

# Cambio climático y salud



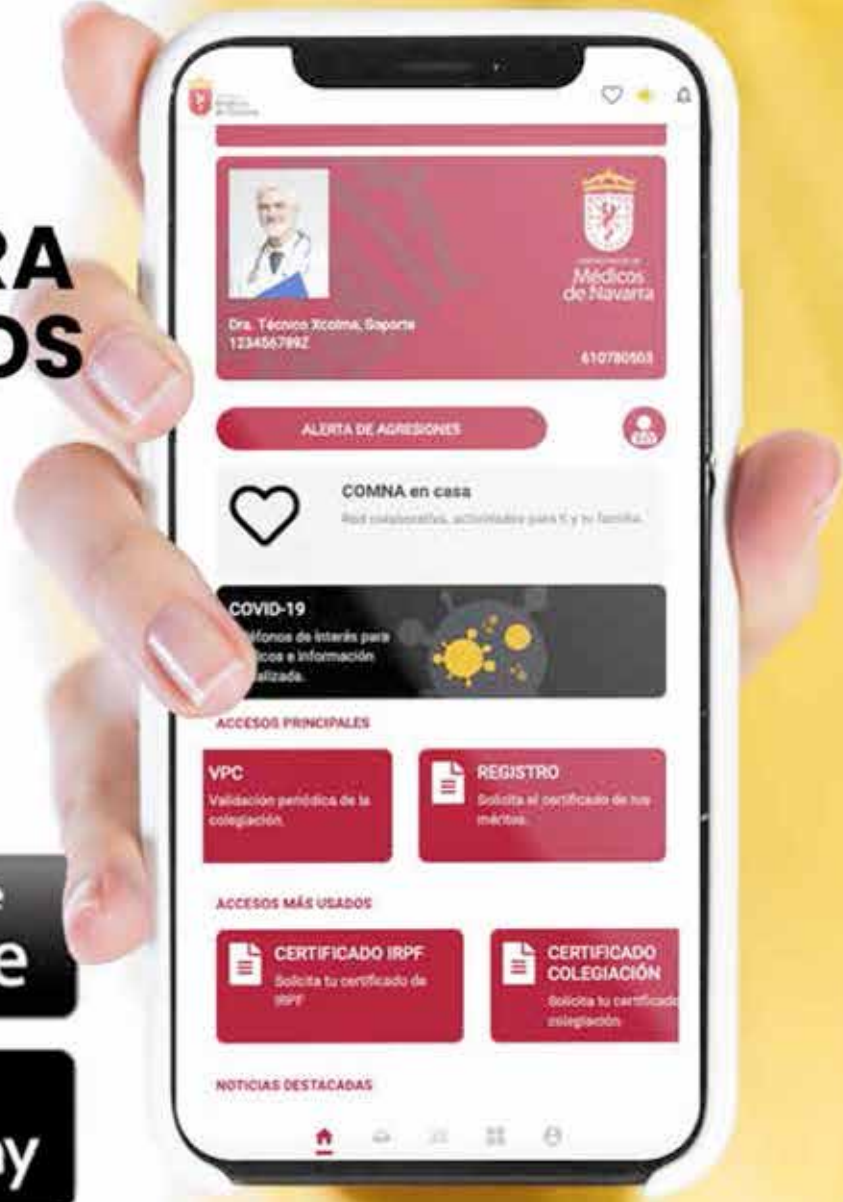
## Píldoras de Deontología Médica

II Premio Federico Soto

Cooperación y formación  
de médicos del Chad



# 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

# 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 **Lucía Moreno**, II Premio Federico Soto a la investigación del suicidio en Navarra.
- 9 **La importancia de investigar para prevenir el suicidio.**  
Por *Adriana Goñi*.
- 20 Presentación del nuevo Código de Deontología Médica  
**#PildorasDeDeontologíaMédica**
- 22 Cooperación y formación de médicos del Chad. **Entrevista con Guy Rodrigue.**
- 34 **Testimonio Beca MIR:** Oncología y cirugía dermatológica en Australia.  
Por *Ángela Estenaga*.
- 38 **Divulgación científica:**  
Cambio climático y salud.
- 54 **Informe:** Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura.
- 56 **Profesión:** Decálogo para la desburocratización de la Atención Primaria.
- 58 **Universidad:** Musicoterapia en el tratamiento de la depresión.  
Por *Celia Saiz*.

## ... y además.

4. **Editorial:**  
Cambio climático y salud global.
12. Bienvenida a los nuevos MIRes.
16. **Stop agresiones.**
18. **Formación** en tu Colegio.
21. **Píldora** de Deontología con *Félix Ceberio*.
22. IV Congreso de **Cooperación Internacional.**
30. XIV Campeonato de **Ciclismo** para Médicos.
32. XI Encuentro de **Coros** de Médicos.
46. Restaurante El Colegio.
48. **Epidemiología y estadística.**  
Por *Begoña Bermejo*.
51. **Sociedades científicas:** Avances en cancer de mama y 63 Congreso de Geriatria.
62. **Pacientes:**  
COCEMFE Navarra.
66. **Clen College.**
68. **Asesoría Jurídica:**  
La jubilación mejorada en AP.  
Por *Mariano Benac*.
70. **Viajes:** Sitges.  
Por *Salvador Martín Cruz*.
72. **Anecdotario.**  
Por *Iñaki Santiago*.
76. **Libros.**

Síguenos para estar  
informado de la  
actualidad colegial y  
profesional.





# Cambio climático y salud global



## Dr. Manuel Cires.

- Vocal de Medicina Hospitalaria y corresponsable de la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra.
- Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital García Orcoyen de Estella.

**E**l cambio climático (CC) provocado por el uso de los combustibles fósiles y la emisión de gases de efecto invernadero, es uno de los desafíos ambientales y sociales más urgentes y de mayor trascendencia a los que se enfrenta la humanidad, ya que en último término afecta a la salud de la población, siendo urgente que se tomen decisiones y se implementen medidas para la protección de las poblaciones.

En los últimos años se ha informado de un incremento en la morbilidad y mortalidad por los efectos directos del CC (aumento de los fenómenos meteorológicos extremos como olas de calor y frío, sequías, inundaciones, etc.) y efectos indirectos, por alteración de los ecosistemas (contaminación atmosférica, aeroalérgenos, incendios, incremento de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores, mala calidad del agua) o en los sistemas sociales (seguridad alimentaria, salud mental, migraciones climáticas). Se prevé que en el período de 2030 a 2050 el CC causará unas 250.000 muertes adicionales cada año, pudiendo afirmar que **la crisis climática es una crisis de salud.**

Nadie está a salvo de estos riesgos, si bien las personas más afectadas y de forma más grave son las de países con bajos ingresos que, a su vez, son las que menos contribuyen a la crisis climática. Los países del África subsahariana, sudeste asiático y ciertas zonas de Sudamérica tienen comunidades muy vulnerables ante sequías prolongadas y fenómenos meteorológicos adversos y frecuentes. Estos países tienen sistemas de salud precarios y dependientes de la cooperación internacional y de la ayuda humanitaria siendo las



personas más vulnerables y desfavorecidas las mujeres, los niños, las minorías étnicas, las comunidades pobres, los migrantes o desplazados y las personas de edad avanzada.

Conocer el impacto que puede tener el CC en la salud es esencial y, aunque la sensibilización general es reciente, las soluciones son conocidas desde hace tiempo; ahora toca implementarlas, desarrollando planes de prevención y protección capaces de reducir rápidamente las emisiones de gases de efecto invernadero y proporcionar los recursos financieros necesarios para ayudar a los más vulnerables. Conceptos como salud global, eficiencia energética y la necesidad de ser respetuosos con el medio ambiente se van extendiendo y sensibilizando a la población sobre la necesidad de hacer un uso racional de la energía, el transporte y los alimentos para reducir progresivamente la contaminación ambiental.

### LA ESTRATEGIA ONE HEALTH

El IV Congreso de Cooperación Internacional, organizado por la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC y el Colegio de Médicos de Valencia, se celebró el 25 y 26 de mayo pasados. Reunió a expertos en salud pública, veterinaria y ciencias ambientales, así como cooperantes y voluntarios que debatieron sobre los problemas relacionados con el CC y la salud global, bajo el enfoque de salud única One Health y alineados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas -conocidos como Agenda 2030- para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos y que deberían alcanzarse en los próximos años.

La profesión médica y las instituciones deben formar parte activa en la lucha contra esta grave amenaza sanitaria. La estrategia One Health o Salud Única es un abordaje holístico para combatir los riesgos que la crisis climática supone para la salud humana, la salud animal y el medio ambiente, estrechamente relacionadas e interdependientes. Esta estrategia ha adquirido mayor notoriedad en la última década, gracias a la alianza entre la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (UNEP).

One Health pretende mejorar las condiciones de salud en todos los países y muy especialmente entre las personas más desfavorecidas, respondiendo ante la desigualdad en la salud y el acceso a los sistemas sanitarios, el calentamiento global, la producción alimentaria, la economía y el comportamiento humano.

En nuestro país, los Centros Nacionales de Microbiología, Epidemiología, Medicina Tropical y la Escuela Nacional de Sanidad del ISCIII, en colaboración con otros centros, desarrollan líneas de trabajo sobre virología, salud pública, seguridad alimentaria, nutrición, cambio climático, entomología, veterinaria, cooperación internacional..., estudiando las enfermedades de origen zoonótico, mecanismos de infección y características de los vectores transmisores de patógenos. Más de la mitad de las enfermedades humanas transmisibles son zoonóticas y el 70% de los patógenos emergentes son de origen animal. La alteración

de los ecosistemas y la pérdida de biodiversidad favorecen el desarrollo y transmisión de estas infecciones, sin olvidar la relación de la crisis climática con la globalización, la mayor movilidad humana, los cambios en la distribución geográfica de diferentes especies animales, el cambio climático, la deforestación, la ganadería intensiva, las nuevas rutas migratorias animales, la contaminación ambiental...

El Congreso finalizó con la "Declaración de Valencia" de la Organización Médica Colegial, que determina que el impacto negativo del CC sobre la salud global es una cuestión de Estado, si bien la sociedad debe asumir un compromiso ético ante el medio ambiente; destaca la OMC la necesidad y el compromiso de impulsar, promover y formar en la estrategia One Health y en el trabajo multidisciplinar mediante cursos de formación médica continuada, así como el compromiso del médico en la lucha contra el CC, recogido en el Código de Deontología. Se compromete a luchar contra los riesgos asociados a la creciente resistencia a los antibióticos; a promover una economía circular de los residuos de fármacos y material sanitario, promocionando una asistencia sanitaria responsable con el medioambiente; y a apoyar a entidades y profesionales médicos, promoviendo la financiación de proyectos de acción humanitaria y cooperación al desarrollo.

En ésta línea marcada por la OMC, la Presidencia y Junta del Colegio de Médicos de Navarra plantean promover e impulsar acciones formativas sobre el impacto del cambio climático en la salud y el nuevo abordaje hacia una salud única One Health.



# La psiquiatra Lucía Moreno, II Premio Federico Soto a la investigación del suicidio en Navarra

## Concedido por M<sup>a</sup> Antonia Soto y la Fundación Colegio de Médicos de Navarra.

La investigación titulada “El suicidio en las personas con trastorno mental grave: Evidencia de una realidad” ha sido galardonada con el II Premio Federico Soto a la investigación del suicidio en Navarra, que concede M<sup>a</sup> Antonia Soto (hija del psiquiatra

Federico Soto) y la Fundación Colegio de Médicos de Navarra. Su autora es la psiquiatra navarra Lucía Moreno Izco, actualmente jefa de sección de Programas Especiales de Psiquiatría en el Hospital Universitario de Navarra (HUN).



*Rafael Teijeira y M<sup>a</sup> Antonia Soto entregaron el II Premio Federico Soto.*

La investigación premiada tiene como finalidad evaluar la mortalidad por suicidio en pacientes con un primer episodio psicótico e identificar las variables potencialmente modificables que puedan asociarse al aumento de riesgo en este tipo de trastornos. La Dra. Moreno subraya que existen escasas investigaciones sobre la evidencia de factores de riesgo clínico y social que puedan predecir la muerte por suicidio en pacientes con un primer episodio psicótico, “lo que podría orientar las intervenciones preventivas en el momento precoz de la enfermedad en Navarra”.

Lucía Moreno ha desarrollado su carrera profesional en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario de Navarra, en contacto permanente con pacientes diagnosticados de trastorno mental grave en situación de crisis. Subraya que “las personas con trastorno mental grave, y más específicamente con trastornos psicóticos, mueren antes en comparación con sus iguales en población general, con estimaciones que sugieren hasta unos 15-20 años de disminución en la esperanza de vida. No existe evidencia sobre si el exceso de mortalidad es predominantemente debido a causas “naturales” (muertes debidas a enfermedades y condiciones médicas) o “no naturales” (muertes por causas externas como, por ejemplo, suicidio y accidentes)”.



*Lucía Moreno,  
psiquiatra e  
investigadora.*

## **MÁS SUICIDIOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

El riesgo de suicidio en personas con esquizofrenia ha sido el foco de muchas investigaciones, de hecho, se ha evidenciado que este riesgo se encuentra incrementado unas 22 veces en comparación con la población general, especialmente dentro del año siguiente al primer ingreso hospitalario. La Dra. Moreno ha liderado como investigadora principal un estudio becado por el Gobierno de Navarra sobre la mortalidad en 510 pacientes navarros con un primer episodio de psicosis y en seguimiento durante 18 años en la Red de Salud Mental de Navarra. Los resultados muestran una tasa de mortalidad 3,04 veces mayor que la población general y una cifra total de 17 fallecimientos por suicidio, situándose como la principal causa absoluta de muerte entre los pacientes estudiados. Lucía Moreno añade que, tras realizar un análisis de supervivencia a los 10 años de seguimiento, se objetiva que aproximadamente un 42% de las muertes se han producido por causas no naturales (principalmente suicidio), mientras que en torno al 18% son por causas naturales. "Esto concuerda con los datos descritos en otros estudios en los que los fallecimientos por suicidio suelen producirse tras pocos años del diagnóstico de la enfermedad o del primer ingreso hospitalario". La psiquiatra subraya la importancia de determinar qué factores potencialmente modificables podrían haber incidido en el incremento de la mortalidad en esta población.

## **INVESTIGACIÓN SOBRE LOS FACTORES CLÍNICOS Y SOCIALES POTENCIALMENTE MODIFICABLES**

La investigación premiada pretende dar continuidad a las ya realizadas en Navarra sobre suicidio en personas con trastorno mental grave. "Debido al gran interés que suscita el tema, así como a la elevada prevalencia asistida en la red de Salud Mental de Navarra de trastornos psicóticos (2.479 pacientes atendidos con esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes, según datos de la memoria de Salud Mental de Navarra) se plantea la realización de una nueva investigación para determinar la relación entre las muertes por suicidio con la existencia de factores clínicos (como el tiempo transcurrido hasta la primera remisión, la gravedad psicopatológica, el consumo de tóxicos y las patologías comórbidas) y factores sociales potencialmente modificables como la duración de la psicosis no tratada o la participación familiar en el proceso de tratamiento".

Lucía Moreno considera que los esfuerzos en investigación deben centrarse ahora en la comprensión y determinación de los factores de riesgo clínico y social potencialmente modificables para poder orientar las intervenciones sanitarias de forma precoz. Para la Dra. Moreno, centrarse en la prevención es factible en una comunidad como Navarra, "donde la asistencia sanitaria presenta una orientación comunitaria y cubre prácticamente a la totalidad de la población".

# PREMIO FEDERICO SOTO



*La familia de Federico Soto con Lucía Moreno.*

## **LUCÍA MORENO, PSIQUIATRA E INVESTIGADORA**

Lucía Moreno Izco (Pamplona, 1980) es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra y especialista en Psiquiatría. Es, además, experta en Trastorno Bipolar por la Universidad de Barcelona (2014) y en Gestión Clínica en Salud Mental por la Universidad Internacional de Cataluña (2022). En la actualidad, es Jefa de Sección de Programas Especiales de Psiquiatría en el Hospital Universitario de Navarra (HUN). Forma parte del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), ha participado como colaboradora en varios proyectos de investigación en psicosis y fue investigadora principal de un proyecto becado por el Gobierno de Navarra en relación a la mortalidad de personas con un primer episodio psicótico. Cuenta con más de 40 publicaciones en revistas de alto impacto desde el año 2009.

## **EN MEMORIA DE DON FEDERICO SOTO**

El premio honra la figura del ilustre neuropsiquiatra y psicólogo, que fue durante 42 años director del Hospital Psiquiátrico de Pamplona. Su hija mayor, María Antonia Soto Carasa, enfermera, ha donado a la Fundación del Co-

legio de Médicos de Navarra los 2.500 euros de este Premio destinado a la investigación sobre el suicidio. En nombre de la familia, habló María Luz Vicondoa, periodista y autora de la biografía del Dr. Soto. "Como médico –dijo– tuvo que afrontar con gran sufrimiento, como muchos de sus colegas hoy, el suicidio de alguno de sus pacientes. No deja de ser paradójico que, en un momento en el que se ponen todos los medios para alargar la esperanza de vida con el avance de la ciencia, convivamos con un aumento en el número de suicidios".

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, recordó que la primera edición del Premio Federico Soto a la investigación del suicidio en Navarra, entregado en el año 2019, recayó en la investigación titulada "Comparación de una intervención de seguimiento telefónico versus tratamiento estándar para pacientes con intento de suicidio atendidos en urgencias" de la psicóloga clínica Adriana Goñi Sarriés. "La citada investigación –recalcó– ha sido el embrión del Código Suicidio, una herramienta innovadora e integrada en la Historia Clínica puesta en marcha recientemente por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra".

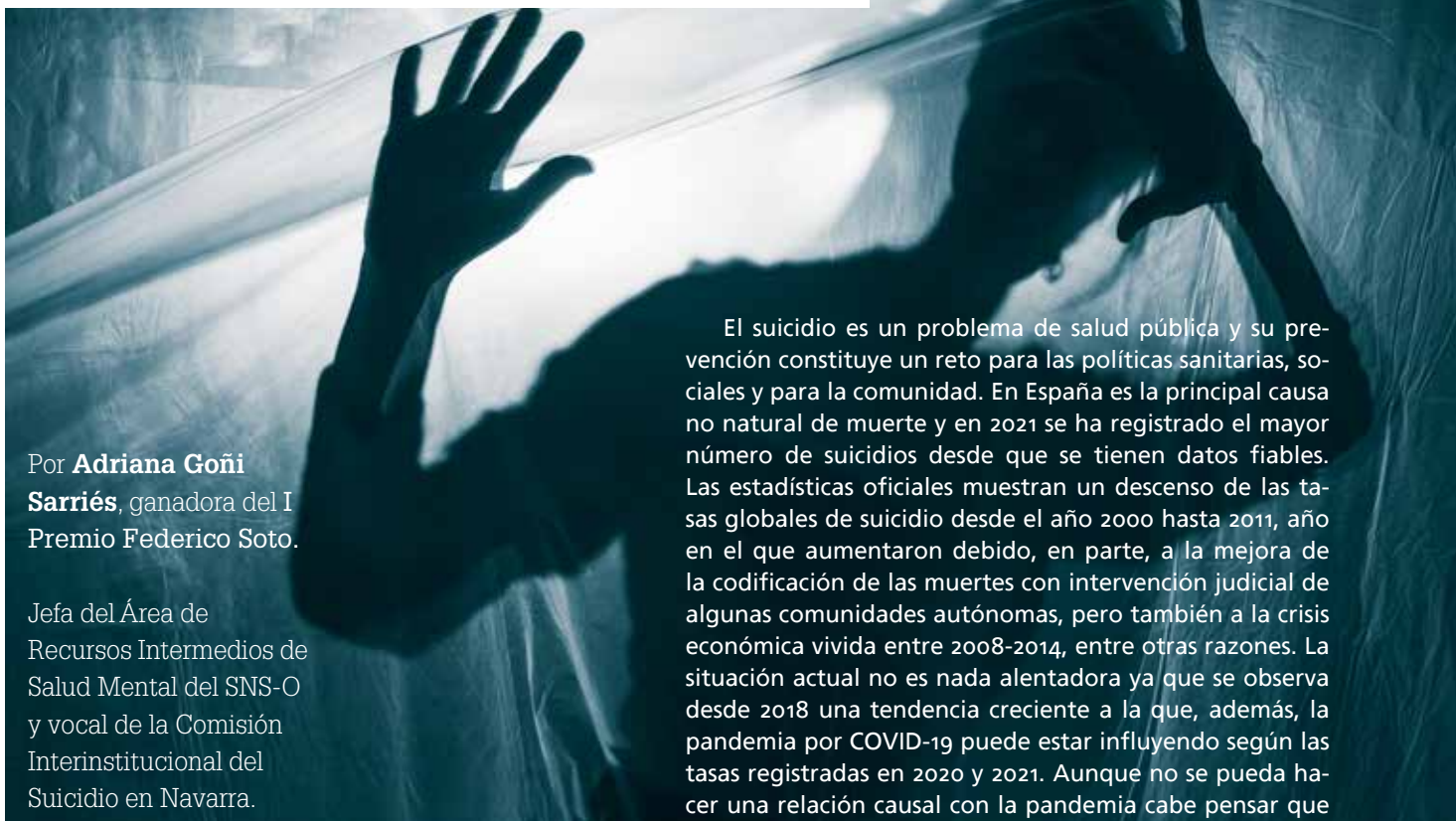
## **LAS CIFRAS PREOCUPAN**

Según datos del Instituto Navarro de Medicina Legal, en Navarra fallecieron por suicidio 58 personas (38 hombres y 20 mujeres) en el año 2021. "La mitad de estas personas –subraya la Dra. Moreno– tenían un diagnóstico clínico de salud mental, lo cual se considera un factor de riesgo para la conducta suicida, según la literatura científica. Los diagnósticos más prevalentes fueron trastornos afectivos y por consumo de sustancias, seguidos de trastornos de ansiedad, de personalidad y esquizofrénicos".

