí"*.

Dicho y hecho, la buena mujer decidió ir a urgencias donde, tras una exploración somera se pudo constatar de forma meridiana que tenía un atasco esofágico, ya que la abuela babea más que un bulldog y no le pasaba por ahí ni un triste sorbo de agua. Y en esta situación solo existe una solución: la endoscopia.

Dicho y hecho. La mujer fue trasladada a la sala de exploraciones y, como dicen los pacientes, le introdujeron por la boca *"el tubico ese hasta los belfos"*.

Tras la prueba, la abuelilla regresó de nuevo a la consulta del médico, el cual leyó, no sin asombro, el informe del colega endoscopista:

*"Se introduce el endoscopio y bla, bla, bla... A nivel de tercio distal esofágico se objetiva un pelotón de numerosas alitas de pollo prácticamente enteras que se empujan hacia cavidad gástrica. Se realiza búsqueda exhaustiva por estómago, hasta píloro, sin encontrarse ni rastro de la prótesis dental"*.

La señora regresó a su domicilio sin sensación de bolo en la zona retroesternal, sin babeo y, lógicamente, sin dentadura.

Desconocemos en qué momento y en qué situación la pobre dama extravió la prótesis, ni si la llegó a localizar en algún momento posterior. Lo que sí quedó claro, ante semejante tapón de alitas, es que el desvanecido utensilio masticatorio en cuestión no le servía de mucho.

## OJO CON LO QUE COMES

Aquella mujer, turista de unos cuarenta años, llegó a urgencias tras más de 12 horas de un molesto cuadro de vómitos profusos e incómoda diarrea, tanto por su número, como por su cantidad. La flojera que tenía era evidente, ya que no podía ni mantenerse en pie. Además, salivaba y sudaba de forma ostensible. No había historial de la misma, ya que procedía de otra zona.

Ante la atenta mirada de los sanitarios, la mujer explicó la posible causa que creía haber motivado su deplorable estado.

– Mire doctor, –dijo con un hilillo de voz– es que estaba paseando por el monte y me he encontrado con un montón de setas en el suelo, ya cortadas, y me he dicho: *"seguro que las ha cogido alguien que no sabe y, al entrarle dudas, las ha tirado"*. Así es que las he

cogido, porque yo sabía que eran buenas, y las he cocinado en mi apartamento y me las he comido.

- ¿Y qué aspecto tenían? –le inquirió el galeno –¿Ha traído alguna para ver cómo eran?
- No hace falta, porque son muy típicas –dijo la paciente, con cara petulante –Son de esas rojas con puntitos blancos.
- ¡Pero si esas son venenosas! –observó alarmado el médico.
- ¿Venenosas? Pero... pero si salen en las películas de Disney... ¡¿Cómo van a ser venenosas?! –apuntó con tono perspicaz la señora, acompañando la afirmación con una media sonrisa.

Ante el claro diagnóstico, el médico le pidió a la enfermera que, para empezar, le administrara un suero fisiológico.

- ¿Suero limpio? –preguntó la enfermera.
- Con ce-ele-ka –apuntó el galeno, expresando, en forma de simbología química, el deseo de añadir cloruro potásico a la fluidoterapia.

Ante esta orden médica, la paciente se irguió de la camilla, no sin esfuerzo, con cara de asombro y comentó con admiración:

- Pero doctor, ¿cómo lo ha adivinado?
- ¿El qué he adivinado? –preguntó el médico aún más asombrado.
- ¡¡Que soy celéaca!!

Tras aquel comentario, médico y enfermera se miraron atónitos, quedándose claras dos cosas: La primera, que aquella señora era más simple que el mecanismo de un lápiz y, segunda, que lista, lo que se dice lista, no lo era y en un concurso de tontos, seguro que quedaría la segunda... ¡por tonta!

**¡Angelicos!**



# DISFRUTA DE LA COCINA DE ALEX MUGICA



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

¡Te esperamos!



DESCUBRE NUESTROS  
MENÚS



REGALA UNA  
EXPERIENCIA CON  
NOSOTROS



HAZ UNA RESERVA  
ONLINE



VISITA NUESTRA  
WEB



# Conduce tranquilo con nuestro seguro de automóvil



**A.M.A.**  
agrupación mutual  
aseguradora

Hasta un  
**45% DTO.**

## Confianza

**S** PORQUE  
Somos  
Sanitarios

  
**Seguro  
de Automóvil**

### Nuevas coberturas y exclusivas ventajas para ti y tu familia:

Cobertura completa para tu vehículo: sustitución, valoración, accidentes, lunas y más.

Elige el seguro que mejor se adapte a tus necesidades: terceros básico, ampliado, todo riesgo, premium y más.



900 82 20 82  
[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)



**A.M.A. PAMPLONA**  
Avda. Pío XII, 30  
Tel. 948 27 50 50  
[pamplona@amaseguros.com](mailto:pamplona@amaseguros.com)

**A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico)**  
Avda. Baja Navarra, 47; 1ª  
Tel. 948 21 02 28  
[cpamplona@amaseguros.com](mailto:cpamplona@amaseguros.com)



## La Mutua de los Profesionales Sanitarios...y sus familiares.