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2021 se superaron por primera vez en España los 4.000 suicidios (un 75% en hombres y 25% en mujeres), lo que supone cifras de 11 suicidios al día y uno cada 2 horas y cuarto. Entre los 15 y los 29 años es la principal causa absoluta de muerte y en el año 2022 se han duplicado los suicidios en niños menores de 15 años.



# La importancia de investigar para prevenir el suicidio



Por **Adriana Goñi Sarriés**, ganadora del I Premio Federico Soto.

Jefa del Área de Recursos Intermedios de Salud Mental del SNS-O y vocal de la Comisión Interinstitucional del Suicidio en Navarra.

El suicidio es un problema de salud pública y su prevención constituye un reto para las políticas sanitarias, sociales y para la comunidad. En España es la principal causa no natural de muerte y en 2021 se ha registrado el mayor número de suicidios desde que se tienen datos fiables. Las estadísticas oficiales muestran un descenso de las tasas globales de suicidio desde el año 2000 hasta 2011, año en el que aumentaron debido, en parte, a la mejora de la codificación de las muertes con intervención judicial de algunas comunidades autónomas, pero también a la crisis económica vivida entre 2008-2014, entre otras razones. La situación actual no es nada alentadora ya que se observa desde 2018 una tendencia creciente a la que, además, la pandemia por COVID-19 puede estar influyendo según las tasas registradas en 2020 y 2021. Aunque no se pueda hacer una relación causal con la pandemia cabe pensar que las consecuencias negativas a nivel sanitario, económico y social suponen factores de riesgo para el suicidio. Por todo ello, se hace imprescindible monitorizar este riesgo, así como aumentar las estrategias de prevención.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, se aboga por la implantación de modelos preventivos multidimensionales que permitan trabajar de forma multinivel por tratarse de un fenómeno complejo y poliédrico. Existen muchos posibles factores de riesgo de suicidio que pueden ser agrupados en diferentes conglomerados como factores globales, sociales, comunitarios, interpersonales o individuales. Además, la importancia de cada factor de riesgo se verá condicionada por el contexto en el que se desarrolle. Algunos factores pueden contribuir directamente a la conducta suicida y otros son influenciados por la vulnerabilidad individual al trastorno mental, por ejemplo. El tamaño del efecto de cada factor es, en general, bajo. Muchos de ellos pueden interactuar entre sí, pero no se conoce su efecto combinado.

“En 2021 se registró en España el mayor número de suicidios desde que se tienen datos fiables”

## PREMIO FEDERICO SOTO



“El intento de suicidio previo constituye un factor de riesgo muy importante”

*Adriana Goñi Sarriés, autora del artículo y ganadora del I Premio Federico Soto.*

### PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

El intento de suicidio previo constituye un factor de riesgo muy importante, convirtiéndose en un marcador clínico, según su gravedad, repetición de la conducta o grado de planificación. Es considerado un predictor clínicamente relevante ya que está presente en un tercio de los suicidios consumados. En este sentido, y desde el ámbito sanitario, cobra especial relevancia la prevención selectiva e indicada, dirigidas fundamentalmente a población vulnerable (personas con trastorno mental o del comportamiento, o que hayan mostrado alguna situación de riesgo elevada) y a personas que presentan conducta suicida. Entre las estrategias clínicas, dirigidas a poblaciones clínicas, se conocen algunas con mejor apoyo empírico que otras, para las que son necesarios más estudios. Sin embargo, cabe insistir en la necesidad de abordar el problema de forma integral y combinada ya que las intervenciones aisladas no tienen efectos significativos en la prevención del suicidio.

Desde la prevención indicada y en contexto clínico, resulta indispensable la evaluación, monitorización y seguimiento de las personas que expresan ideación autolítica o que ya han pasado al acto. Una de las estrategias terapéuticas mejor conocidas es el tratamiento de los trastornos mentales con psicoterapia y farmacoterapia combinadas, sobre todo los trastornos afectivos, adictivos, psicosis y trastornos de la personalidad ya que son los que pueden tener más riesgo de suicidio.

### CONTINUIDAD TERAPÉUTICA

Otra estrategia de especial relevancia es la continuidad terapéutica que mantenga la cadena de cuidados en personas atendidas por conducta suicida, sobre todo cuando se producen transiciones entre servicios, es decir al alta de la hospitalización o al alta del servicio de urgencias. Hay evidencia que este tipo de asistencias sanitarias y transiciones constituyen periodos críticos para la repetición de la conducta suicida. Además, los estudios alertan de que casi la mitad de las personas atendidas por intento de suicidio no reciben posteriormente seguimiento en salud mental. Por ello, las medidas que se pueden adoptar desde el sistema sanitario son cruciales para facilitar el tratamiento adecuado a estas personas.

### I PREMIO FEDERICO SOTO

En Navarra, se implementó un programa de seguimiento telefónico al alta del servicio de urgencias que consistía en seis llamadas a lo largo de un año, con una cadencia estructurada. Cada llamada estaba protocolizada, se registraban factores de riesgo, estado psicopatológico, nuevos estresores psicosociales y adherencia al sistema de salud mental, entre otras variables. La eficacia del programa se pudo analizar gracias al I Premio Federico Soto a la investigación del suicidio otorgado por la familia Soto y la Fundación Colegio de Médicos de Navarra en 2019.

Los resultados del programa fueron congruentes con la evidencia que tienen, por el momento, este tipo de



“Los estudios alertan de que casi la mitad de las personas atendidas por intento de suicidio no reciben posteriormente seguimiento en salud mental”

programas. Se mejoró la adherencia al sistema de salud mental, el programa no se asociaba a la disminución de la conducta suicida en aquellas personas que ya tenían intentos previos y la letalidad era baja, pero sí se dieron menos reintentos en un perfil de pacientes más graves psicopatológicamente y que habían ingresado en unidad de hospitalización psiquiátrica a raíz del primer intento y que al alta se les ofreció el programa.

#### ¿QUÉ ES EL CÓDIGO SUICIDIO?

Estos resultados pusieron de relieve la necesidad de adaptar la intervención terapéutica según las necesidades de las personas, pero, sobre todo, fue el inicio para trabajar en una herramienta, integrada en la historia clínica informatizada, que permitiera la evaluación y una mejor identificación y monitorización de las personas en riesgo de suicidio. Esta herramienta, que recibe el nombre de Código Suicidio, es una de las recomendaciones que la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2020-2026 propone para un mejor abordaje del suicidio. Algunas comunidades autónomas ya lo han desarrollado como son Cataluña, Asturias, Euskadi, Castilla-La Mancha y Valencia. En Navarra se trata de un procedimiento clínico que quiere dar respuesta coordinada y rápida a las personas con ideación y/o conducta suicida cuando, una vez valorado, el clínico considera activarlo. Persigue dos objetivos principales: detectar a las personas en riesgo y mejorar la continuidad de cuidados. Obliga a cumplir unos tiempos máximos de derivación entre servicios. Conlleva un icono identificativo en la historia clínica y un panel de gestión clínica actualizado diariamente con las personas con código activado y sus atenciones sanitarias. Tanto la activación como la desactivación del código se realiza, por el momento, por psiquiatras y psicólogos clínicos de cualquier recurso tanto hospitalario como ambulatorio de la red pública de salud mental.

La implantación del Código Suicidio en Navarra comenzó a mediados de diciembre de 2022. Dada la novedad de la herramienta, es necesario realizar la evaluación de esta para lo que se han definido una serie de indicadores de gestión clínica, pero sería muy importante iniciar una línea de investigación con los resultados en salud que la herramienta nos puede facilitar y poder de esta manera conocer los puntos fuertes y débiles del procedimiento clínico.

# Bienvenida a 120 nuevos **MIR**

**Hui Chen**, nueva vocal de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo



▲ **Los nuevos colegiados que asistieron a la bienvenida posan acompañados por el presidente del Colegio, Rafael Teijeira.**



Los 120 nuevos médicos internos residentes, que han comenzado su periodo de formación en los hospitales y centros de Salud de Navarra, recibieron el apoyo de la profesión en el acto de bienvenida celebrado en el Colegio de Médicos de Navarra el pasado 27 de junio.

Hui Chen, geriatra del Hospital Universitario de Navarra (HUN), se estrenó como nueva vocal de Médicos Jóvenes y Promoción de empleo. La citada vocalía la forman un total de 638 médicos y médicas, que representan el 16,6% de los colegiados activos en Navarra.

**Hui Chen, geriatra del Hospital Universitario de Navarra (HUN), es la nueva vocal de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo.**

## 29 MÉDICOS JÓVENES BECADOS POR EL COLEGIO

Rafael Teijeira y Julio Duart, presidente y secretario del Colegio de Médicos, presentaron a los nuevos colegiados todos los servicios dirigidos a los médicos jóvenes que el Colegio de Navarra pone a su disposición como el Certamen de Casos Clínicos o las becas Dr. Ignacio Landeche de Apoyo a la formación MIR –financiadas por Cinfa– que ha permitido la estancia de 29 MIREs en centros de reconocido prestigio internacional.

Los responsables colegiales destacaron, además, los programas existentes para la prevención, promoción y protección de la salud del MIR. El Programa de Ayuda Integral al Médico Enfermo (PAIME) ofrece asistencia gratuita y confidencial para médicos con patología de tipo psíquico y/o adictivo. En el año 2022, el Colegio de Navarra recibió 38 peticiones de ayuda en el Programa PAIME, de las que 10 fueron de médicos residentes.

Les animaron a la solidaridad con la profesión a través de la Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC), que en Navarra reparte más de 17.500 euros mensuales en ayudas para médicos inválidos, prestaciones y becas de estudio a huérfanos, etc. y a realizar un voluntariado internacional contactando con la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra.

## CONSEJOS Y AYUDA

Hui Chen y Piva Antón, vocales de Médicos Jóvenes y Médicos Tutores en el Colegio de Médicos de Navarra, se pusieron a disposición de los nuevos colegiados y destacaron que, a pesar de las dificultades que encontrarán en su formación, el esfuerzo merece la pena. “La residencia es una montaña rusa –explicó Hui Chen– y habrá momentos de dudas e impotencia porque no somos superhéroes.



*Rafael Teijeira, en primer plano, ▲ acompañando por miembros de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra.*

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 subrayó la importancia de olvidarse del orgullo y tomar conciencia de que la Medicina es un trabajo en equipo. Apeló a la responsabilidad con el paciente y a los derechos de los médicos en formación “ porque tenemos nuestros límites y necesidad de descanso”. Finalmente, Hui Chen deseó a los MIR que disfruten de la experiencia, “porque pasa muy rápido”.

Por su parte, Piva Antón les animó a que pidan la ayuda de sus tutores en sus centros de trabajo y que lo hagan “sin miedo, porque estamos para eso”.



*Los MIREs ▲ escuchan las recomendaciones de sus vocales colegiales en el acto de bienvenida.*

# Nuevas colegiaciones 2023

La FPSOMC lanza la campaña #TuPrimerPaciente para promover la solidaridad entre el colectivo médico joven

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) ha puesto en marcha la campaña #TuPrimerPaciente con el objetivo de promover la solidaridad entre el colectivo médico joven que acaba de graduarse y trasladar la importancia de formar parte de su ONG, su Fundación y su #FamiliaMédica.

El objetivo de esta iniciativa es concienciar a los nuevos médicos y médicas que desde el momento que se colegian empiezan a cuidar a sus propios compañeros, siendo parte de esta Fundación, a través de sus colegios de médicos. Durante los dos primeros años los nuevos colegiados forman parte de la #FamiliaMédica sin coste alguno.

La FPSOMC lleva viva más de 100 años gracias a la solidaridad de la profesión médica, los socios protectores que contribuyen con aportaciones voluntarias cada mes. Cada año se destinan cerca de 14 millones de euros a prestaciones y servicios para ayudar a quienes más lo necesitan.

Para apelar a esa solidaridad y dar a conocer sus ayudas, la FPSOMC ha creado un espacio [web](#) donde aloja un vídeo sobre qué es la Fundación, la importancia de formar parte de ella, las ventajas de ser socio protector y el acceso al catálogo de prestaciones de la FPSOMC.

## FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA OMC

La Fundación para la Protección Social de la OMC es un órgano de solidaridad entre el colectivo médico ante las diversas necesidades de protección que los facultativos o sus familias puedan presentar.

En la actualidad proporciona asistencia a cerca de 3.000 beneficiarios a través de las distintas Prestaciones de Protección Social recogidas en su Catálogo 2023: Servicio de Atención Social, Prestaciones Asistenciales, Dependencia y Discapacidad, Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Profesional, Prevención, Promoción y Protección de la Salud del Médico, y Protección en el Ejercicio Profesional.

Para ayudar a los demás y ejercer una solidaridad activa con otros compañeros y sus familias, puedes hacerlo a través de tu Colegio de Médicos.



ACCESO AL VÍDEO  
DE LA CAMPAÑA

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?

## Condenado a seis meses de prisión por agredir a un médico en el centro de salud de Cintruénigo

**El Juzgado de lo Penal nº 2 de Pamplona ha dictado sentencia condenatoria contra un paciente “por delito de atentado” con seis meses de prisión y “por delito leve de lesiones” al pago de 100 euros como indemnización al médico agredido.**

→→







La agresión se produjo el 6 de febrero de 2020 a un médico del Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Cintruénigo (Navarra), que reconoció al paciente. Los hechos probados detallan que el acusado, tras salir de la consulta y disconforme con la asistencia recibida por el médico de guardia, irrumpió de nuevo en la consulta y, tras increparle, "agredió al doctor propinándole un puñetazo en la cara que le hizo caer al suelo, y una vez en el suelo, le siguió golpeando", ocasionándole múltiples lesiones.

El profesional agredido denunció a través de los servicios jurídicos del Colegio de Médicos de Navarra. La sentencia muestra su conformidad con la calificación de la acusación, dado que los hechos declarados probados -por expreso reconocimiento del acusado- son constitutivos de un delito de atentado previsto y penado en el art. 550 1º y 2º del Código Penal y de un delito leve de lesiones penado en el art.147.2 del Código Penal.

La sentencia es firme y, contra ella, no cabe recurso ordinario. Obliga, además, al pago de las costas al acusado.

El Colegio de Médicos de Navarra expresó, en un comunicado, su satisfacción por la sentencia dictada y recuerda que cualquier agresión a los sanitarios del sector público está considerada en el Código Penal como delito de atentado contra la autoridad.

Anima a denunciar cualquier tipo de agresión (física, insulto, amenaza, injuria, intimidación o maltrato) y pone a disposición de los médicos que han sufrido una agresión un servicio de asesoría jurídica personalizada, que le acompaña desde el inicio del proceso. Además, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) facilita una valoración confidencial y personalizada si el profesional necesitara asistencia en el ámbito psicológico.

### Enérgica repulsa ante la agresión sufrida por un médico de urgencias del HUN

La Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra expresó, en un comunicado difundido el pasado 8 de mayo, su más enérgica repulsa ante la agresión sufrida por un médico de urgencias del Hospital Universitario de Navarra (HUN) en el ejercicio de su profesión.

Ante este hecho, manifestó tolerancia cero frente a las agresiones e hizo un llamamiento a la concienciación social de la ciudadanía para que rechace este tipo de comportamientos violentos hacia un colectivo cuya labor es fundamental.

Esta forma de violencia tiene consecuencias evidentes sobre la salud física y psicológica de los profesionales agredidos, degrada la relación médico-paciente y tiene repercusiones negativas sobre la calidad de la prestación sanitaria.

Desde el Colegio de Médicos se seguirá trabajando para que las agresiones a sanitarios sean consideradas como violencia social y delito contra la autoridad tanto en el ámbito público como privado de la Medicina. Seguirá, asimismo, impulsando protocolos y acciones que contribuyan a erradicar este tipo de violencia y dar una respuesta ágil y coordinada a los médicos víctimas de una agresión.

### Apoyo a los trabajadores del Centro de Salud de Rochapea

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, acompañó a los profesionales del centro de salud Rochapea en la concentración convocada para denunciar la agresión de la que fueron objeto, el pasado 27 de abril, dos trabajadores de este centro.

## Gestión de la sangre en hemorragias postparto

Optimizando el cuidado de las mujeres gestantes



El primer curso sobre “Aplicación de PBM a Hemorragia Postparto” reunió el pasado 26 de mayo, en el Colegio de Médicos, a más de 100 profesionales implicados en el cuidado de la mujer gestante, entre los que se encontraban enfermeras de quirófano, matronas, hematólogos, anestelistas y obstetras. Los directores del curso fueron los doctores Carlos Larrañaga y Juan Carlos Muruzábal (ginecólogos del Hospital Universitario de Navarra), José Antonio García Erce (hematólogo y director del Banco de Sangre de Navarra) y Gabriel Cerdán (anestesta del Hospital García Orcoyen de Estella).

El objetivo del curso fue abordar la hemorragia postparto no solo como un problema agudo durante el parto, sino también como un aspecto a tener en cuenta desde las primeras etapas de la gestación. El Dr. Carlos Larrañaga añade que el curso hizo hincapié en “la importancia de optimizar la eritropoyesis durante este período, así como en la necesidad de una pronta recuperación de las mujeres púerperas después de un episodio de hemorragia postparto grave”.

### PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM)

El Dr. Larrañaga explica que en la base de estos esfuerzos se encuentra en el concepto más amplio de “gestión de la sangre del paciente” (GSP), también conocido como Patient Blood Management (PBM). “Este enfoque se centra en el paciente y aborda la deficiencia de hierro, la anemia, las coagulopatías y la pérdida de sangre, tanto en la población quirúrgica como en las mujeres gestantes, como factores de riesgo para resultados médicos adversos”. Según la GSP, la anemia y la deficiencia de hierro se consideran problemas graves de salud que afectan al 50% de las mujeres en edad gestante de todo el mundo.

Con este tipo de cursos y enfoques, centrados en la gestión de la sangre del paciente, se espera mejorar significativamente el cuidado de las mujeres gestantes y reducir los riesgos asociados con la hemorragia postparto.

La evaluación del curso fue satisfactoria y muchos participantes expresaron su deseo de que se realice una nueva edición en el futuro.

▲ El Dr. Carlos Larrañaga moderó la mesa redonda sobre “Situación aguda. Tratamiento de HPP”.

▼ Público asistente al curso.



## Presentación del nuevo Código de Deontología Médica

El pasado 25 de mayo, el Colegio de Médicos de Navarra acogió la mesa redonda "Actualización del Código de Deontología Médica", organizado por la Comisión de Deontología, con el objetivo de presentar el nuevo Código, que entró en vigor el pasado 23 de abril.

El Código inspira la conducta profesional de la profesión, incrementa su articulado e introduce capítulos dedicados a la seguridad del paciente, telemedicina, tecnología de la información y comunicación, inteligencia artificial, base de datos, etc.

Miembros de la Comisión de Deontología presentaron las novedades y resolvieron las dudas de los colegiados. Participaron: Félix Ceberio, presidente de la Comisión de Deontología, que definió y explicó el ámbito de aplicación del nuevo Código; Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra, se refirió al proceso de aprobación del nuevo Código y las novedades respecto a la deontología de los

médicos peritos; Pilar León, vocal de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial y secretaria de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra, habló sobre los Principios Generales del nuevo Código y su aplicación en la telemedicina y la inteligencia artificial; Serafín García Mata, vocal de la Comisión, hizo una actualización deontológica sobre las relaciones del médico con sus pacientes; M<sup>a</sup> Victoria Barcos, vocal, se centró en la deontología de la seguridad del paciente; Rebeca Hidalgo, vocal, habló sobre secreto profesional; y finalmente María Chueca y Eva Recari, vocales de la Comisión de Deontología, explicaron las novedades a la deontología de la sexualidad y la reproducción humana.

Más de 100 colegiados siguieron la actividad, que se desarrolló tanto presencialmente (en la sede del Colegio) como online a través de la plataforma de formación del Colegio.

VER EL VÍDEO

*Participantes en la mesa redonda: Serafín García Mata, Eva Recari, Félix Ceberio, Rafael Teijeira, Pilar León, Victoria Barcos y María Chueca. ▼*



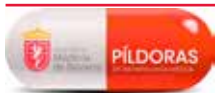
*Miembros de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra. ▼*





## Campaña Píldoras de Deontología Médica

¿Qué dice el nuevo Código sobre telemedicina, inteligencia artificial, eutanasia, transexualidad o gestación subrogada?



VER PÍLDORA

#PíldorasDeDeontologíaMédica



@MedenaColegio

### VÍDEO DE PRESENTACIÓN DE LA CAMPAÑA

El Colegio de Médicos de Navarra y su Comisión de Deontología lanzan 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...

Cada mes, se difundirá un vídeo de la campaña Píldoras de Deontología Médica que consta de 8 capítulos. En la página web del Colegio de Médicos de Navarra <https://colegiodemedicos.es/> ya se puede ver la primera píldora sobre “Definición y ámbito de aplicación del nuevo código de Deontología Médica” con el Dr. Félix Ceberio, presidente de la Comisión Deontológica.



La temática y protagonistas de los siguientes vídeos son:

- **El respeto a la vida como Principio General: ¿Qué ha supuesto la Ley de la Eutanasia para el nuevo Código?** 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.
- **Telemedicina e inteligencia artificial.** 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.
- **Relaciones del médico con sus pacientes.** Dr. Serafín García Mata, vocal de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra.
- **Seguridad del paciente.** Dra. María Victoria Barcos, vocal de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra.
- **Secreto profesional.** Dra. Rebeca Hidalgo, vocal de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra.
- **Sexualidad y reproducción humana: Transexualidad.** Dra. María Chueca, vocal de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra.
- **Sexualidad y reproducción humana: Aborto y gestación subrogada.** Dra. Eva Recari, vocal de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra.

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



## Dr. Félix Ceberio: Definición y ámbito de aplicación del nuevo Código de Deontología Médica.



"El nuevo Código es una manifestación de nuestro compromiso con el paciente"

*Dr. Félix Ceberio, presidente de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra.*

El presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra, Dr. Félix Ceberio, inicia la campaña Píldoras de Deontología Médica con un vídeo sobre "Definición y ámbito de aplicación del nuevo Código de Deontología Médica".

El Dr. Ceberio explica que el primer Código Deontológico en España se publicó el año 1978. Desde entonces, se ha actualizado en cuatro ocasiones (1990, 1991, 2011 y 2022).

Según el Dr. Ceberio, el nuevo Código "ha supuesto un arduo trabajo colaborativo de muchos profesionales con gran implicación personal y de manera totalmente altruista. Su

elaboración ha resultado compleja por los nuevos temas que se han incorporado, las diferentes posiciones, creencias y formas diversas que los médicos tenemos ante los temas que abarca el Código".

### COMPROMISO CON EL PACIENTE

Como recoge el preámbulo, este Código debe y quiere fomentar el altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad y la empatía como elementos primordiales de la relación médico-paciente, "que es la base de nuestro quehacer profesional", explica el Dr. Ceberio.

El Código vela por la seguridad del paciente y la calidad asistencial. Recalca el Dr. Ceberio que con este nuevo Código, "los médicos hacemos una manifestación de nuestro compromiso con el paciente". Añade que el Código es un instrumento de calidad, equidad y responsabilidad profesional.

Por último, subraya en el vídeo que el nuevo Código se alinea con los tres principios universales de la Medicina que son: buscar siempre el beneficio del paciente; la autonomía del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su salud; y el principio de justicia social, también llamado de equidad.

## IV Congreso de Cooperación Internacional

# La lucha contra el cambio climático, compromiso ineludible de la profesión médica

El IV Congreso de Cooperación Internacional de la Fundación para la Cooperación Internacional de la Organización Médica Colegial (FCOMCI) ha puesto de relieve la necesaria implicación y compromiso de la profesión médica en la lucha contra el cambio climático, debido a su enorme impacto en la salud global.

Se celebró en Valencia los días 25 y 26 de mayo y reunió a expertos nacionales e internacionales para abordar el impacto del cambio climático sobre las poblaciones más vulnerables, ancianos y niños, especialmente en países con bajos recursos económicos. Una situación que obliga a replantear las iniciativas en el ámbito de la cooperación internacional con el objetivo de aumentar su eficiencia, accesibilidad y sostenibilidad.

De la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra asistió el Dr. Jesús Manuel Cires, cirujano en el Hospital García Orcoyen de Estella y vocal de Medicina Hospitalaria del Colegio de Médicos de Navarra. El Dr. Cires es colaborador de las Fundaciones Cirujanos en Acción y Hernia International Foundation desde 2015, realizando campañas humanitarias quirúrgicas como "team leader", en Gambia, Camerún, Perú, Liberia y Kenia.

### DECLARACIÓN DE VALENCIA

El Congreso concluyó con la **Declaración de Valencia**, un decálogo con las principales conclusiones extraídas de esta cita promovida por la profesión médica sobre cooperación, cambio climático y salud global.

1. La Organización Médica Colegial (OMC) determina la importancia de **impulsar, promover y formar en la estrategia One Health y el trabajo multidisciplinar**, como primer paso para evitar el impacto negativo del cambio climático en la salud global.
2. La OMC recoge en su Código de Deontología el compromiso del médico en la lucha contra el cambio climático. En esta línea, la Alianza Médica contra el Cambio Climático, nacida en el seno del Consejo General de Médicos (CGCOM), aúna los esfuerzos de colegios de médicos y sociedades científicas para la descarbonización de la asistencia sanitaria y para la sensibilización de los profesionales y sociedad en su conjunto.
3. La OMC se compromete a **promocionar, potenciar, divulgar y acreditar cursos de formación médica continuada** sobre el impacto negativo del cambio climático en la salud global.
4. La OMC se compromete a promocionar una **prescripción médica más responsable con el medioambiente**, racionalizando en lo posible la emisión de gases de efecto invernadero y luchar contra los riesgos asociados a la creciente resistencia a los antibióticos.
5. La OMC se compromete a **promover la economía circular de los residuos de fármacos y material sanitario** como medidas que contribuyan a descarbonizar la sanidad.
6. La OMC reconoce la responsabilidad que tiene la profesión médica en desarrollar **medidas de prevención de la enfermedad** y se compromete, desde el conocimiento y desde sus competencias a contribuir a la elaboración de planes generales de salud pública que eviten y respondan a futuras pandemias.
7. **La salud mental se ve afectada en gran medida por el impacto del cambio climático**, tanto en el Norte como en el Sur Global, y en mayor medida en jóvenes y mujeres. La OMC reconoce la importancia de identificar necesidades y promover y sostener de forma preferente iniciativas que vayan encaminadas a la asistencia de población afectada.
8. La OMC se compromete a **seguir contribuyendo y apoyando a entidades y profesionales médicos** promoviendo políticas públicas a nivel europeo que incidan en el aumento de la financiación de proyectos de acción humanitaria y cooperación al desarrollo.
9. La OMC reconoce la necesidad de que **toda la sociedad afronte el compromiso ético** ante el medio ambiente.
10. La OMC determina que el impacto negativo del cambio climático en la salud global es una **cuestión de estado**.

# COOPERACIÓN Y CAMBIO CLIMÁTICO

## Mesas redondas y entrevistas del Congreso

**Ponencia inaugural sobre "Las personas frente al reto de la salud global".**  
 Fernando Simón, director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad



**Mesa 4. One health. Cambio climático y cooperación sanitaria: una mirada crítica**

### Entrevistas

**Santiago Vega:**  
*"Más de 12 millones de muertes anuales están relacionadas con la falta de salud ambiental"*

**Dr. Pascual Caballero:**  
*"Nos toca reflexionar sobre las prioridades reales del planeta y sus habitantes, y comunicarlo sin tapujos a las autoridades y a la sociedad civil"*



**Mesa 3. One health. Nuevo abordaje hacia una sola salud global**

### Entrevistas

**Carlos Mediano (Médicus Mundi España):**  
*"Los países que menos están contaminando son los que más sufren los efectos negativos del cambio climático"*

**Paula Gil (Médicos Sin Fronteras):**  
*"Las poblaciones marginadas y vulnerables suelen verse afectadas de forma desproporcionada por los efectos del cambio climático en la salud mental"*



### DECÁLOGO PANDEMIAS Y ONE HEALTH

**Opinión:**  
 Cooperación, cambio climático y profesión médica por la **Dra. Rosa Arroyo Castillo**, vicesecretaria de la Organización Médica Colegial (OMC)

**Mesa 2. Impacto del cambio climático en enfermedades de transmisión vectorial**

### Entrevistas

**Dr. Diego Torrús:**  
*"Estamos en un momento trascendente para poder revertir o mitigar los efectos del cambio climático en la salud"*

**Dr. Santiago Mas-Coma:**  
*"El fenómeno reciente del calentamiento de las aguas de océanos y mares va también a tener repercusiones"*

**Mesa 1: Perspectiva interdisciplinar: ¿Cómo afecta el cambio climático a la salud?**

### Entrevista

**Jorge Olcina:**  
*"El cambio climático es global y afecta prácticamente a todas las disciplinas de conocimiento, a todos los sectores económicos y a todas las capas sociales"*



## Entrevista

### El Dr. Guy Rodrigue del Chad inicia el programa formativo y de cooperación del Colegio de Médicos de Navarra.

→ Por Trini Díaz

“No podemos copiar el modelo sanitario navarro pero sí sus principios”

Llegó a Pamplona con el objetivo de recopilar información y conocer el funcionamiento, organización y gestión del sistema de urgencias navarro. El Dr. Guy Rodrigue Takoudiou ha iniciado el programa formativo, liderado por el Colegio de Médicos de Navarra, que permitirá financiar la estancia en Navarra de tres médicos del Hospital Le Bon Samaritain de N'Djamena, la capital del Chad, durante los próximos años.

En tan solo un mes, Guy Rodrigue Takoudjou, médico y jesuita, ha expresado al máximo la experiencia y se lleva al Chad aprendizajes y sobre todo “buenos amigos” con los que continuar este intercambio formativo entre Navarra y N'Djamena. Asegura que no puede trasladar el modelo sanitario a su país, “porque no tenemos medios para ello”, pero sí algunos de los principios que lo sustentan.

Guy Rodrigue es camerunés, se formó en Teología en España, en

farmacología en Estados Unidos y en Medicina en el Chad, en la Facultad en la que ahora es decano. Este médico, sacerdote, investigador y docente, forma parte del equipo directivo del Hospital Le Bon Samaritain de N'Djamena.

Durante un mes ha acompañado a profesionales del sistema navarro de urgencia hospitalaria y extrahospitalaria, pediatría, ginecología, Atención Primaria... y ha conocido las peculiaridades de la formación pregrado de Medicina en las dos universidades navarras. Antes de regresar al Chad, el Colegio de Médicos reunió a quienes han posibilitado esta experiencia (médicos, jesuitas, responsables de centros e instituciones y representantes de las entidades implicadas en el proyecto: Fundación Diario de Navarra, Alboan y Colegio de Médicos) para despedirle y conocer la valoración que hace de su periplo por la sanidad navarra.





*El médico y jesuita, Guy Rodrigue, se ha formado en Navarra, gracias a la beca del Colegio de Médicos. El objetivo de su estancia ha sido conocer el funcionamiento, organización y gestión del sistema de urgencias.*

## DESDE LA OTRA ORILLA

El Dr. Guy Rodrigue hace una valoración de nuestro sistema sanitario que sorprende, poniendo el foco en aspectos en los que no hubiésemos reparado. Su mirada nos conduce de Navarra al hospital Le Bon Samaritain de N'Djamena, que aúna sanidad y educación en unos de los países más pobres de África.

### – ¿Qué es lo que más le ha llamado la atención del sistema sanitario navarro?

Todo lo que he aprendido es extraordinario para mí. Por ejemplo, la limpieza e higiene. Hice un cálculo aproximado y en un día se cambian más de mil sábanas en urgencias, una cifra que está lejos de nuestras posibilidades. En nuestro hospital solo tenemos a una persona encargada de lavar las sábanas, pero podemos mejorar la limpieza sin que nos cueste mucho dinero. Lo que más me ha sorprendido ha sido el seguro médico.

### – ¿Valoramos suficientemente lo que tenemos?

Para valorarlo es posible que se tenga que ver antes lo que nosotros tenemos. El seguro médico es un privilegio para pacientes y profesionales, en nuestro hospital se paga por todo. El seguro proporciona al médico los medios necesarios para hacer su trabajo, sin presiones ni limitaciones. En la entrada de nuestro hospital hay un cartel que indica los precios de cada intervención y muchas veces –demasiadas– el paciente no puede completar el tratamiento o pagar las pruebas.

### – ¿Qué cosas se puede copiar de lo aprendido?

Podemos ir adaptando a nuestro contexto los protocolos y algoritmos que en Navarra existen para cada procedimiento y el reposicionamiento inmediato de la medicación o el instrumental utilizado para que siempre esté listo. También podemos mejorar la transmisión de la información entre médicos cuando llega la hora del relevo y avanzar en la informatización

de la historia clínica. Me ha llamado también la atención el triaje, la simulación de casos para la formación de los profesionales, las segmentación de las etapas en el análisis y resolución de los problemas, la ecografía en consulta, la disponibilidad y rapidez de las pruebas complementarias, la comida de los pacientes, las llamadas para avisos de derivación, el porcentaje de mujeres sanitarias, la consulta y presencia en urgencias de pacientes con síntomas resueltos o leves, la alta prevalencia de patología psiquiátrica y el poder que tienen los pacientes.

### – ¿Qué dificultades ha encontrado?

Pocas. Estoy muy agradecido por el interés y la atención prestada durante mi estancia formativa. Ha sido un regalo. Entre las dificultades, destacaría el frío y la lengua porque, a pesar de que hablo español, supone un gran esfuerzo vivir todas las horas del día en un idioma que no es el tuyo. Me ha llamado mucho la atención el tratamiento que se da aquí a los perros, impensable en África. Como anécdota, cada día me perdía buscando la lavandería del Hospital para sustituir mi bata.

## LA URGENCIA QUE NO ES

### – ¿Por qué ha puesto el foco en las urgencias sanitarias?

El programa de formación nos permitía elegir un área para centrar mi estancia en Navarra. Mi hospital cuenta ahora con una sala de urgencias, con 6 camas y en los próximos años queremos construir y organizar un edificio de urgencias. Vine aquí con el objetivo de ver y aprender cómo organizar y gestionar un servicio de urgencias hospitalario. Pero mi estancia también me va a permitir otras cosas como, por ejemplo, avanzar en la digitalización de la historia clínica de nuestros pacientes.



Con Carlos Beaumont, vicesecretario del Colegio de Médicos, en el Servicio de Urgencias.

– **¿Qué es urgente en un país con emergencia alimentaria?**

En África tenemos un concepto diferente de la urgencia, pero hay que saber organizarla. Después de la malaria, la desnutrición es la enfermedad que más atendemos en nuestro hospital, pero la mayoría de los casos no están en las estadísticas porque nuestros pacientes solo van al hospital cuando tienen complicaciones derivadas de la desnutrición. Produce más dolor porque son enfermedades evitables.

– **¿Se puede prevenir la enfermedad estructural?**

Hay que buscar la manera de que la gente pueda comer. En nuestro hospital tenemos un programa de nutrición infantil. Cocinamos una harina enriquecida que vendemos a las madres por un precio muy barato. Así ayudamos a 5.000 o 10.000 personas al año. ¿Pero qué es esto en una población de 16 millones de habitantes, donde el 70% son niños? La subida de precios de alimentos básicos, los conflictos internos y las crisis climáticas, desfondan el Sahel y la región oriental del Chad.

**ENFERMEDADES QUE NO SON NOTICIA**

– **Las enfermedades ligadas a la pobreza no salen en las noticias, pero siguen matando a cientos de miles de personas cada año. ¿Qué enfermedades atienden en su hospital?**

La enfermedad con mayor prevalencia continua siendo la malaria, seguida de la malnutrición infantil, las neumonías, el sida, la tuberculosis, la fiebre tifoidea, los traumatismos por accidentes (sobre todo, por conducción de motos sin medias de seguridad) y las heridas con armas blancas.

– **La vacuna para la malaria parece no llegar nunca, ¿cómo es posible que no se avance más?**

Porque la investigación se hace en Occidente y no en África. Hemos visto cómo en menos de un año se ha descubierto la vacuna contra la COVID-19

“El seguro médico es un privilegio para pacientes y profesionales. En nuestro hospital se paga por todo”

y, sin embargo, llevamos siglos con la malaria y todavía no tenemos vacuna.

– **El hospital Buen Samaritano se ha convertido en un centro de referencia para la lucha contra la COVID-19 en Chad. ¿Por qué?**

Gracias al apoyo de Entreculturas y otros benefactores, se construyó el Laboratorio de Grandes Epidemias Tropicales (LAGET), en el que se realizan pruebas médicas como PCR, estudios de seroprevalencia y carga viral, detección de nuevas variantes, etc. Los médicos de nuestro hospital están contribuyendo a entender el comportamiento del virus en el África subsahariana.

– **Parece que la pandemia no ha castigado especialmente a África.**

Es verdad que el Chad se ha visto muy poco afectado por la pandemia y ha contabilizado solo unos cientos de casos mortales, probablemente debido a la juventud de su población y porque estamos más acostumbrados a procesos infecciosos. Pero si tuviera la respuesta a esa pregunta no estaría ahora aquí. Esto es todavía un misterio, pero me alegro de que haya sido así.



*Rafael Teijeira entrega al médico y jesuita del Chad el pañuelo de San Fermín.*

– **¿Cómo habéis vivido la pandemia?**

Con mucho miedo. Esperábamos que nos castigase duramente, como ya estaba ocurriendo en China y en Europa. Pero no fue así. Al principio pensamos que era porque no se recogían estadísticas, pero realmente los fallecimientos fueron pocos. Hicimos un estudio de prevalencia, cuando ni siquiera teníamos vacunas, y descubrimos que más del 70% de los casos estudiados tenían anticuerpos. Es posible que entre la población africana se haya generado cierta inmunidad cruzada. En el Hospital pude observar que los síntomas de COVID se manifestaban cuando la inmunidad de la malaria era baja.

– **¿Cuántos médicos habéis formado en la facultad de la que eres decano?**

En el Chad hay 3 Facultades de Medicina. Solo la nuestra es privada. Desde el 2005 hemos formado a 80 médicos y en estos momentos tenemos 60 estudiantes. En el país hay un total de 1.197 médicos, 3.466 enfermeros, 779 comadronas y 108 farmacéuticos. Las universidades públicas tienen más alumnos, pero nosotros damos una mejor atención, sobre todo a nivel práctico. Antes de que terminen, los hospitales del país quieren contratar a nuestros alumnos. El contacto con los responsables de las universidades navarras va a ser muy provechoso.

“Me ha llamado la atención la alta prevalencia de patología psiquiátrica y el poder que tienen los pacientes”

“Es posible que entre la población africana se haya generado cierta inmunidad cruzada frente a la COVID”



– **¿Allí también faltan médicos?**

Muchos más que aquí, pero al mismo tiempo tenemos profesionales en paro porque para que un médico trabaje hace falta primero un hospital. La atención de los dispensarios en las zonas rurales no da para vivir.

**HIERBAS QUE CURAN**

– **Ha investigado sobre plantas medicinales y curanderos, ¿qué ha descubierto?**

Estar con los curanderos me ha permitido comprobar que ayudan a mucha gente en zonas donde no hay centros de salud ni hospitales. Mi formación farmacológica y teológica me ha posibilitado una forma de entender la sanación, un pensamiento sistemático para poder ahora confrontar la realidad de los curanderos en el terreno y mayor autoridad para ello. Las respuestas se logran en el laboratorio o en ensayos clínicos, pero antes

hay que hacerse muchas preguntas para tener la certeza de que hay una hierba que puede curar una determinada enfermedad.

– **¿Y ha encontrado respuestas en la medicina tradicional?**

He podido constatar en mí mismo -soy asmático- que las hierbas ayudan a controlar la enfermedad. Hace años, no me podía permitir pagar los fármacos necesarios de por vida y busqué remedio en la medicina tradicional. A mí me ha funcionado y tengo que convencer a la comunidad científica de ello, pero demostrarlo requiere de procesos muy complicados y caros. Mi trabajo ahora consiste en pasar tiempo con los curanderos para intentar ver qué hacen y cómo lo hacen.

– **Cuéntenos qué más ha descubierto gracias a los curanderos africanos.**

Pasé varios días con un curandero que conocía una hierba que

cortaba el hambre. La había utilizado en tiempos de guerra y en zonas afectadas por la sequía para paliar la hambruna de la población. Yo buscaba la planta para tratar la obesidad. Me prometió ir a buscarla y mientras me dejó una hierba que utilizaba frente a la sinusitis. La probé con varios enfermos y funcionó. Sanar es, a veces, un milagro. Todavía la guardo esperando la ocasión de viajar a Estados Unidos y comenzar a investigar sus propiedades en un laboratorio.

– **¿Es una sabiduría que se está perdiendo?**

El conocimiento de las plantas es secreto en África. Los curanderos no lo transmiten ni siquiera a sus propios hijos si no cumplen los criterios. Es poder y se puede utilizar para hacer el bien o el mal. El curandero que me mostró las propiedades de algunas hierbas murió sin haber transmitido su saber.



*Despedida en el Colegio de Médicos con colaboradores, patrocinadores e impulsores de la beca de formación.*

## Colegio de Médicos, Fundación Diario de Navarra y Alboan, juntos en este proyecto pionero

### **SANIDAD Y EDUCACIÓN AL SERVICIO DE LOS MÁS VULNERABLES EN EL CHAD**

El Complejo Hospitalario Le Bon Samaritain de N'Djamena consta de dos hospitales y 13 centros de salud que proporcionan atención sanitaria a cientos de miles de personas. Además, cuenta con una pequeña Facultad de Medicina y Enfermería. Desde el año 2015 está bajo la dirección de la Provincia de África Occidental de la Compañía de Jesús.

El complejo reúne a 300 profesionales en las dos sedes de N'Djamena y Goundi. Médicos, enfermeras,

parteras y especialistas (cirugía, pediatría, ginecología) aúnan sus esfuerzos al servicio de los más vulnerables. El complejo cuenta con la colaboración de varias universidades: la Pontificia Universidad de Chile, la Universidad de Reims en Francia o el Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

El hospital de N'Djamena tiene 180 camas y cinco servicios hospitalarios (pediatría, medicina interna, infecciosas, cirugía y maternidad), tres ambulatorios (oftalmología, odontología, urgencias y consulta general) y cuatro técnicos (laboratorio, farmacia, imágenes, laboratorio y galénico).

### **UN PROYECTO PIONERO**

La iniciativa de la beca de formación para médicos de países en vías de desarrollo es una iniciativa de la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra que ha contado como socios para su puesta en marcha con la Fundación Diario de Navarra y la ONG Alboan.

El Dr. Jesús Alfaro, responsable junto al Dr. José Manuel Cires de la Oficina de Cooperación colegial, asegura que en Navarra se ha logrado aunar, "sin mucha dificultad y con gran colaboración de todos", a

los organismos necesarios para llevar a cabo la beca: "A nosotros nos pareció un proyecto interesante y por ello estamos contentos con su desarrollo. Solo nos queda animar a otros organismos a implementarlo, ya que nuestra experiencia está siendo altamente positiva". Añade que "sabemos perfectamente y el becario conoce que muchas de las cosas que hacemos en nuestro medio son imposibles de desarrollar en sus lugares de origen por razones obvias. Pero otras muchas sí lo son. La formación nunca puede ser contraproducente si se sabe encauzar y utilizar".

Este proyecto de cooperación internacional y formación médica es pionero entre los colegios de médicos y se perfila como un ejemplo destacado de cómo se pueden implementar mejoras significativas en la atención sanitaria en países en vías de desarrollo. A través del intercambio de conocimientos y experiencias, se pueden superar desafíos, fortalecer la formación médica y contribuir a la construcción de sistemas de salud más sólidos y eficientes.

## XIV Campeonato de España de Ciclismo para Médicos

- ➔ El equipo del Colegio de Médicos de Navarra, premio al más numeroso.
- ➔ Izarbe Jiménez, tercera en la clasificación general femenina y Fernando Recalde, segundo en su categoría.

La ginecóloga navarra Izarbe Jiménez Ubieto ha logrado la tercera posición de la categoría femenina en la clasificación general del XIV Campeonato de España de Ciclismo para Médicos, una prueba federada nacional en la que han participado 200 profesionales de 36 colegios de médicos.

En la categoría masculina, Fernando Recalde ha logrado la undécima posición en la clasificación general y el segundo puesto en su categoría.

Además, el equipo navarro ha logrado el premio al equipo más numeroso de la competición con 25 ciclistas, 21 hombres y 4 mujeres.



*El equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra, premio al más numeroso de la competición. En la foto, 17 de los 25 participantes.*



*Izarbe Jiménez, en el pódium.*



*Fernando Recalde, segundo en su categoría.*



*Karmele Garaioa, a su llegada a meta.*



*García Pereira, coordinador del equipo, en la carrera.*



*En la salida de la prueba ciclista.*





**XIV Campeonato de España**  
de Ciclismo para Médicos  
Salamanca 2023  
3 de junio

El XIV Campeonato se celebró el pasado 3 de junio en Salamanca, organizado por el Club Deportivo Ciclista PROMESAL (Promesas Salmantinas) y el Colegio de Médicos de Salamanca.

El equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra estuvo formado en este campeonato por:

- Xabier Ayarza,
- Jesús Andueza,
- Juan Fernando Bastidas,
- Ana Barrera,
- Vicente Estremera,
- Andoni Fernández,
- Karmele Garaioa,
- Francisco Javier García Pereira,
- Ángel Andrés Henares,
- Carlos Idoate,
- Izarbe Jiménez,
- Ander Larrea,
- Miguel Martí,
- Agustín Martínez Alcaraz,
- Ignacio Antonio Martínez Adán,
- Carlos Mayor,
- Maite Miqueleiz,
- Borja Moraleda,
- Jesús Antonio Percaz,
- Fernando Recalde,
- Federico Repáraz,
- Luis Rodríguez Vázquez,
- José Antonio Tortosa,
- César Urtasun y
- Jon Yoldi.

#### CRÓNICA DE UNA CARRERA POR LA DEHESA SALMANTINA

Un espléndido día acompañó al desarrollo de esta ruta de 87 kilómetros por parte del campo charro y la

dehesa salmantina, cruzando las localidades de Aldeatejada, Morille, Monterrubio de la Sierra, Pedrosillo de los Aires, Fresno Alhándiga, Sieteiglesias de Tormes y Buenavista.

Tras aproximadamente 10 kilómetros neutralizados, a los pies de la Cuesta de la Varga, daba comienzo la competición, que acabaría en Aldeatejada con Santiago Oliván, del Colegio de Médicos de Zaragoza, cruzando la meta en primer lugar con un tiempo de 2:32:11, por delante de los otros dos compañeros de escapada, Rubén Herreros Ruiz-Valdepeñas (2:32:11), del Colegio de Madrid, y Raúl Gijón Villanova (2:32:13), de Granada. Fueron los tres primeros de la carrera y de la categoría M1.

En la clasificación femenina, Cristina Granados Lajara, del Colegio de Ciudad Real, fue la primera mujer en cruzar la meta con un tiempo de 02:40:58. Le seguirían en la clasificación de la categoría F1 Irene Loizate Sarrionandia (02:41:46), del Colegio de Tenerife, y Ana Panadero Alcalá (02:42:20), de Alicante, aunque la tercera mujer en la clasificación general fue Izarbe Jiménez Ubieto, de Navarra, que sería la primera en la categoría F2. Todos los resultados se pueden consultar en el [web del campeonato](#), que también incluye una amplia galería fotográfica de la jornada.

El Colegio mejor clasificado fue el de Salamanca tras la puntuación de los 3 primeros de la general, mientras que el premio al Colegio con mayor número de participantes fue el de Navarra.

#### PALMARÉS DEL EQUIPO NAVARRO

El equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra está apadrinado por **Chente García Acosta**. Se creó en el año 2011 para participar en los Campeonatos Nacionales de Ciclismo para Médicos que se celebran anualmente y lo ha hecho atesorando premios en todas las categorías.

En el campeonato de Logroño, en 2013, Diego Latasa, un joven médico que entonces estaba preparando el MIR, se proclamó ganador del V Campeonato de España Médicos. Diego subió al pódium en tres ocasiones más. En la categoría femenina, las doctoras Izarbe Jiménez, Uxua Idiazabal María Ordóñez y Karmele Irigoien han logrado premios en los primeros puestos del ranking en diferentes campeonatos.

El equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra ha estado casi siempre en las primeras posiciones en la clasificación por equipos y ha sido el que, en más ocasiones, ha logrado el premio al equipo más numeroso de los presentados a la prueba. El pasado año, en San Sebastián, el Colegio de Médicos de Navarra estuvo formado por 40 ciclistas, del total de 200 participantes en la carrera. Y este año, en Salamanca, ha vuelto a sumar otro premio con un equipo de 25 ciclistas.

Un total de 65 médicos y médicas de Navarra han formado parte del equipo ciclista del Colegio. Les une su afición por la bici y pedalean por un objetivo que comparten: promocionar y poner en valor un estilo de vida saludable.

## XI Encuentro de Coros de Médicos

# Emoción y gratitud en Gran Canaria

## El coro navarro puso en pie al público



El coro del Colegio de Médicos de Navarra emocionó al público reunido en el auditorio del conservatorio de Las Palmas de Gran Canaria el pasado 3 de junio, en una gala organizada con motivo de la celebración del XI Encuentro Nacional de Coros de Colegios de Médicos en Gran Canaria.

Los coros de médicos unieron sus voces en la isla canaria del 2 al 4 de junio, un encuentro en el que participaron los coros pertenecientes a los colegios de médicos de Navarra, Barcelona, Madrid, Zaragoza y Las Palmas, anfitrión de este undécimo Encuentro, y que congregó alrededor

de 200 personas **unidas por su afición al canto coral**. Su objetivo, ofrecer una muestra del resultado de su trabajo a lo largo del año, con repertorios diversos en varios idiomas.

El XI Encuentro se desarrolló en su gran mayoría en el Conservatorio Profesional de Música de Las Palmas de Gran Canaria. Los coros participantes asistieron a conferencias y talleres, así como ensayos corales, encuentros y actuaciones con otros grupos musicales. Para el público en general se celebraron conciertos en el auditorio del conservatorio y en la plaza del Pilar Nuevo de Vegueta.



*Actuación del coro del Colegio de Médicos de Navarra en Gran Canaria.*



## ORGULLO Y AGRADECIMIENTO

El coro del Colegio de Médicos de Navarra, representado por 26 de sus componentes, emocionó al auditorio. Comenzaron su actuación con una hermosa canción en euskera *Jeiki, jeiki* (tradicional, arm. Lesbordes) como homenaje a José Luis Lizarraga Iraizoz, director fundador del coro y promotor de estos encuentros corales, fallecido recientemente. A continuación, interpretaron una divertida canción de Banchieri, *Contrapunto bestiale alla mente*, en la que los coristas imitan a perros, gatos, búhos y cucos sobre un bajo.

Siguieron con la canción *Eres tú*, que cumple 50 años, de J.C. Calderón (arm R. Delgado), en la que se estrenó como solista el Dr. Argemi, ganándose los aplausos del público. Finalizaron la actuación con el *Hallelujah* de Milk and Honey, junto a Olegario, pianista del evento. "La canción, llena de gratitud y alegría puso en pie al público, que nos acompañó con palmas. Un final apoteósico", destaca la directora del coro colegial Miriam Mendive.

Julia Alonso, coordinadora del coro, añade que "la experiencia ha sido maravillosa, alegre, muy completa y sobre todo disfrutando unos de otros, orgullosos de nuestro Coro y de nuestro canto".

## ENCUENTROS ANUALES

Este encuentro nacional de coros de Colegios de Médicos de España se organiza de forma anual en una ciudad diferente del país. En dos ocasiones, Navarra ha sido la anfitriona.

El Coro del Colegio de Médicos de Navarra nació hace ahora 15 años y es el único formado exclusivamente por médicos. En la actualidad, 32 médicos y médicas, componen un coro que está consolidado y que dirige la Dra. Miriam Mendive.



*Ensayos corales para los participantes en el Encuentro.*



*Todos los coros participantes, al unísono.*



TESTIMONIO BECA MIR

# Oncología y cirugía dermatológica en Australia: Memoria de una rotación casi imposible



Por Ángela Estenaga  
Pérez de Albéniz.

Ganadora de la Beca  
Mir 2021, y residente de  
Dermatología Médico  
Quirúrgica y Venereología  
en la Clínica Universidad  
de Navarra.

## TESTIMONIO BECA MIR

**D**iciembre de 2020. En el peor momento de la pandemia de Oceanía, cuando en Europa la mascarilla ya formaba parte del recuerdo colectivo, me comunicaron que podría realizar la estancia formativa que había solicitado en el departamento de Dermatología del hospital Westmead, al oeste de Sydney (Nueva Gales del Sur).

Solo faltaba superar el último obstáculo: desde marzo de 2020 Australia había aplicado una de las políticas fronterizas más duras para controlar la pandemia COVID 19, estando prácticamente blindada a la entrada de extranjeros, por lo que mi solicitud de entrada al país estaba siendo denegada una y otra vez.

La beca Dr. Landecho no fue solo una ayuda económica y motivacional, sino que fue decisiva para conseguir entrar a un país que estaba en plena segunda ola y con muy pocas expectativas de reabrirse al mundo.

Gracias a este último empujón pude dar comienzo a una rotación de 3 meses en el departamento de Dermatología del Hospital de Westmead, que llevaba bloqueada desde marzo de 2020 (la primera vez que hice la maleta, aunque sobra decir que no llegué a volar).

"La beca Dr. Landecho no fue solo una ayuda económica y motivacional, sino que fue decisiva para conseguir entrar en el país"



# TESTIMONIO BECA MIR

## ¿POR QUÉ AUSTRALIA?

Australia es el país del mundo con mayor incidencia de cáncer de piel no melanoma y melanoma, seguido de Nueva Zelanda. Para una persona especialmente interesada en cáncer de piel y cirugía dermatológica, Australia es "the place to be".

Por eso no es de extrañar que la población australiana tenga muy interiorizada la importancia de la fotoprotección, y que estén acostumbrados a recibir, por parte de sus médicos de cabecera, dermatólogos e incluso en los medios de comunicación, mucha información relativa al cáncer de piel y sus estrategias preventivas. Como ejemplo: el spotify australiano no te bombardea con anuncios comerciales, sino que se dedica a recordarte las actividades y actitudes preventivas recomendadas según el índice de radiación UV en cada día y en cada momento del día.

## PERO, ¿POR QUÉ HAY TANTO CÁNCER DE PIEL EN AUSTRALIA?

Estos altos índices de cáncer de piel se explican por una suma de factores más que por uno solo en particular. Se trata de una población de ascendencia europea, viviendo en una latitud extrema y con menor cantidad de ozono en su atmósfera. A diferencia de los nativos australianos, los colonos no tienen la melanina suficiente para soportar una exposición continuada e intensa a la radiación ultravioleta.

Además, la cultura "aussie" ha popularizado durante años el "bronceado saludable" y las actividades y deportes al aire libre; ya sea en tierra firme o en el mar, donde el índice de radiación ultravioleta puede ser aún mayor.

"En Australia la dermatología clínica o asistencial y la investigación se llevan a cabo en un mismo espacio, tiempo y equipo"



"La sanidad navarra, si bien debe mejorar en muchos aspectos, no tiene tanto que envidiar a la australiana en cobertura, universalidad y facilidad de acceso al dermatólogo"

#### Y ¿POR QUÉ WESTMEAD?

El hospital de Westmead es centro de referencia en el tratamiento de múltiples patologías cutáneas, tanto cáncer de piel como patología inflamatoria, y cuenta con consultas monográficas de linfomas cutáneos, enfermedad injerto contra huésped, dermatitis atópica y psoriasis severas, cáncer de piel no melanoma y melanoma. También cuenta con una unidad quirúrgica muy completa, en la que colaboran dermatólogos y cirujanos plásticos para un abordaje integral.

Además, dispone de un sistema de mapeo corporal total en 3D integrado con un sistema de inteligencia artificial para el seguimiento de pacientes con múltiples lesiones pigmentadas, solo disponible en algunos hospitales de referencia en España. Se trata de una herramienta que permite la fotodocumentación de lesiones pigmentadas y el seguimiento de las mismas a lo largo del tiempo, detectando cambios dermatoscópicos muy sutiles, con lo que la detección de melanomas finos o en estadios iniciales aumenta.

Otro factor decisivo para elegir este centro fue su orientación a la investigación en patología tumoral e inflamatoria, y la orientación académica, debido a que su director de departamento, el Prof. Pablo Fernández-Peñas, es también profesor de dermatología en la Universidad de Sydney y participa activamente en proyectos de investigación internacionales.

#### DIFERENCIAS ENTRE LA DERMATOLOGÍA AUSTRALIANA Y ESPAÑOLA

La diferencia más notable entre el sistema sanitario navarro y el australiano radica en la financiación. El sistema sanitario en Australia es un sistema mixto, con financiación público-privada, en el que parte de la asistencia especializada se paga de manera privada o a través de seguros de salud (a través de un sistema de reembolso).

En cuanto a la organización del departamento de Dermatología, diría que la diferencia principal es que se trata de una medicina más traslacional: la dermatología clínica o asistencial y la investigación se llevan a cabo en un mismo espacio, tiempo y equipo. Es habitual visitar pacientes

ambulatorios y en la misma mañana pasar a valorar pacientes de ensayos clínicos al otro lado del departamento. Esto facilita la integración de la investigación y la medicina basada en la evidencia en la práctica diaria.

Otro punto interesante es la multiculturalidad, tanto en el equipo como en los pacientes. Ha sido una experiencia enriquecedora ser testigo de las diferentes formas de vivir, trabajar e incluso de enfermar de las diferentes etnias y culturas que componen un país tan diverso.

#### EN LO PERSONAL

Australia, y en concreto Sydney, son lugares muy acogedores, en los que puedes sentirte integrado desde el primer minuto. Los Australianos son famosos en el mundo entero por su actitud relajada frente a la vida y esto se plasma también en su manera de interactuar.

En una sociedad en la que el valor de la familia tiene menos peso, la amistad y el compañerismo cobran especial importancia. La experiencia no hubiera sido lo mismo si no hubiera podido compartirla con las personas que se cruzaron en mi camino, o que me dejaron cruzarme en el suyo.

#### APRENDIZAJE DE VUELTA A PAMPLONA

De vuelta a Pamplona me traigo un agradecimiento infinito al Prof. Pablo Fernández-Peñas, Dra. María Jones-Caballero, Dra. Ruiz-Araujo, Dr. Varey, Dra. Wells, Dra. Smith, y todos quienes participaron en mayor o menor medida en esta formación, por hacer posible una experiencia tan enriquecedora y constructiva en todos los sentidos. De cada uno de ellos he aprendido algo en lo laboral y en lo personal, que espero me acompañe toda la vida.

Además, esta experiencia me ha hecho apreciar más lo que tenemos. La sanidad navarra, si bien debe mejorar en muchos aspectos, no tiene tanto que envidiar a la australiana en cuanto a cobertura, universalidad y facilidad de acceso al dermatólogo. En Navarra existen 3 dermatólogos por 100.000 habitantes según datos de 2021, mientras que en Australia solo alcanzan el 2,5 en las capitales como Sydney, Melbourne o Perth.

# El Cambio Climático constituye una **emergencia** de salud global

---

**Estrella Miqueleiz<sup>1</sup>,  
Miguel Ángel González<sup>2</sup>,  
Miguel Domench<sup>1</sup>,  
Paula Navarro<sup>1</sup>,  
Irene Iniesta<sup>1</sup>,  
Amelia Aguilar<sup>1</sup>,  
Beatriz Agudo<sup>1</sup>,  
Teresa Ferrer<sup>1</sup>,  
Nerea Álvarez<sup>1</sup>,  
Eva Ardanaz<sup>1</sup>,  
Sagrario Laborda<sup>1</sup>.**

---

**El último informe IPCC (AR6) publicado por el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) [1] concluye que la evidencia científica acumulada es inequívoca: el cambio climático es una amenaza para el bienestar humano y la salud del planeta.**

1. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

2. Servicio de Economía Circular y Cambio Climático. Departamento de Desarrollo Rural y Medio Ambiente.

Existen evidencias suficientes sobre los numerosos riesgos para la salud que produce el cambio climático y que amenazan a todos los países [2]. Afecta negativamente a los determinantes sociales y medioambientales de la salud, empeora las desigualdades sociales, económicas y demográficas con consecuencias que se sienten en todas las poblaciones, siendo más acusadas en los grupos poblacionales más vulnerables, tanto en términos sociales como económicos.

Los efectos para la salud incluyen impactos directos, debidos a los cambios en la frecuencia y severidad de eventos climáticos extremos como olas de calor más frecuentes e intensas, sequías prolongadas, lluvias torrenciales e inundaciones, vientos fuertes o una mayor intensidad y magnitud de los incendios forestales.

Adicionalmente existen cambios en el medio ambiente que impactan indirectamente a nuestra salud: menor disponibilidad y calidad del agua potable, más inseguridad en los alimentos, mayor concentración de aeroalérgenos y contaminantes atmosféricos, cambios en la distribución de enfermedades transmitidas por vectores, desplazamiento de poblaciones y otras.

En la última publicación de la revista Lancet sobre Salud y Cambio Climático, el monográfico The Lancet Countdown [3], se monitoriza la evolución de los impactos del cambio climático sobre la salud de las personas y evalúa las políticas públicas de adaptación que impulsan los gobiernos y su efectividad. Se muestra cómo los riesgos para la salud de casi todos los indicadores del informe están aumentando en Europa y señala que la emergencia climática pone en peligro la salud de las personas e incrementa las repercusiones sanitarias derivadas de los impactos del cambio climático.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que entre 2030 y 2050, el cambio climático causará unas 250 000 muertes adicionales cada año debido a la malnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés calórico [4].

“La evidencia científica acumulada es inequívoca: el cambio climático es una amenaza para el bienestar humano y la salud del planeta”

# DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

## Situación en Navarra

En Navarra, según datos de la Agencia Estatal de Meteorología, la temperatura global ha aumentado 1,3°C desde 1950, no muy lejos del aumento de 1,5°C que el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) considera como límite para evitar impactos sanitarios catastróficos y prevenir millones de muertes relacionadas con el cambio climático. Por otro lado, el número de días por encima de 30°C ha aumentado en un 200%.

Estos cambios observados muestran que la exposición a altas temperaturas está aumentando en la población navarra, con el consecuente impacto en la salud, que puede ser tanto directo como indirecto, agravando patologías preexistentes en personas vulnerables, fundamentalmente de tipo cardiovascular y respiratorio.

“En Navarra, la temperatura global ha aumentado 1,3° C desde 1950”

## Trabajo realizado en Navarra en Cambio Climático y Salud

El Gobierno de Navarra está trabajando en la lucha por el cambio climático mediante diferentes estrategias. Una de ellas es la **Hoja de Ruta del Cambio Climático (HCCN-KLINA)** cuyo objetivo es adoptar políticas de futuro relativas al cambio climático, tales como mitigación de emisiones de CO<sub>2</sub>, adaptación de sectores vulnerables e implantación de buenas prácticas; y comunicación de estas acciones y sensibilización sobre este problema.

En el marco del trabajo en adaptación, se está desarrollando el **proyecto LIFE-IP NAdapta-CC**, proyecto europeo integrado coordinado por Gobierno de Navarra cuyo objetivo es aumentar la capacidad de adaptación de Navarra frente al cambio climático. Aspira a integrar las diferentes políticas sectoriales, de manera que se incorpore la lucha del cambio climático en su programación y desarrollo. Se trabaja la adaptación en varias áreas: medio local, agua, bosques, agricultura y ganadería, salud e infraestructuras y planificación territorial. Además, cuenta con un **portal de monitorización** en el cual se establece un cuadro de mando de indicadores para el seguimiento de los efectos del cambio climático en Navarra e implementa paralelamente acciones horizontales y transversales para lograr los retos fijados en el proyecto, contribuyendo además con los objetivos de la HCCN-KLINA.

El Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN) es el responsable del desarrollo y ejecución del área de salud, cuyo objetivo es definir nuevas medidas de adaptación para reducir el impacto que el cambio climático tiene en la salud de las personas.





## Área Salud Proyecto Life-IP NAdapta-CC

Dentro del área de salud, se está trabajando en los factores que se estima tienen mayor impacto en la salud (temperaturas extremas, calidad del aire, riesgos emergentes y vectores transmisores de enfermedades). Se avanza en la implementación y mejora de sistemas de vigilancia de estos factores, en la puesta en marcha de medidas preventivas y en la difusión de la información con el objetivo de mejorar la adaptación de la población al impacto en la salud del cambio climático.

El trabajo desarrollado en referencia a las altas temperaturas está centrado en el “Plan de prevención de los efectos en salud del exceso de temperaturas en Navarra”. Este Plan tiene como objetivo disminuir la morbi-mortalidad ocasionada por el aumento de temperatura ambiental en Navarra. El Plan recoge recomendaciones y establece una serie de actuaciones para reducir los efectos asociados a las temperaturas excesivas, según el nivel de riesgo derivado de la predicción de temperaturas. Además, plantea la recogida de información predictiva sobre temperatura ambiental e información diaria sobre los cambios cuantitativos de la mortalidad y establece los criterios del sistema de información que permite la vigilancia activa de los riesgos asociados a la exposición a temperaturas excesivas.

A nivel informativo, se ha realizado material específico con recomendaciones destinadas a grupos poblacionales concretos, tanto a nivel general como en el ámbito laboral, y que está disponible en: <https://lifenedapta.navarra.es/es/documentacion-ispln>



Infografía con medidas ante el calor excesivo para población general



Actualmente también se está implementando el **Plan Nacional de actuaciones preventivas por bajas temperaturas 2022-2023**, en el marco del **Plan Estratégico de Salud y Medio Ambiente 2022-2026 (PESMA)** cuyo objetivo es reducir el impacto sobre la salud de la población asociado a las bajas temperaturas.

## DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

En el ámbito de la salud laboral, se está trabajando en la vigilancia de los efectos que el cambio climático tiene en la salud de la población trabajadora como son el estrés térmico, las alergias, las picaduras, el asma, etc... y por otro lado, se ha llevado a cabo una campaña en la que se han visitado 245 empresas que desarrollan actividades en el exterior, con el objetivo de informarles sobre las consecuencias que el cambio climático puede tener sobre la salud de las personas trabajadoras al tiempo que asesorarles acerca de cómo gestionar adecuadamente el riesgo por estrés térmico. Esta campaña ha permitido conocer las deficiencias y dificultades que las empresas tienen en la gestión del estrés térmico y ha servido para su mejora y también para integrar entre las personas responsables la importancia de los efectos de las temperaturas extremas en la población trabajadora. También como fruto de la campaña, se ha elaborado una guía de **“Orientaciones para la vigilancia de la salud de la población trabajadora expuesta a altas temperaturas”**.

En relación con la calidad del aire, se está realizando un control polínico anual en tres zonas con climas diferenciados (Tudela, Pamplona y Santesteban) y con la participación de la Universidad de Navarra y el Servicio de Alergología del Hospital Universitario de Navarra se está trabajando en la identificación y recuento de los pólenes alergénicos de especies de plantas presentes en cada una de las regiones isoclimáticas.



Captador de polen en el centro de salud de Santesteban.



“En los últimos años, se ha detectado la presencia de mosquito tigre en la zona de Bera y se han llevado a cabo las medidas preventivas necesarias para su control”

También se lleva a cabo la difusión de la información a la ciudadanía y a profesionales de la salud mediante la emisión de **boletines de predicción** semanales de los diferentes tipos de pólenes que se difunden por diferentes medios entre los meses de marzo y junio.



## Previsión semanal de alerta por polen de la Zona Media de Navarra y Comarca de Pamplona – 2023

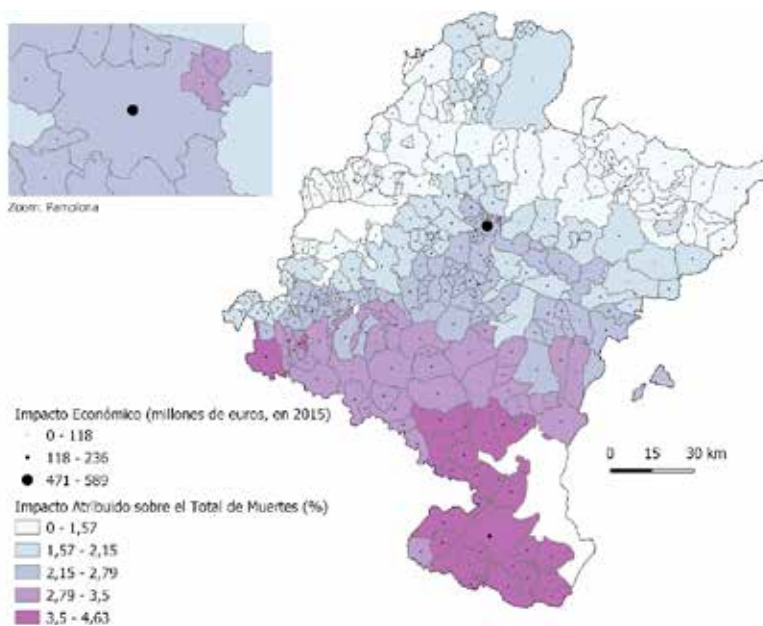
El nivel de alerta de riesgo para cada tipo de especie está señalado en cuatro colores diferentes, según recuento de granos de polen por metro cúbico de aire.



| Fecha de la previsión       | ALISO | AVELLANO | CHOPO | CIPRÉS | ESPORAS | FRESNO | GRAMÍNEAS | OLMO |
|-----------------------------|-------|----------|-------|--------|---------|--------|-----------|------|
| 25 de febrero al 4 de marzo | Bajo  | Bajo     | Bajo  | Medio  | Bajo    | Bajo   | Bajo      | Bajo |

Dentro de la calidad del aire también se está trabajando el tema del impacto que la contaminación atmosférica tiene en la salud de la población. Para ello, se ha desarrollado un estudio para conocer el impacto de la contaminación atmosférica y el aumento de la temperatura ambiental en la salud de la población de Navarra.

El estudio, realizado por IS Global para el ISPLN en el marco de LIFE-IP NADapta-CC y que está disponible en [la web del proyecto](#), ha mostrado como el territorio de Navarra presentaba a lo largo de los años del estudio (2014-2018) bajas concentraciones de los contaminantes estudiados (NO<sub>2</sub>, O<sub>3</sub> y PM<sub>2,5</sub>). Sin embargo, en el caso de las partículas, las medias anuales de algunos municipios superaban los valores recomendados por la OMS. También se ha observado como debido a cierta reducción de la intensidad de las exposiciones ambientales, el impacto general fue disminuyendo durante los años a lo largo del período estudiado. Por último, se ha visto como gran parte del impacto estimado en el territorio se concentraba en la zona de la Ribera, donde se localiza una gran concentración de suelos industriales.



Impacto de la contaminación atmosférica y el aumento de la temperatura ambiental sobre la mortalidad por municipio 2014-2018.

# DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Actualmente se está trabajando, junto con el Departamento de Medio Ambiente y Desarrollo Rural, en la elaboración de un protocolo de actuación en caso de episodios de contaminación atmosférica con el objetivo de reducir el impacto en la salud.

Referente a las enfermedades transmitidas por vectores, se desarrolla el **Plan de vigilancia ambiental de aedes albopictus (mosquito tigre)** en Navarra que deriva del Plan Nacional del Ministerio de Sanidad, actualmente en revisión, estando activo en Navarra desde 2016 y llevándose a cabo gracias a la colaboración entre varios departamentos bajo el liderazgo de salud. La vigilancia se realiza mediante ovitrampas colocadas en lugares estratégicos que se analizan en el Laboratorio Agroalimentario de Navarra. Se ha realizado un análisis de vulnerabilidad que permite conocer las zonas de Navarra más favorecedoras para la entrada e implantación del mosquito. En los últimos años, se ha detectado la presencia de *Aedes Albopictus* en la zona de Bera y se han llevado a cabo las medidas preventivas necesarias para su control.

Para difundir la información entre la población, se han llevado a cabo diferentes jornadas informativas con personal técnico de ayuntamientos y se ha elaborado un tríptico con información referente al mosquito, cómo ayudar a combatirlo y consejos para evitar la picadura.

Por otro lado, se está haciendo vigilancia de otras enfermedades transmitidas por vectores con posible relación con el cambio climático como malaria, dengue, virus de Zika, enfermedad de Lyme o fiebre exantemática mediterránea.

Por último, en relación a riesgos emergentes relacionados con agua y alimentos se han adquirido equipos y se han puesto en marcha, validado y acreditado las técnicas necesarias para el análisis y mejora de la vigilancia de determinados patógenos y contaminantes asociados al cambio climático como *Campylobacter*, legionela, cianotoxinas o subproductos de desinfección de agua de consumo humano.

Además, durante 2021 y 2022, se ha llevado a cabo un estudio de análisis de SARS- Cov-2 en aguas residuales junto con NASERTIC, NILSA y la UPNA que ha permitido disponer de otro indicador de alerta temprana para el seguimiento de la pandemia.

“Para hacer frente a este reto es necesario establecer estrategias que tengan una visión global de la salud”



## La salud como motor de acción sobre el cambio climático

Dado el impacto del cambio climático en el bienestar social, la protección y promoción de la salud pública son unas de las motivaciones más importantes para la acción climática. De hecho, la protección de la salud y el bienestar es uno de los fundamentos centrales para reducir las emisiones en el Artículo 1 de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC).

Por otro lado, el sector salud también tiene un papel importante que desempeñar en la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero que son la causa del cambio climático. El informe **Huella climática del sector de la salud. Cómo contribuye el sector de la salud a la crisis climática global: oportunidades para la acción de la organización Salud sin Daño [5]**, indica que si el sector de la salud fuese un país, sería el quinto emisor más grande del planeta. En este documento se define la huella climática del sector salud y se delinean un conjunto de acciones para estar en consonancia con la ambición del **Acuerdo de París** y, al mismo tiempo, alcanzar objetivos globales en materia de salud.

Para hacer frente a este reto, es necesario establecer estrategias que tengan una visión global de la salud. Dicha estrategia es el denominado enfoque One Health [6], que resume la necesidad de que profesionales de diferentes disciplinas trabajen colaborativamente para abordar la salud desde un punto de vista integral, considerando no sólo la interrelación existente entre la salud de la población y la de los animales con la del entorno en el que viven, sino también todos los factores que la condicionan: sanitarios, económicos, sociales y culturales. Sólo así seremos capaces de hallar las soluciones más eficientes a los complejos retos de salud que se nos plantean. Este enfoque se ha recogido en el **Plan de Salud Pública de Navarra (2022-2025)**.

Además, disponer de sistemas de salud robustos, universales, con sistemas de alerta temprana ante enfermedades u otros riesgos para la salud humana son medidas que nos ayudarán a hacer frente al cambio climático.



### Referencias de texto:

- [1] 
- [2] 
- [3] 
- [4] 
- [5] 
- [6] 

# RESTAURANTE EL COLEGIO

*Alex Amigica*

**TERRAZA**

RESTAURANTE EL COLEGIO

**TARDEO EN**

*San Fermín*

MÚSICA CON DJ

- **CORTADOR DE JAMÓN**
- **OSTRAS**
- **CHAMPAGNE TAITTINGER**
- **ESTRELLA GALICIA**
- **PICOTEO**

**6 AL 14 DE JULIO DESDE LAS 18:00 H**

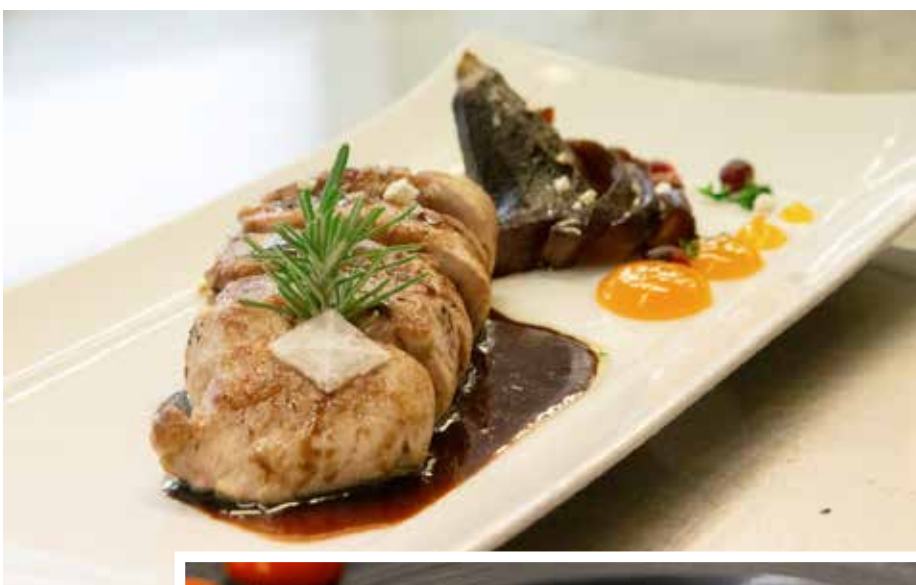


# DISFRUTA DE LA COCINA DE ALEX MUGICA



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





**Begoña  
Bermejo  
Fraile.**

Doctora en  
Metodología de  
Investigación  
Biomédica.

# VÁMONOS POR LAS RAMAS

*En cualquier momento de decisión, lo mejor que puedes hacer es lo correcto, lo siguiente mejor es lo incorrecto, y lo peor que puedes hacer es nada (Theodore Roosevelt).*

A veces resulta difícil tomar una decisión, porque es mucha la información que necesitamos mantener a un tiempo en la cabeza. Las alternativas pueden ser muchas y muy variadas, y las consecuencias de cada una de ellas también. Nos puede facilitar el trabajo plasmar el problema de decisión en una gráfica, donde se representan y comparan los resultados esperados de cada una de las alternativas de elección. Más o menos estoy describiendo los **árboles de decisión**.

La mejor manera de entender cómo se elabora un árbol de decisiones es mediante un ejemplo, y el ejemplo que voy a utilizar es el de mi tesis doctoral, defendida en 1994, por lo que algunas cuestiones os van a parecer obsoletas, porque sí, se han quedado obsoletas. En aquellos momentos, en los exámenes periódicos de salud se realizaba un hemograma para detectar, entre otras cosas, una posible anemia. El objetivo de la tesis era ver si resultaba coste-efectiva la determinación de ferritina sérica de cribaje en las mujeres en edad fértil, grupo de la población donde la ferropenia preanémica puede ser especialmente frecuente.

Una vez definido el problema de decisión (hemograma o hemograma + ferritina sérica de cribaje), se listan los posibles resultados de cada una de las alternativas, y pueden ser representados en un gráfica.

**[Gráfica 1].**

Al realizar un hemograma, la paciente puede resultar anémica o no. A las pacientes anémicas se les determina la ferritina sérica para ver si se trata de una anemia ferropénica, en cuyo caso se les recomienda un tratamiento (TT° 1) y, dependiendo de la efectividad y grado de cumplimiento del mismo, al cabo de un año las pacientes pueden curarse completamente, solo parcialmente (tendrán una ferropenia preanémica) o no mejorar y continuar anémicas. Las pacientes con anemia no ferropénica, a efectos de este estudio, se consideran sanas, pero, dependiendo de la incidencia anual de ferropenia, al cabo de un año pueden o no presentar una ferropenia.

En la segunda alternativa, de entrada se realiza un hemograma y se determina la ferritina sérica, luego desde el primer momento se sabe si la paciente está sana (desde el punto de vista del hierro), tiene una anemia ferropénica o una ferropenia preanémica. En este último resultado estriba la gran diferencia, ya que a las pacientes con ferropenia preanémica se les recomienda un tratamiento con hierro (TT° 2) y, dependiendo de la efectividad y grado

de cumplimiento del mismo y de la incidencia anual de ferropenia, al cabo de un año pueden estar curadas, seguir con ferropenia preanémica o incluso desarrollar una anemia ferropénica.

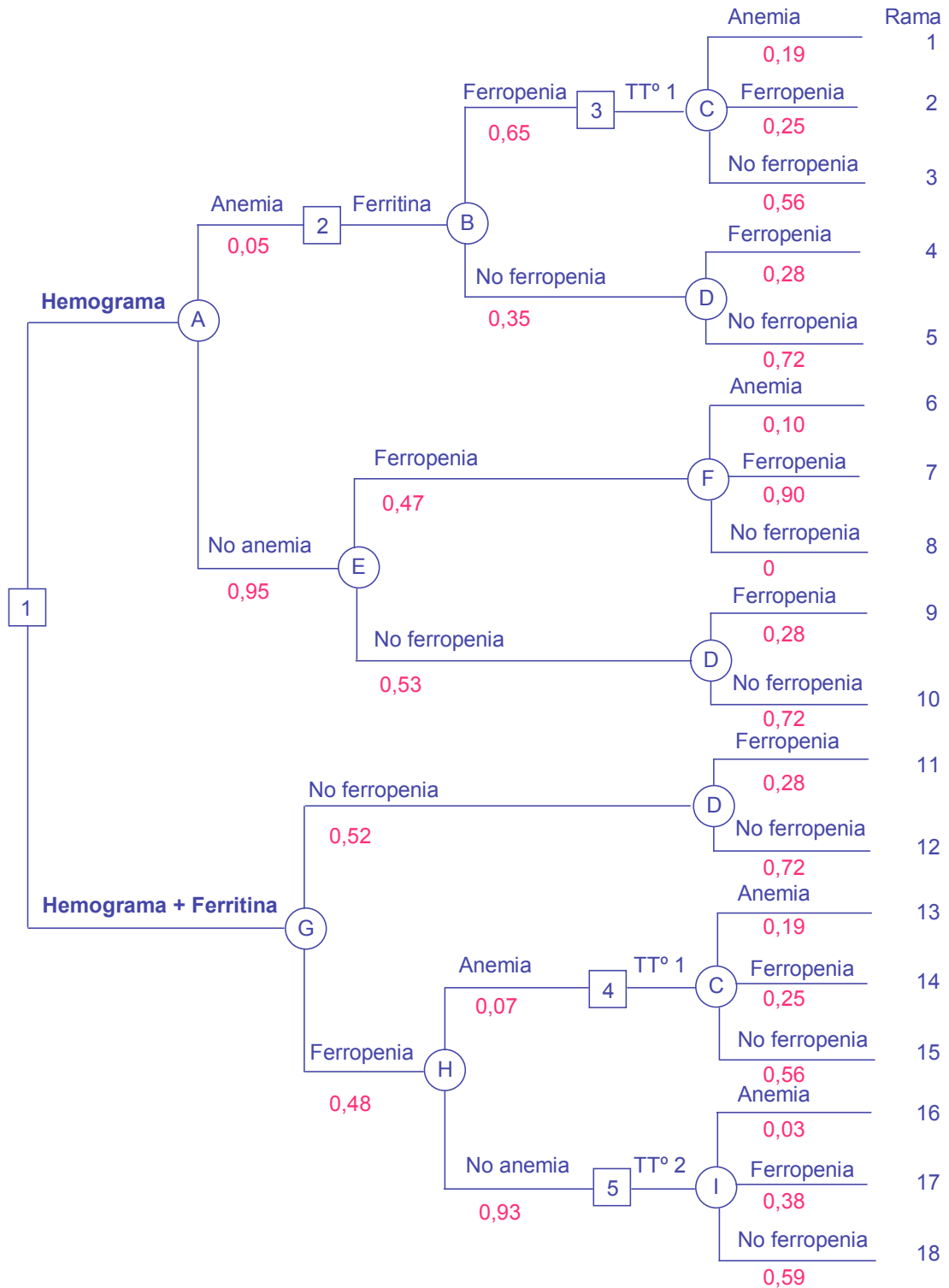
La secuencia de sucesos tras cada alternativa se representa mediante nudos de decisión y nudos de azar. Los **nudos de decisión**, representados con cuadrados, son los puntos del árbol de donde emergen las ramas que representan decisiones a tomar (¿hemograma o hemograma + ferritina?, ¿dar o no un tratamiento?), y los **nudos de azar**, representados mediante círculos, son los puntos del árbol de los que emergen las ramas que representan lo que puede suceder (¿tendrá o no anemia? ¿mejorará o no tras el tratamiento?). Los diferentes sucesos de un nudo de azar deben ser exhaustivos, todos los posibles resultados han de estar representados, por lo que las probabilidades de todas las ramas que salen de un nudo de azar deben sumar 1.

*El bosque es hermoso, oscuro y profundo, pero tengo promesas que cumplir y millas que recorrer antes de dormir (Robert Frost).*

El árbol puede ser más o menos complicado, dependiendo, entre otras cosas, de lo lejos que queramos llegar en el tiempo. Si se trata de una enfermedad aguda es sencillo,



Gráfica 1



el problema de decisión acaba cuando se acaba la enfermedad, pero si se trata de una enfermedad crónica se puede representar todo lo que es la vida del paciente, cuidando de no hacer el árbol innecesariamente complicado. En el ejemplo que nos ocupa, se simularon los resultados de la aplicación del programa anualmente desde los 20 hasta los 50 años de la paciente (edad media estimada de la menopausia), finalizando el estudio cuando se estimó que, debido al cese de la menstruación, disminuía en gran medida la prevalencia de ferropenia.

*Los primeros cuarenta años de vida nos dan el texto; los treinta siguientes el comentario (Arthur Schopenhauer).*

Ahora hay que poner probabilidades a cada uno de los resultados, teniendo en cuenta que la suma de las probabilidades de todas las ramas que salen de un nudo de azar deben sumar 1. Por ejemplo, tras la realización del hemograma la paciente puede resultar anémica en el 5% de los casos y no anémica en el 95% restante. A las pacientes con anemia se les determina la ferritina sérica, y resulta ferropenia en el 65% de los casos y no ferropenia en el 35% restante.

Tras asignar un valor a cada uno de los posibles resultados sobre la salud (en este ejemplo son estar sana, tener anemia ferropénica o ferropenia preanémica), se calcula el valor esperado de cada alternativa de decisión. Para ello se suman todos los posibles resultados por la probabilidad de que ocurran, teniendo en cuenta que esta probabilidad final es el producto de las probabilidades a lo largo de las ramas del árbol de decisión. Por ejemplo, tras la realización de un hemograma de entrada, al cabo de un año la probabilidad de presentar

anemia ferropénica es la suma de:

- La probabilidad de presentar anemia (5%) por la probabilidad de que esta sea ferropénica (65%) y multiplicada por la probabilidad de no mejorar tras la aplicación de un tratamiento (19%)  $\rightarrow 0,05 * 0,65 * 0,19 = 0,006175$  (rama 1).
- La probabilidad de no presentar anemia de entrada (95%) por la probabilidad de que presente ferropenia preanémica (47%) por la probabilidad de que desarrolle anemia al cabo de un año (10%)  $\rightarrow 0,95 * 0,47 * 0,10 = 0,04465$  (rama 6).

Si imaginamos que partimos de una cohorte de 10.000 mujeres, tras la realización de un hemograma, al cabo de un año presentarán anemia ferropénica 513 mujeres ( $10.000 * 0,006675 + 10.000 * 0,04465 = 513,25$ ).

Así calculamos la probabilidad de todos los posibles resultados, y se elige la alternativa con el valor esperado sobre la salud más elevado (si sólo se tienen en cuenta los resultados sobre la salud), con los costes más bajos (si lo que se valoran son los costes) o con la relación coste/resultados sobre la salud menor (si lo que se valora es la eficiencia).

*Cuando la planta crece desde su semilla, nunca se para por encontrar piedras, arena o incluso cemento seco. Siempre sigue adelante hasta que llega al exterior.*

La pregunta que surge rápidamente es de dónde obtenemos estas probabilidades. Podríamos utilizar datos de la bibliografía existente al respecto o basados en la propia experiencia, algo mucho más intuitivo. La cuestión es que, a menudo, la incertidumbre que acompaña a un hecho puede ser muy elevada, pero

podemos conocer la probabilidad más alta y más baja de que ocurra, y comprobar los resultados variando estas probabilidades. Es lo que se denomina un **análisis de sensibilidad**, porque se trata de ver cuán sensibles o robustos son los resultados en función de los diferentes parámetros con los que alimentamos el árbol. En el estudio de la ferropenia, las probabilidades de la validez de las pruebas se estimaron a partir de un estudio observacional transversal en la población laboral femenina que acudía a la revisión periódica; las probabilidades de incidencia de ferropenia y anemia se estimaron a partir de los datos de prevalencia por grupos de edad (derivados del mismo estudio); y las probabilidades de cumplimiento y curación tras el tratamiento se obtuvieron de una encuesta realizada a un grupo de expertos a nivel nacional. Los resultados en función de estos parámetros fueron robustos.

*No te rindas, porque la vida es eso, continuar el viaje, perseguir tus sueños, destrabar el tiempo, correr los escombros y destapar el cielo (Mario Benedetti).*

Correspondencia:

**Begoña Bermejo Fraile.**  
Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina.  
E-mail:  
[bbermejo\\_amim@hotmail.com](mailto:bbermejo_amim@hotmail.com)

Asociación de Radiólogos de Navarra (ARN) 

## Avances en cáncer de mama

*Inauguración con Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos, y los directores del curso Luis Pina y Luis Apesteguía.*



La Asociación de Radiólogos de Navarra (ARN) organizó, el pasado 2 de junio, el Curso “Avances en cáncer de mama” para debatir sobre el presente y el futuro del cribado y los avances en su tratamiento. Reunió, en el Colegio de Médicos, a 23 ponentes y más de 60 profesionales.

La primera parte del curso estuvo dirigida a médicos especialistas en Radiología Clínica y cribado mamográfico, cirujanos especializados, ginecólogos, genetistas, oncólogos y radioterapeutas. Se abordaron los avances científicos y técnicos con ponencias sobre la situación en Navarra del programa de detección precoz del cáncer de mama, el cribado personalizado o la utilización de la inteligencia artificial. Se habló de técnicas avanzadas como la mamografía con contraste yodado, la biopsia líquida y las plataformas genómicas. En cuanto al tratamiento, los expertos reunidos debatieron sobre las técnicas percutáneas (crioablación), la terapia axilar dirigida, las nuevas técnicas en radioterapia o la inmunoterapia.

La segunda parte del curso estuvo centrada en las pacientes afectadas. Se habló sobre las complicaciones de la cirugía reconstructiva, los efectos adversos o la infertilidad. También se discutieron los aspectos humanos y del seguimiento de las pacientes. Para ello, se incluyeron ponencias desde el punto de vista de los técnicos en mamografía, diplomadas en Cuidados de Enfermería, médicos de Atención Primaria y asociaciones de pacientes afectadas, en este caso, SARAY.

El Curso fue organizado y dirigido por los doctores Luis Apesteguía Cririza (ex-jefe del Servicio de Radiología del Hospital Universitario de Navarra y actual director de la Clínica Radiológica Olite 20) y Luis Pina Insausti (jefe de Sección de Imagen de la Mama en el Servicio de Radiología de la Clínica Universidad de Navarra).

### El 80% de las mujeres participan en los cribados

En la primera mesa redonda sobre Cribado de cáncer de mama, presente y futuro, la Dra. María Ederra, responsable del programa de cribado de cáncer de mama en el Instituto de Salud Pública de Navarra, subrayó que “más del 80% de las mujeres convocadas a participar, decide hacerlo. Es un porcentaje por encima del 70% que sería aceptable y del 75% deseable”. La Dra. Ederra añadió que Navarra tiene una tasa de detección de cáncer de mama de entre 3 y 5,5 diagnósticos por cada 1.000 pruebas. “Aunque la incidencia está subiendo en los últimos años, la mortalidad está descendiendo desde que se hacen cribados”.

Sobre los posibles usos de la inteligencia artificial (IA) en el diagnóstico y prevención del cáncer de mama habló Martín Begoña, exsubdirector de informática de Osakidetza. En la actualidad permite, por ejemplo, la identificación de posibles alteraciones en las mamografías o ecografías. “La inteligencia artificial es capaz de detectar, a partir de una mamografía, la presencia de nódulos o microcalcificaciones malignas, ayudando a la identificación del riesgo de cáncer de mama, especialmente en procesos masivos de cribado”, explicó.

## 63 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)

### ¿CÓMO INFLUYE EL MEDIO AMBIENTE EN EL ENVEJECIMIENTO?

Los expertos reunidos en el 63 congreso de la SEGG, que se celebró en Pamplona del 7 al 9 de junio, pusieron de manifiesto que las personas mayores de 65 años son las que sufren más enfermedades cardiovasculares y fallecimientos a causa de la contaminación medioambiental, que provoca 8 millones de muertes al año en todo el mundo.

**Jordi Bañeras Rius**, cardiólogo del Hospital Vall d'Hebrón y coordinador de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de este centro, ha liderado investigaciones que demuestran que la contaminación ambiental afecta a las enfermedades cardiovasculares. "Se preguntarán qué hace un cardiólogo hablando de contaminación. Les explico: un día comenzamos a investigar si el ambiente podía influir en nuestros pacientes coronarios y hemos demostrado que los que ingresan con infarto y en tratamiento de reanimación tienen peor recuperación en un ambiente contaminado". Destacó que la contaminación atmosférica es el cuarto factor de riesgo cardiovascular, tras la hipertensión, el tabaco y el alcoholismo.

La alta frecuencia de infartos en mayores de 65, en días de máxima contaminación, se estudia desde 1989. Bañeras se refirió a las investigaciones sobre Material Particulado (PM), un conglomerado de contaminantes que no podemos ver pero que son los que más enfermedades causan. Los estudios realizados señalan también que, a largo plazo, la contaminación provoca arteriosclerosis. Añadió que "no existe un umbral a partir del cual ya no sea dañina. En algún momento saldrá un índice pero tenemos que ir a un nivel cuanto más bajo, mejor". En este sentido, recomendó que "las personas con alto riesgo cardiovascular deben evitar los días de picos de contaminación. Caminar por una gran avenida en una ciudad no es lo mismo que caminar por una zona verde".

Finalmente, aportó algunos datos referentes al coste económico de este problema: a España le cuesta cada año la polución unos 4000 millones de euros en salud.

**Mario Fernández Fraga**, biólogo molecular, bioquímico y científico titular del CSIC, lleva años intentando responder a la cuestión de por qué todas las personas no envejecen de la misma forma, lo que ha llevado a su equipo a investigar cómo una parte muy importante de los cambios en el envejecimiento revierten en ambientes enriquecidos física y cognitivamente.

*Iñaki Gabilondo, en la conferencia inaugural del 63 Congreso de la SEGG, celebrado en Baluarte.*



### Iñaki Gabilondo: "Hay una corriente de desasosiego, preocupada por el envejecimiento"

El periodista Iñaki Gabilondo reivindicó el papel de las personas mayores en una sociedad que los "olvida, que no les tiene en cuenta", en la conferencia inaugural del Congreso. Alertó de los posibles problemas de rechazo social hacia los mayores en un momento de regresión de la pirámide demográfica. "Parece que hay un desasosiego, una amenaza: los Mayores. Ustedes están ocupándose de nosotros, pero los Mayores y ustedes, todos tenemos un enemigo que es la corriente de pensamiento que ve qué problemas está originando el envejecimiento a la sociedad. Preocupa cómo crece el número de personas mayores, al mismo tiempo que la sanidad cronifica enfermedades que eran mortales. Se empieza a intuir una muchedumbre de mayores con enfermedades cronicadas. Empiezan a producirse alarmas demográficas y económicas. El mundo es un asilo y una guardería en la parte menos próspera. Se temen movimientos demográficos, corrientes regresivas. La sociedad es cómplice a regañadientes de su aventura".

Dirigiéndose a los profesionales de la Salud, Gabilondo destacó que "la cronicación de las enfermedades les va a convertir en especialistas cada vez más sofisticados. Los elementos de las nuevas tecnologías vienen en su favor. Necesitamos reforzar la humanidad. No olviden que trabajan con personas frágiles. Somos vulnerables, tenemos miedo y exigimos dignidad, y desde esa perspectiva debemos ser atendidos. Cuando ustedes ayuden a las personas mayores con asistencia de la tecnología, no se les olvide la palpitación humana y escuchen, tenemos mucho que contarles. Igmar Bergman decía que envejecer es como subir un monte muy empinado. Cada paso cuesta más, pero se ve mejor el paisaje. Vemos mejor el paisaje de la vida". Iñaki Gabilondo también alertó sobre que éste va a ser el siglo de la soledad.



*Karl Pillemer, experto gerontólogo y sociólogo, habló sobre los abusos en las personas mayores.*

## **Karl Pillemer:**

### **“El 10% de los mayores sufren algún tipo de abuso”**

En la sesión plenaria “Problemas que afectan a la calidad de vida del Mayor”, **Karl Pillemer** (profesor en la Universidad de Cornell, experto gerontólogo y sociólogo, autor de numerosos libros sobre relaciones intergeneracionales y abusos sobre los mayores) subrayó que el 10% de las personas mayores en el mundo sufren algún tipo de abuso. Se refirió al problema del edadismo que, en su opinión, contribuye al riesgo de mortalidad, a la mala salud funcional y a la exclusión social. “Dar poco valor a los mayores provoca la discriminación y hay que luchar contra políticas que ignoran a los mayores, infantilizándoles, porque atentan contra su dignidad”.

Pidió mayor atención y recursos para programas de prevención con equipos multidisciplinares y más apoyo a los cuidadores. “El abuso contra los mayores –explicó Karl Pillemer– es una pieza que falta en la calidad de vida”. Añadió que existen cinco tipos de abusos: financiero, físico, sexual, psicológico y negligente.

Algunos de los efectos de los abusos son daños físicos, efectos psicológicos (depresión o ansiedad), aislamiento social, necesidad de aumento de cuidadores, incremento del riesgo de hospitalización, más visitas a urgencias y posible aumento de mortalidad.

Karl Pillemer defendió que “el envejecimiento saludable requiere bienestar físico, buen estado psicológico, un entorno seguro y agradable, y unas relaciones sociales positivas”.

## **AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEMENCIAS**

En la sesión “Últimos avances en el diagnóstico y tratamiento de demencias”, **Pablo Martínez Lage**, neurólogo de la Fundación Cita Alzheimer, habló sobre las nuevas dianas terapéuticas y los estudios que se están realizando sobre prevención, que constatan la importancia de la actividad física y la dieta.

Por su parte **José Viña**, investigador de la Universidad de Valencia, consideró que hay que pensar en daños en el cerebro asociados al alzheimer 15 años antes de que empiecen los síntomas y subrayó que el ejercicio físico mejora la enfermedad en estadios presintomáticos. Presentó un futuro esperanzador: “Hay avances muy sólidos en biología molecular, hay fármacos como genisteína que han mostrado tratamientos sustancialmente esperanzadores y hay una evidencia razonable de posibilidades de éxito. Tenemos una oportunidad para la esperanza”.



*El Dr. Jordi Bañeras durante su intervención en la mesa redonda sobre medio ambiente y envejecimiento. ▲*

# Los retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura

Objetivos y propuestas de transformación para aumentar la salud, mejorar la calidad, y hacerlo más equitativo y eficiente.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está en crisis y necesita una transformación urgente para garantizar la salud de la población y mejorar la experiencia de pacientes y profesionales. Así

lo señala el informe “Los Retos del Sistema Nacional de Salud en la Próxima Legislatura (2023-2027)”, elaborado por la Federación de Sociedades Científico-Médicas Españolas (FACME), el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) y la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS). El informe ha sido avalado por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) y el Foro de la Profesión Médica.



[VIDEO DE PRESENTACIÓN DEL INFORME](#)

[INFORME RETOS SNS 2023-2027.PDF](#)



*Presentación del informe con Javier García Alegría (FACME), Tomás Cobo (Consejo General de Médicos) y Javier Elola (Fundación IMAS).*

Entre los principales problemas identificados por la comunidad médica se encuentra un sistema sanitario enfocado hacia la enfermedad, una atención que se debe optimizar en los pacientes crónicos complejos, la necesidad de mejorar aspectos clave como la salud mental y bucodental, la falta de transparencia y eficiencia en la gestión, la politización de la sanidad, la falta de implicación activa de los pacientes y la desafección profesional de los sanitarios, entre otros.

Para hacer frente a estos desafíos, el informe propone un total de 37 medidas, agrupadas en 10 retos fundamentales. Estos retos incluyen la reorientación del SNS hacia la salud, el desarrollo de una atención integral que incorpore a los recursos sociales y los profesionales necesarios para una asistencia de calidad, la ampliación de la cartera de servicios del SNS, la dotación de una estructura de gobierno y gobernanza adecuados, la implicación activa de los pacientes y médicos en el proceso de toma de decisiones y la mejora de la experiencia del profesional en el Sistema Nacional de Salud, entre otros.

## VALORACIÓN DE LOS PROTAGONISTAS

Dr. Javier Elola, director de la Fundación IMAS e impulsor de la iniciativa: “El Sistema Nacional de Salud fue diseñado en la Ley General de 1986 cuando la sociedad, la tecnología, las expectativas de los ciudadanos, etcétera, eran muy distintos a los actuales y ya no puede hacer frente a las demandas de profesionales y ciudadanos. No queremos un cambio de modelo sanitario –la universalidad y gratuidad de nuestro Sistema Nacional de Salud son de los bienes más preciados que tenemos como país– sino un cambio de sistema, una organización sanitaria a la altura de las necesidades de la sociedad de hoy en día”.

Dr. Tomás Cobo, presidente del Consejo General de Médicos: “El modelo sanitario español es un modelo de

éxito y base de la justicia social en nuestro país, es el mejor regalo que España se ha hecho a sí misma en los últimos cien años, pero falla el sistema que lo sostiene. Hay que replantear este sistema con soluciones que deben emanar de quienes hacen posible la sanidad: sus profesionales. Es imprescindible un gran acuerdo común de país, un pacto de Estado, que fortalezca la sanidad, promueva la equidad en todo el territorio y lo haga desde un enfoque preventivo y cuidando de sus profesionales”.

Dr. Javier García Alegría, presidente de la FACME: “España tiene que afrontar ahora el reto de reconstruir y reformar en profundidad el sistema sanitario para adaptarlo a las necesidades, presentes y futuras, de salud de la población. Se debe dar respuesta a los cambios sociales, económicos, científicos y tecnológicos de los últimos años y se han de afrontar de la mano de los profesionales sanitarios. Las sociedades científicas son las que tienen el bagaje, el conocimiento y la experiencia acumulada para poder hacer un correcto asesoramiento técnico a los gestores sanitarios. Como país necesitamos madurar y crear un vínculo de confianza entre técnicos y gestores. Nosotros actuamos con la mayor lealtad para lograr la mejor sanidad de nuestro país”.

Según el informe, la transformación del sistema sanitario debe perseguir un “quíntuple objetivo”: mejorar la salud de la población y la salud individual de los pacientes, mejorar la experiencia del paciente y del profesional, aumentar la equidad y la calidad del sistema, y aumentar su eficiencia.

En definitiva, el informe propone una visión integral y transformadora del SNS, que persigue una atención sanitaria centrada en la persona y orientada hacia la salud, con una organización y gestión transparente, eficiente y participativa. Para ello, es necesario el compromiso de todos los actores implicados, desde los profesionales sanitarios hasta los responsables políticos y los propios ciudadanos.

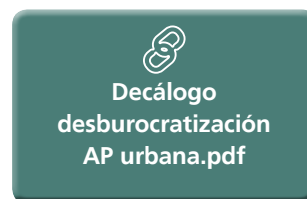


## Decálogo para la desburocratización de la Atención Primaria

La sección nacional de médicos de Atención Primaria urbana del Consejo General de Médicos (CGCOM) ha elaborado un decálogo de desburocratización de la Atención Primaria.

La finalidad de este documento es evitar la sobrecarga de trabajo a los profesionales de la Medicina con tareas administrativas que no corresponden a la Atención Primaria y que pueden ser realizadas en el nivel asistencial que las genera.

De acuerdo con este documento, los médicos y pediatras de Atención Primaria solo están autorizados a realizar informes de salud por el derecho que asiste a los pacientes y a petición de éstos, de personas autorizadas, o por imperativo legal. Además, no podrán ser realizados en consulta a demanda, sino que deben ser calendarizados en consulta administrativa.





## DECÁLOGO

### ¿Qué debe hacer?

1. Emisión de partes IT: iniciar, prolongar y/o finalizar por el médico responsable en cada momento tanto en Atención Hospitalaria como en Primaria. Creación de circuitos administrativos en los centros de salud para la recogida de partes de confirmación que no precisen evaluación médica.
2. Prescripción de recetas y tratamientos: por quien indica el tratamiento desde el inicio y todo el tiempo que dure su recomendación de ese tratamiento. Incluidas las recetas que precisen visado.
3. Solicitud de transporte sanitario: corresponde al profesional que indica la necesidad de consulta o prueba complementaria. El transporte sanitario programado desde el domicilio o residencia al hospital debe solicitarlo el facultativo especialista.
4. Solicitud de pruebas y comunicación de resultados: a realizar por el facultativo que inicia el acto médico, incluidas mutuas laborales y revisiones de sus trabajadores. Rechazo de interconsultas o interconsultas entre FEAS sin pasar por MAP.
5. Citación para revisión: por el facultativo que inicia el acto médico, incluidas las mutuas laborales y las revisiones de sus trabajadores.
6. Solicitud de interconsultas: a realizar en cada nivel de atención con la finalidad de evitar duplicidades, demoras y conflictos de competencias innecesarios.
7. Demora en revisión o citas perdidas: debe ser gestionado por cita del hospital y/o Atención Primaria.
8. Informes: no derivar a MAP procedimientos que corresponden a medicina del trabajo. Implicar a oficinas municipales, de farmacia y otras administraciones en la creación de circuitos telemáticos para la solicitud de dichos trámites.
9. Administrativo clínico: creación de un perfil de administrativo clínico y adecuación de las funciones de los TCAE (auxiliares de enfermería) en todos los procesos.
10. Historia clínica online: habilitar una web/app en las consejerías de salud, no solo para pedir cita, sino también para descargar resultados de pruebas, hojas de tratamiento, certificados de vacunas.

### ¿Qué no debe hacer?

Asimismo, los facultativos de Atención Primaria no están obligados a realizar ninguno de los siguientes documentos, ya que se escapan de su mapa competencial y de su actual cartera de servicios:

- Peritajes.
- Evaluaciones de aptitud, capacidad o riesgos laborales.
- Evaluaciones de aptitud, capacidad o riesgos para actividades deportivas.
- Evaluaciones de aptitud, capacidad o riesgos para actividades recreativas.
- Permiso de armas.
- Carnet de conducir.
- Justificantes escolares a menores.
- Informes de "fe de vida" realizados en el registro civil.
- Informes para centros deportivos municipales.
- Justificante simple de asistencia a cualquier consulta que no requiera datos clínicos.
- Justificante de asistencia a cualquier consulta para el desempleo.
- Informes para primera solicitud y para solicitud de revisión del grado de ley de dependencia.
- Informes para teleasistencia.
- Informes para ingreso en residencias.
- Informe para protección del embarazo sano en medio laboral.
- Informe de necesidad de reposo domiciliario.

Por otra parte, el díptico detalla cuáles son los informes que se deben realizar por imperativo legal a solicitud del juez o de la dirección médica:

- Certificado de defunción al Registro Civil.
- Parte de lesiones al Juzgado de Guardia.
- Informe de malos tratos al Juzgado de Guardia.
- Informes de bajas laborales para Inspección Médica.
- Informes de EDOs para Prevención de la Salud.
- Informes para organismos externos con los que el SNS ha llegado a acuerdos:
  - Informes de Salud para Teleasistencia (Bienestar social) o ingreso en residencia.
  - Informe de Salud para evaluación Discapacidad (Centro Base). No es necesario derivar a especialistas hospitalarios si disponemos de información sanitaria actualizada que acredite la situación clínica del paciente.

# MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN



**POR CELIA SAIZ MARROQUÍN.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO EN MEDICINA 2023 EN LA UNIVERSIDAD DE NAVARRA.

**L**A DEPRESIÓN SE HA CONVERTIDO EN LA PRINCIPAL CAUSA DE DISCAPACIDAD EN TODO EL MUNDO, SEGÚN EL

ÚLTIMO INFORME DE 2021 DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). EN LA ACTUALIDAD, EL 5% DE LA POBLACIÓN ADULTA PADECE DEPRESIÓN Y SE PREVÉ QUE SIGA AUMENTANDO.

LAS ENFERMEDADES MENTALES Y EN CONCRETO, LA DEPRESIÓN, SUPONEN UN ALTO COSTO PARA LOS SISTEMAS SANITARIOS Y LA SOCIEDAD, PORQUE REPERCUTEN NEGATIVAMENTE TANTO EN LO PSICOLÓGICO COMO EN LO SOCIOLABORAL. LA REDUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DE LA VIDA COTIDIANA, PUEDE BENEFICIAR MUCHO A LOS PACIENTES Y ALIVIAR COSTOS AL SISTEMA DE SALUD. EN ESTE MOMENTO, HAY PRINCIPALMENTE TRES TRATAMIENTOS EFECTIVOS PARA LA DEPRESIÓN: LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS, LA PSICOTERAPIA Y LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA, EN LOS CASOS MÁS GRAVES. SIN EMBARGO, EXISTEN APROXIMACIONES TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS O COMPLEMENTARIAS, COMO ES LA MUSICOTERAPIA.

## EVOLUCIÓN DE LA MUSICOTERAPIA

Desde el comienzo de la civilización humana hemos utilizado la música para sanar. En las tribus primitivas de África el brujo era el líder musical, el médico y el clérigo. Estos chamanes usaban la música en ceremonias espirituales para expulsar enfermedades del cuerpo de los pacientes.

En la Grecia clásica también creían que la enfermedad era el resultado de la falta de armonía en el humano, y que la música, era el medio para reinstaurar la concordancia y el orden y, en consecuencia, la salud del individuo.

Aunque la música tuvo fundamentación científica desde Pitágoras, en el siglo VI a.C., y la musicoterapia se ha usado o recomendado a lo largo de los siglos, hasta el siglo XX no ha habido estudios de carácter experimental. Además, y como consecuencia del desarrollo de la psicología, la psiquiatría, la psicoterapia y la pedagogía, también han evolucionado las aplicaciones de la musicoterapia. La psiquiatría moderna requiere la conjunción de los enfoques biológicos, basados en la psicofarmacología y los humanísticos, que aprecian la importancia de la psicoterapia, la musicoterapia u otros métodos no farmacológicos. La musicoterapia es, por tanto, un saber interdisciplinar y continúa siendo una disciplina en sí misma.

## ¿QUÉ ES LA MUSICOTERAPIA?

Según la American Music Therapy Association (AMTA), "la musicoterapia es el uso clínico y basado en evidencia de intervenciones musicales, para lograr objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica por parte de un profesional acreditado que ha completado un programa de musicoterapia aprobado".

La musicoterapia es dividida principalmente en dos grandes grupos, la

# “LA MUSICOTERAPIA AÑADIDA AL TRATAMIENTO HABITUAL TIENE UN EFECTO SIGNIFICATIVO A CORTO PLAZO PARA LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN”

musicoterapia activa y la receptiva. En la musicoterapia activa los pacientes son los compositores que crean y tocan música. Mientras que, en la musicoterapia receptiva, los receptores son pasivos, escuchan la música. En cada una de las dos formas de musicoterapia existen multitud de variantes, así por ejemplo, en los métodos activos se incluye: la improvisación, la recreación y la composición, esta última se define por tocar instrumentos musicales, cantar, improvisar y adaptar las letras; y en la musicoterapia receptiva: la relajación asistida por música, la música imaginaria, música e imágenes guiadas, análisis de letras, etc.

## EFFECTIVIDAD DE LA MUSICOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Varios metaanálisis, principalmente de la Cochrane Library respaldan la evidencia científica de la efectividad de la musicoterapia para



reducir uno o varios síntomas depresivos. Los resultados del metaanálisis citado, evidencian que la musicoterapia añadida al tratamiento habitual tiene un efecto significativo a corto plazo para las personas con depresión en comparación con el tratamiento habitual por sí solo. Sin embargo, el efecto beneficioso de la musicoterapia no parece mantenerse a medio plazo.

También se ha visto que la musicoterapia añadida al tratamiento habitual ayuda a las personas con episodios depresivos leves, moderados o graves a mejorar sus niveles de depresión, así como la ansiedad y el funcionamiento.

Por otro lado, la mayoría de los estudios están de acuerdo en que la musicoterapia no se asocia con eventos adversos añadidos al tratamiento habitual. Esta es una de las ventajas más importantes de la musicoterapia, ya que puede ser usada como tratamiento seguro.

## EXPERIENCIAS PERSONALES

En cuanto a las experiencias personales de los pacientes con depresión que acudieron a sesiones de musicoterapia, refirieron una calidad diferente de confianza, intercambio y desarrollo de conexiones interpersonales, atribuyéndolo a hacer música juntos. En este sentido, la música era el vínculo de unión entre los miembros del colectivo, que propiciaba la apertura de los pacientes a contar sus experiencias y a construir nuevos vínculos y relaciones sociales entre ellos. Además, el grupo de musicoterapia les sirvió como vía de escape de su realidad o entorno familiar difícil y de los problemas de la vida cotidiana, así como de su enfermedad y síntomas depresivos: disminuyeron la rumiación y los pensamientos intrusivos o paranoicos. La unión y la cohesión grupal creada proporcionó experiencias de seguridad, disfrute, libertad y escape, que no hubieran sido posibles sin la música.

La musicoterapia les dio sentido de pertenencia y aceptación al sentirse parte de un colectivo, les facilitó perspectivas y enfoques nuevos de su enfermedad y, además, les permitió ganar conciencia de sí mismos.

Por otro lado, los pacientes detallaron que la creación musical les ayudó a afrontar situaciones conflictivas en su día a día, incluidas las actividades rutinarias como cocinar, hacer ejercicio o arreglar las cuentas. La creación de música les proporcionó la motivación necesaria para afrontar su vida. Además, descubrieron sentimientos ausentes en ellos desde hace muchos años.

## EFFECTOS QUE SE ATRIBUYEN A LA MUSICOTERAPIA

Numerosos estudios muestran que los diferentes tipos de estímulos musicales inducen cambios en los estados de ánimo, estimulan la imaginación y

los sentidos, y evocan y modulan sentimientos y emociones, por lo que claramente la musicoterapia influye en el ámbito emocional y en la expresión humana. También evoca la introspección, la reflexión y el conocimiento y finalmente, permite la catarsis o liberación del individuo.

En segundo lugar, la musicoterapia ejerce su acción curativa tanto en la mente como en el cuerpo humano, porque promueve la actividad física y estimula o calma a los pacientes.

La musicoterapia promueve las relaciones sociales y mejora la cohesión humana, las razones de su poder parecen residir en la naturaleza de la música en sí misma, como forma de promoción de las interacciones humanas dentro de la sociedad.

## NEUROTRANSMISORES Y MARCADORES BIOLÓGICOS EN MUSICOTERAPIA

Los principales neurotransmisores y marcadores biológicos a través de los cuales actúa la música en nuestro organismo y que, por tanto, explican la efectividad bioquímica de la musicoterapia, son: la dopamina, los péptidos opioides endógenos, la oxitocina, el cortisol y el sistema inmune, entre otros muchos.

La dopamina es el neurotransmisor cerebral implicado en la motivación, búsqueda de recompensas y sensaciones placenteras, memoria de trabajo y aprendizaje por refuerzo. Las imágenes de resonancia magnética funcional muestran que escuchar música estimula la activación del núcleo accumbens (NAc), así como las interacciones entre el NAc y el área tegmental ventral (VTA) y las estructuras cerebrales conocidas que regulan las funciones autonómicas, emocionales y cognitivas. Esto evidencia que la escucha musical puede estimular los mismos circuitos que activan el aprendizaje por refuerzo y la recompensa. Estos datos refuerzan la

# “DESDE EL COMIENZO DE LA CIVILIZACIÓN HUMANA HEMOS UTILIZADO LA MÚSICA PARA SANAR”

efectividad de la musicoterapia en la depresión, donde existe un déficit de dopamina en el cerebro, así como un menor número de receptores dopaminérgicos.

Otro de los neurotransmisores implicados en el deseo o en el “gusto” de un estímulo gratificante, son los péptidos opioides endógenos dentro del NAc, que a su vez están regulados por la entrada de dopamina al VTA. Al parecer, existe evidencia que apoya que escuchar música reduce las necesidades de opioides exógenos en el dolor postoperatorio y que antagonistas opioides, como la naloxona, pueden bloquear las emociones y los estremecimientos durante la escucha de música. Estos resultados establecen una posible relación causal de la recompensa musical y la liberación de opioides endógenos.

Uno de los neuropéptidos que más interviene en la interacción social es la oxitocina. Esta hormona no es prosocial en sí, sino que regula el estrés y la ansiedad, los estados motivacionales afectivos y/o la selectividad perceptual en relación con la información social. Aunque la oxitocina no guarda relación directa con la música, se dice que al igual que aumenta en la comunicación verbal también lo puede hacer con la actividad musical, al tratarse de un sistema más de comunicación emocional.

En la actualidad, existen diferentes teorías acerca de cómo la música influye en nuestro sistema inmune. Al parecer la música estimula el sistema inmunitario innato, debido al aumento de la actividad de las células NK y la inmunidad de las mucosas. También se atribuyen a la música propiedades antiinflamatorias, visto como cambios positivos en el perfil de citoquinas. No obstante, estos resultados aún son preliminares y han de hacerse más estudios que controlen todos los efectos de variables extrañas.

### MUSICOTERAPEUTAS

Hoy en día, hay 6.500 musicoterapeutas en Europa, 8.500 en EE. UU. y 600 en Australia. En algunos países (por ejemplo, Austria o Reino Unido), la musicoterapia es una profesión sanitaria registrada y regulada legalmente, que se accede por Grado universitario. En otros lugares, los musicoterapeutas todavía están trabajando para que el gobierno los reconozca como profesión, mientras que la musicoterapia como intervención a menudo ya está bien establecida en los servicios de atención médica.

Sin embargo, la realidad en España es muy diferente, ya que no existe Grado universitario en musicoterapia. La formación que se oferta en el país es muy variada, desde cursos de musicoterapia, asignaturas, charlas, hasta seminarios, aunque muchos de ellos carecen de reconocimiento por parte del Estado. No obstante, existen universidades tanto públicas como privadas que ofrecen Programas de Máster oficiales en musicoterapia. Por lo que cualquier persona con una licenciatura o grado puede acceder a ellos, siendo preferible que los profesionales que se especialicen en musicoterapia procedan de carreras como medicina, educación, psicología, enfermería, música, trabajo social, etc. Además, se recomienda tener conocimientos previos musicales, no siendo

obligatorios. El objeto de esta formación académica es que el musicoterapeuta esté calificado y capacitado para guiar la sesión de musicoterapia.

En la actualidad, la formación oficial es muy minoritaria, ya que el 88,4% de todas las universidades españolas no ofrecen ninguna titulación en este campo. Esto evidencia que la musicoterapia aún no se ha integrado plenamente en el sistema académico español, lo que explica su escasa presencia en el tratamiento terapéutico hospitalario.

### CONCLUSIÓN

Para terminar, se ha demostrado que la musicoterapia puede ser un método no farmacológico eficaz de apoyo al tratamiento habitual de pacientes con depresión. A pesar de que en la actualidad la musicoterapia carece del rigor científico deseado y el efecto solo es significativo a corto plazo, la musicoterapia es una terapia que no ha demostrado tener efectos adversos, amplía significativamente el rango de intervenciones no farmacológicas y su uso puede ser generalizado a toda práctica asistencial de la depresión.

Este artículo se ha basado en mi Trabajo de Fin de Grado en Medicina 2023 por la Universidad de Navarra. El interés en este tema se debe a mi afición por la música, soy pianista y organista profesional y en un futuro me gustaría poder trabajar e investigar más sobre la aplicabilidad de la música en medicina y más específicamente, en la salud mental.



### La LXIV promoción de Medicina.

#### GRADUACIÓN DE LA LXIV PROMOCIÓN

En mayo, los 190 alumnos de la LXXIV promoción de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra celebraron su acto de graduación. El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, tomó el juramento hipocrático a los nuevos licenciados. En su intervención, la Dra. Marta Ferrer, decana de la Facultad de Medicina, dijo: "No dejéis de soñar cosas grandes y que os ocurra muchas veces que, al acabar la consulta, un paciente agradecido y admirado os pregunte dónde habéis estudiado Medicina". Por su parte, los alumnos expresaron en su discurso que "si la generación del 27 fue de grandes poetas, estoy seguro de que la del 23 será de grandes médicos. Y, vayamos a donde vayamos, dejaremos huella, trabajaremos con cariño y viviremos tan bonita profesión".



VER EL VÍDEO DE LA GRADUACIÓN



# COCEMFE Navarra, más de 15 años apoyando a las personas con discapacidad y a las asociaciones de pacientes



**COCEMFE Navarra** ([www.cocemfenavarra.es](http://www.cocemfenavarra.es)) Federación de asociaciones de personas con discapacidad física y orgánica, es una entidad sin ánimo de lucro nacida en 2006 para unir los esfuerzos de las asociaciones de pacientes, además de ofrecer diferentes servicios para promover la autonomía y la calidad de vida de las personas con discapacidad y enfermedades crónicas. Actualmente somos 18 asociaciones con 6000 socios/as.

- > **FQ NAVARRA**, Asociación contra la Fibrosis Quística de Navarra.
- > **ADELUNA**, Asociación navarra de lupus.
- > **LCER**, Asociación Navarra para la lucha contra las enf. renales.
- > **ANPHB**, Asociación Navarra de Espina Bífida e Hidrocefalia.
- > **ANAPAR**, Asociación Navarra de Parkinson.
- > **ASNAEN**, Asociación Navarra de Enfermedades Neuromusculares.
- > **ANADI**, Asociación Navarra de Diabetes.
- > **ATEHNA**, Asociación de Trasplantados y Enfermos Hepáticos de Navarra.
- > **AMIMET**, Asociación de Personas con Discapacidad Física de la Ribera.
- > **AFINA**, Asociación de Fibromialgia de Navarra.
- > **AFAN**, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra.
- > **EM**, Navarra Esclerosis múltiple Navarra.
- > **ANELA**, Asociación de Esclerosis Lateral Amiotrófica de Navarra.
- > **FRIDA**, Asociación Navarra de Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica.
- > **ANL**, Asociación Navarra de personas laringectomizadas.
- > **SARAY**, Asociación Navarra de Cáncer de Mama.
- > **HIRU HAMABI**, Asociación de Daño Cerebral Adquirido Infantil.
- > **ACCU Navarra**, Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa.

## COCEMFE Navarra:

Federación de asociaciones de personas con discapacidad física y orgánica.

### Sede Pamplona:

Dirección: C/ Mendigorria 12 bajo  
Correo-e: [federacion@cocemfenavarra.es](mailto:federacion@cocemfenavarra.es)  
Tel.: 948 38 38 98  
Horario: Lunes a viernes, de 8 a 15,30 h.

### Sede Tudela:

Dirección: C/ Melchor Enrico el Comediógrafo 2  
Correo-e: [tudela@cocemfenavarra.es](mailto:tudela@cocemfenavarra.es)  
Tel.: 645 75 68 06.  
Horario: Lunes a viernes, de 8 a 15,30 h

### Sede Estella:

Dirección: Edificio Laseme C/del Puy 11 bajo  
Correo-e: [estella@cocemfenavarra.es](mailto:estella@cocemfenavarra.es)

Navarra registra más de 32.000 personas con discapacidad (41.000 incluyendo las discapacidades menos reconocidas). La discapacidad física es la mayoritaria (un 42,7%), seguida de la discapacidad orgánica (un 21,3%) y del resto (mental, intelectual, etc)



*Representantes de las 18 asociaciones que forman COCEMFE.*

## SERVICIOS:

- Información sobre enfermedades, discapacidades, recursos y entidades de referencia.
- Servicios para sus asociaciones miembro: asesoramiento técnico y jurídico, transporte adaptado, formación, comunicación, representación...
- Servicio de empleo Avanza Navarra, con más 550 contratos/año.
- Igualdad: talleres de empoderamiento.
- Bonotaxi de la comarca de Pamplona.
- Ocio inclusivo, actividades para todas las personas.
- Autonomía funcional actividades para mejorar tu estado de salud físico y mental.
- Formación: cursos, talleres...
- Accesibilidad: app, consultoría de accesibilidad, campañas...
- Oficina de independencia, asistencia personal y viviendas "de aprendizaje".
- Punto de información abierto a la ciudadanía.

## Más de 32.000 personas con discapacidad

Navarra registra más de 32.000 personas con discapacidad (41.000 incluyendo las discapacidades menos reconocidas como fibromialgia...), más de la mitad física y orgánica. La discapacidad física es la más presente, seguida de la discapacidad orgánica, generalmente invisible a simple vista, menos conocida socialmente y producida por la pérdida de funcionalidad de algunos órganos o sistemas. Es el caso de las enfermedades del riñón, hepáticas, cardiopatías, fibrosis quística, Crohn, hemofilia, lupus, esclerosis, alzhéimer, párkinson, fibromialgia...

En este sentido, COCEMFE Navarra (Federación de asociaciones de personas con discapacidad física y orgánica) es una entidad sin ánimo de lucro que nació en 2006 con el objetivo de apoyar tanto a las personas con discapacidad y/o enfermedades crónicas, como a las asociaciones de pacientes que las representan.

Lo que arrancó en un pequeño despacho cedido, años más tarde se ha convertido en una referencia en Navarra, reuniendo los esfuerzos de 18 asociaciones de pacientes con más de 6.000 socios/as y atendiendo cada año a más de 3.000 personas en sus sedes de Pamplona, Estella o Tudela.

# PACIENTES

## ¿Qué hace COCEMFE Navarra?

“Desde COCEMFE Navarra trabajamos en 3 ámbitos para mejorar la calidad de vida de este colectivo. Por una parte trabajamos con las personas para potenciar su autonomía y vida independiente en sus proyectos personales, y por otra trabajamos con las asociaciones navarras como complemento a los servicios que prestan a sus pacientes y cómo órgano de reivindicación de derechos. Además, somos una puerta de entrada para todo tipo de personas que tienen una discapacidad o una enfermedad crónica y no saben a dónde recurrir”, explica Edurne Jáuregui, gerente de COCEMFE Navarra.

“Una enfermedad crónica, un trasplante, una discapacidad... supone para la persona y sus familias una gran incertidumbre, al tener que enfrentarse en muchos casos a una situación desconocida y a cambios importantes en sus vidas. Desde COCEMFE Navarra y sus entidades les acompañamos en este proceso para avanzar en su proyecto vital, que pasa por derivarles a la asociación que puede informarles y apoyarles de forma más específica, y por ofrecerles los servicios de la federación”, explica Jauregui.

De esta forma, COCEMFE Navarra ofrece a las personas con discapacidad y enfermedades crónicas un amplio abanico de servicios en ámbitos como el empleo (más de 500 contratos por año), empoderamiento (100 mujeres en talleres anuales), ocio inclusivo (más de 1.000 inscripciones anuales), vida independiente (más de 50 personas en Navarra con asistencia personal...), etc.



En la celebración de su 15 aniversario.

Lidera campañas para fomentar una sociedad más inclusiva y solidaria como el Carné de Donante de Órganos y Tejidos de Navarra o la reciente Campaña de Donación de Productos de Apoyo de Navarra. ▼







*En 2022, COCEMFE Navarra recibió el Premio Berdinna del Gobierno Foral por "su trabajo en favor de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el ámbito de la discapacidad". ▶*

**18 asociaciones y  
6.000 socios/as**

Asimismo, la federación también ofrece una serie de servicios a sus 18 asociaciones miembro, que engloban diferentes enfermedades como esclerosis, ELA, alzheimer, parkinson, fibromialgia, fibrosis, enfermedad hepática y renal... Unos servicios dirigidos a facilitar su día a día en ámbitos como la gestión de subvenciones, la comunicación, el transporte adaptado, la formación o el asesoramiento, todo con el objetivo final de "ofrecer un mejor servicio a sus pacientes" y sobre todo "unir fuerzas" para la reivindicación de derechos. "Somos una plataforma de reivindicación común ante las administraciones, haciéndoles llegar las demandas de las distintas asociaciones y las inquietudes de pacientes y personas con discapacidad. Siempre desde la intención de aportar y apostando por el trabajo conjunto entre las diferentes entidades, administraciones, profesionales sanitarios... Porque está claro que si vamos de la mano somos más fuertes", explica Jaurregui.

Por último, COCEMFE Navarra pone en marcha diferentes campañas para defender "el ejercicio pleno de nuestros derechos y la mejor atención posible para pacientes", además de visibilizar socialmente enfermedades o discapacidades "invisibles". Es el caso de la reciente campaña #Esperoydesespero que reclamaba más recursos para la sanidad pública con el objetivo de reducir las listas de espera en pacientes crónicos y con discapacidad o de una serie de iniciativas para dar a conocer el nuevo baremo de la discapacidad entre el colectivo.

Asimismo se han puesto en marcha iniciativas para fomentar una sociedad más inclusiva y solidaria, como el Carné de Donante de Órganos y Tejidos de Navarra, que en sólo cuatro años lleva casi 3.500 tarjetas realizadas o la reciente Campaña de Donación de Productos de Apoyo de Navarra (activa actualmente). El objetivo es "dar una segunda vida a esos productos de apoyo arrinconados en casa para ofrecerlos en préstamo a personas que los necesitan para mejorar o cambiar su vida". Para ello, se ha habilitado una red de puntos de recogida por todo Navarra y un servicio de recogida a domicilio, con toda la información en <https://donaciones.productosdeapoyonavarra.es>



## NUEVA APP Y PLATAFORMA DIGITAL

El pasado año se celebró el 15 aniversario de COCEMFE Navarra, un año especialmente dulce para la entidad ya que vino acompañado de buenas noticias como record de personas atendidas y de personas asociadas a su entidad miembro. También un año de reconocimientos como el Premio Berdinna del Gobierno foral por "su trabajo en favor de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el ámbito de la discapacidad".

Y también un año de cambios, ya que se puso en marcha una nueva app y plataforma web para acercarse a las personas con discapacidad y mejorar su calidad de vida facilitando su acceso al empleo, al ocio inclusivo, a la formación o al empoderamiento. Se puede acceder a través de la web [www.cocemfenavarra.es](http://www.cocemfenavarra.es) o directamente desde la app Cocemfe Navarra, disponible ya en Android y para Iphone.

"Con esta herramienta mejoramos la atención que ofrecemos a las personas con discapacidad y pacientes crónicos, pudiendo acceder desde su móvil a las últimas ofertas de empleo, actividades de ocio, talleres de empoderamiento... Con ella evitamos que tengan que pasar por nuestras oficinas para realizar diferentes gestiones, algo especialmente importante para personas con mayores dificultades de movilidad", explica Jauregui sobre una plataforma digital que irá creciendo y añadiendo nuevos servicios.

**CLEN College**

**CLEN College**

CENTROS LINGÜÍSTICOS

**ih** International  
House  
Pamplona



# ACTIVIDADES EN INGLÉS Y FRANCÉS PARA MÉDICOS JUBILADOS

**Martes A2; Miércoles B1;  
Jueves B2; Lunes C1.  
De 11:30h a 13h  
En El Colegio de Médicos**

Actividades enfocadas a disfrute y a la enseñanza de contenidos útiles para situaciones que los alumnos puedan vivir.

**Del 18 septiembre 2023  
al 30 de junio 2024**

CLEN College

# INSCRIPCIONES

## CURSO 23-24

**Cursos continuos de Inglés,  
alemán o francés**



Entra en la web de [clencollege.es](http://clencollege.es) y descubre todos los niveles, idiomas y horarios.



Todas las **preinscripciones** recibidas **hasta el 31 de agosto:**

**36 € para infantil, primaria y secundaria**

**45 € para adultos**

**A partir del 1 de septiembre**, diferentes precios entre nuevo y antiguo alumno:

Antiguos alumnos (infantil, primaria, secundaria): 36€

Antiguos alumnos (adultos): 45 €

**Nuevos alumnos (infantil, primaria, secundaria): 45€**

**Nuevos alumnos (adultos): 70€**

Participa en nuestra promoción **“Trae a un amigo a CLEN College”** y ¡ahórrate la cuota de diciembre!

\*Promo válida hasta el 30 de septiembre de 2023



**PROMO**

**TRAER UN AMIGO**

**A CLEN**



**Matrícula**  
**Curso 23-24**

## JUBILACIÓN MEJORADA PARA MÉDICOS DE FAMILIA Y PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA



**MARIANO BENAC.**

ASESOR JURÍDICO DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA.

Con la finalidad de dar respuesta temporalmente a la situación de falta de personal facultativo de Atención Primaria, mediante modificación en la LGSS que tuvo lugar por **Real Decreto-Ley 20/2022**, de 27 de diciembre, de medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania y de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad:

Se posibilita la compatibilidad de la pensión contributiva de jubilación con el trabajo de los facultativos de Atención Primaria, médicos de familia y pediatras, adscritos al Sistema Nacional de Salud, con nombramiento estatutario funcionario.

Este texto legal incorpora una nueva disposición transitoria 35ª a la LGSS, que entró en vigor el 28 de diciembre de 2022, en la que se establece el régimen jurídico de esta compatibilidad: permite compatibilizar que el facultativo pueda continuar desempeñando sus funciones como médico de la sanidad pública, con la percepción del 75% del importe de su pensión de jubilación.

Se hace preciso matizar que no se trata propiamente de una "*jubilación activa mejorada*" sino de la compatibilidad entre la pensión de jubilación y el trabajo de los médicos de Atención Primaria, familia y pediatras del Sistema Nacional de Salud (diferencias con la jubilación activa).

Esta compatibilidad tiene diferencias con la jubilación activa, pues en ésta no se percibe el complemento por demora y se exige tener derecho al 100% de la base reguladora de la pensión.

### ÁMBITO DE APLICACIÓN, DURACIÓN Y REQUISITOS

Podrán solicitarla:

1. Personal facultativo de Atención Primaria, médicos de familia y pediatras podrán continuar desempeñando sus funciones durante la prórroga en el servicio activo y, simultáneamente, acceder a la jubilación.

2. Personal facultativo de Atención Primaria, médicos de familia y pediatras, que hubieran accedido a la pensión contributiva de jubilación a partir del 1 de enero de 2022 y se reincorporen al servicio activo.

3. Personal facultativo de Atención Primaria, que al amparo del Real Decreto-Ley 8/2021, de 4 de mayo, sobre medidas en relación con la pandemia del COVID hubieran prestado servicios una vez jubilados.

La previsión normativa tiene una vigencia temporal de **tres años**, finalizando el 28 de diciembre de 2025.

Los requisitos son:

1. Tener nombramiento estatutario o funcionario en el Sistema Nacional de Salud.
2. No podrá acogerse a esta modalidad de compatibilidad el beneficiario de una pensión de jubilación que, además de desarrollar las funciones como personal facultativo de Atención Primaria, realice cualquier otro trabajo fuera del SNS-O por cuenta ajena o por cuenta propia que dé lugar a su inclusión en el campo de aplicación del Régimen General o de alguno de los regímenes especiales de la Seguridad Social.
3. El personal beneficiario deberá prestar servicios de naturaleza asistencial en el ámbito de Atención Primaria.
4. Ser menor de 70 años.

### ¿CÓMO TRAMITARLA?

#### 1. Personal en prórroga en servicio activo.

El personal que se encuentra en prórroga deberá realizar su solicitud ante el INSS, entidad gestora competente para el reconocimiento de la situación de pensionista, previa solicitud de la conformidad del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (se efectúa mediante el modelo/formulario que puede descargarse de la web del INSS).

El acceso a la pensión deberá haber tenido lugar una vez cumplida la edad ordinaria de jubilación que en cada

caso resulte de aplicación (según art. 205.1.a/ LGSS: en 2022 serían 66 años y dos meses o 65 años si 37 cotizados; en 2023 serían 66 años y cuatro meses o 65 años si 37 cotizados), sin que, a tales efectos, sean admisibles jubilaciones acogidas a bonificaciones o anticipaciones de la edad de jubilación.

**2. Personal que se encuentra en situación de no activo, es decir que haya perdido la condición de estatutario o funcionario del SNS por jubilación entre el 1/1/22 y el 28/12/22.** Aunque la LGSS no lo contempla, los diferentes Servicios de Salud vienen exigiendo que el facultativo solicitante reúna la capacidad funcional, es decir, mantener las habilidades y destrezas necesarias, para ejercer la profesión. En el caso de SVS/Osakidetza y del Servicio Extremeño de Salud se exige que el propio Servicio de Salud efectúe la evaluación pertinente y emita el certificado correspondiente. En el SNS-O parece que no se exige tal evaluación. En el caso de los demás Servicios de Salud, se efectuará un nombramiento de personal estatutario interino (art. 9 del Estatuto Marco)

En la Comunidad Foral de Navarra, esta nueva vinculación del médico jubilado habrá de formalizarse mediante el correspondiente **contrato administrativo temporal**, por atención de otras necesidades de personal en SNS-O (DF 68/2009, de 28 de septiembre).

**3. Médicos acogidos al Real Decreto-Ley 8/2021**, sobre medidas en relación con la pandemia de COVID sí que pueden acceder a esta compatibilidad en los supuestos de jubilación anticipada. Y las cotizaciones que realicen disminuirán el coeficiente reductor que se hubiese aplicado en el momento de causar derecho a la pensión.

## OTRAS CUESTIONES

1. El beneficiario de esta situación de incompatibilidad tendrá la **consideración de pensionista** a todos los efectos. Y le será de aplicación el régimen de limitación de las pensiones e incompatibilidades previstas en la LGSS.
2. **Jornada laboral y régimen retributivo** aplicable en ambos supuestos:
  - La compatibilidad se aplicará en caso de jornada a tiempo completo, así como en caso de jornada a tiempo parcial siempre que la reducción sea, en todo caso, del 50 por ciento.

En estos casos se negociará la posibilidad de acumulación en jornadas completas.

- Las retribuciones serán las correspondientes al puesto de trabajo que se desempeña y al porcentaje de jornada, así como las que correspondan por trienios y carrera profesional.

**3. Complemento por demora** (para supuestos en que se siga trabajando una vez cumplida la edad reglamentaria de jubilación; 4% a partir de 37 años cotizados. Artículo 210.2 LGSS). Este complemento por demora se percibe. Es decir, supondría un incremento del 4% en la pensión, en su caso. Pero durante el periodo en que dura esta situación no se sigue devengando, sino que se queda como estuviera en el momento de acceder a la compatibilidad. A diferencia de los supuestos de jubilación activa, en los que no se percibe el complemento de mejora, es incompatible.

**4. Baja por incapacidad temporal.**

Si durante el periodo de compatibilización se iniciara un proceso de IT, se suspende el abono de la pensión de jubilación desde el primer día del mes siguiente a la baja médica; y se reanuda el día primero del mes siguiente al alta médica.

Ello conlleva que en tales supuestos de baja por enfermedad el médico únicamente percibirá la prestación por IT del INSS, pero no la pensión de jubilación. Y si la compatibilidad lo fuera con jornada parcial del 50%, solo percibiría la prestación por IT por tal porcentaje.

**5. Finalización de la situación de compatibilidad.**

Se produciría forzosamente al cumplir la edad de 70 años y al transcurrir los tres años de la entrada en vigor de la situación de compatibilidad, es decir el 28 de diciembre de 2025.

**6. Mantenimiento del puesto de trabajo.**

La norma no concreta esta cuestión; es decir: no se regula como un derecho del médico el de mantener su puesto de trabajo, por lo que la Administración sanitaria podría, en su caso, destinarle a otro donde la demanda asistencial o la falta de personal sanitario fuera mayor.

Pero la idea que transmite SNS-O es que normalmente se mantenga el mismo puesto de trabajo.



# Sitges:

## La joya de la costa del Garraf

### ■ Salvador Martín Cruz.

Creo que fue a "Poli", abreviatura de Polifemo –así llamábamos la gente del baloncesto del Ramiro de Maeztu a César de Navascués, el hijo de César González Ruano– a la primera persona que escuche hablar de Sitges, uno de los lugares ligados a la historia personal de su padre; quien incluso tuvo un pequeño monumento en uno de los parques que hay en el paseo marítimo, al socaire de una de sus magníficas playas más céntricas. Aunque habían de pasar bastantes años antes de que llegase a conocer esta ciudad catalana, la antigua Subur ibérica citada ya por Pomponio Melo en el siglo I antes de Cristo, situada a orillas del Mediterráneo, en la costa del macizo del Garraf, a tiro de piedra de Barcelona. Sí bien es cierto que me reencontré con ella al leer una de las obras de don César: *Huésped del mar (Noticia y sueño de Sitges)*, que ya tengo hasta olvidada; como los propios vecinos del lugar, ya que el pequeño monumento del paseo fue retirado hace algún tiempo por razones políticas.

Dice un cataloguillo editado por el Ayuntamiento, que Sitges, titulada como Playa de Oro, fue el primer lugar histórico de veraneo de los barceloneses, y desde finales del

siglo XIX un importante centro de encuentro cultural al que no es ajeno Santiago Rusiñol y su círculo de amistades, en el que se dan cita todo tipo de artistas, incluidos los del séptimo arte, fin de un tiempo en el que los hacendados que se habían enriquecido en América –los Americanos–, comenzaron a afincarse en el lugar, enriqueciendo el primitivo pueblo de pescadores de paredes blancas con la construcción de casas modernistas de variado cuño, que recuerdan la importancia que tuvo aquel estilo en la Cataluña de finales del siglo XIX y comienzos del XX, y que han dado pie a un recorrido interior que, el Ayuntamiento, ha bautizado acertadamente como La Ruta dels Americanos, con un centenar de edificios, jardines, monumentos (a destacar entre ellos la magnífica cabeza de Cristo de José Cañas) y fuentes, y en la que se ubican varios de sus edificios culturales y museos: el Cau Ferrat, en la que fuera casa-estudio de Rusiñol, donde se alberga una importante colección de pinturas, dibujos y esculturas de don Santiago y sus amigos, lo mismo que las diversas colecciones que el pintor fue reuniendo a lo largo de su vida. El Maricel, herencia del millonario americano Charles Deering, ubicado



En la página anterior: Sitges.

Palau Maricel ▲

### Ficha Práctica:

Situada a los pies del Parque Natural del Garraf y a 43 km de Barcelona y 62 de Tarragona, referentes obligados dada su proximidad y su importancia, la vía natural de acceso es la C-32 (Corredor del Mediterráneo), así como la C-31 desde ambas ciudades si se va en vehículo propio, aunque puede llegarse a ella por vía férrea y hay autobuses desde Barcelona y el aeropuerto del Prat.

Para visitar la ciudad cualquier tiempo es bueno, como en toda la costa catalana, aunque, para mí, desde la alta primavera hasta finales de verano hay demasiada gente. A parte del Garraf entiendo se debe recordar la proximidad de Vilanova i la Geltrú, Vilafranca del Penedés, Viladecans, Castelldefels y Gavá, así como momentos de encuentro tales como la Fiesta Mayor, declarada de Interés Nacional por la Generalitat, la del Carnaval,

la de las alfombras de flores del Corpus, el Festival Internacional de Cine, el Rally de Coches de Época Barcelona Sitges y la Gay Pride (momento en el que la ciudad se convierte en la capital gay de Europa).

La abundancia de hoteles y restaurantes es tan amplia como para poder elegir según el gusto de cada cual, aunque de los primeros recomendaría el Meliá Gran, pese a estar casi fuera de la ciudad, y por ello alejado del centro; y de los segundos Can Pagés y la Nansa donde siempre fui bien atendido y comí a mi gusto. Dado su ambiente, en un amplio jardín lleno de pinos, no olvidaría Los Vikingos. A la hora de elegir el menú me sigo quedando con los arroces y la fideguá, así como con los guisos de pescado. Para leer, lógicamente después de volver a citar *Huésped del mar (Noticia y sueño de Sitges)*, *La vida deprisa*, también de don César.

en la fachada marítima del palau de igual nombre, y en el que se albergan varias importantes colecciones donadas a la ciudad, entre las que hay que destacar aparte de la de su fundador, las de Pérez Rosales, con obras que abarcan desde la época medieval al noucentismo de Rebull y Llimona, y la marinera de Emerencia Roig, así como la Pinacoteca Municipal, con obras del omnipresente Rusiñol, Casas, Sunyer, Mas y Fondevila, Felip Masó, etcétera. El Romántico, que tiene el encanto de recrear las formas de vida de la alta burguesía catalana de mediados del siglo XIX a comienzos del XX, e incluye la colección de muñecas antiguas de Lola Anglada. Y el Palau Maricel, auténtica mansión señorial llena de jardines y espacios como los Salones azul y de oro.

Claro que hoy Sitges no tiene nada que ver con aquel de entonces, habiéndose convertido en una auténtica ciudad llena de chalés, casas de pisos –algunas excesivas–, hoteles de todo tipo entre los que destaca –al menos para mí– dada su situación en una pequeña elevación frente al mar y su arquitectura funcional el Meliá Gran, lo mismo que restaurantes, bares y cafeterías que dicen, bien a las claras, que el turismo y la cultura son sus principales modus vivendi.

## Buena verdad es que ni la juventud sabe lo que puede, ni la vejez puede lo que sabe

(José Saramago.  
Escritor portugués.  
1922-2010).

**Dr. Iñaki Santiago.**

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

“Juventud, divino tesoro ¡ya te vas para no volver!”, glosaba el bueno de Rubén Darío. Pues mira, querido Rubén, entonces igual era así, pero en mi ya dilatada experiencia he asistido atónito a un devenir constante de cambios tornadizos en cuanto a lo que se considera la juventud.

En mis tiempos de chaval, empezabas a ser o sentirte joven cuando en los sobacos comenzaban a asomar de forma tímida unos suaves pelillos, más cercanos a la pelusilla, irremisible anuncio del abandono de la tierna infancia. Bueno, en los sobacos y en otras partes entonces innombrables. Allí por la zona pudenda. Cosas de la educación de la época en la que los infantes suponíamos que éramos dulces y tiernos seres asexuados.

Ya empezaba a animarse la cosa cuando, con catorce años, te permitían ponerte pantalones largos. Hasta entonces, hiciera el tiempo que hiciera, tenías que llevar pantalones cortos, porque eras un niño y esas eran las costumbres. Pero no cortos de cortos, sino megacortos, de casi ir con las ingles al aire. Entonces habría hecho furor la depilación brasileña, si no es que la inventaron los púberes brasileiros. Con esas minúsculas prendas, en invierno se te ponían los muslos más rojos que un tomate. Bueno, entonces se ponían colorados, porque lo de rojo no se utilizaba, por cosas que no vienen al caso y conocidas por todos. La cuestión es que en mi casa aquellos botes azules de Nivea volaban que no veas, ya que era el reme-

dio popular más utilizado a fin de evitar perder la piel de las piernas en los crudos y fríos días de invierno. Como diría mi abuelo: “*Es que los inviernos de ahora no son como los de antes*”.

Afortunadamente llegabas a los veintiuno y, de la noche a la mañana, dejabas de ser joven. Nada de los dieciocho. Eso es ahora. Entonces, los veintiuno. Y, ¡zas!, de repente te habías convertido en todo un hombre, con pelo en pecho. Como podemos observar el pelo es muy importante en la demarcación de las diferentes fases evolutivas. Cuando naces no tienes pelo. Cuando creces asoma vello en axilas, cara y pubis. Y en los hombres en el pecho. Mi hermana me recuerda que no me olvide de apuntar que en algunas mujeres aparece también a nivel del bigote. La pobre todavía no lo ha superado. ¡A la mujer bigotuda de lejos se le saluda!, suele decir. En fin. Y cuando creces, si eres varón se te tiende a caer el pelo de la cabeza y a salir en otras zonas hasta entonces vírgenes, como la espalda. Y si eres mujer, las que no se salvan son las piernas, amén de que la zona del bigote tiende a seguir insistiendo terca y perseverante. Y llega el final de la vida, el ocaso de la existencia y ahí, el pelo sale donde le da la gana y se cae de donde le apetece.

- Dale un beso a la tía Paca –le pide la madre a su niño, que rezonga de forma visible, intentando evitar el fatídico ósculo.
- Jo mamá, ¡es que pincha! –responde el niño ante la atenta y

torva mirada de la tía Paca que se mesa los duros pelillos negros que sobresalen de su bigote y barbilla, auténticas hirientes saetas que amenazan con lastimar la suave piel del atemorizado infante, mientras entre dientes suelta algo parecido a “*¡cagüen el niño de los güevos!*”.

Avanzando un poco más en el inexorable evolutivo natural del ser humano, curiosamente, y tras tanto pelo para fuera, pelo para el suelo, al final nos morimos. Y dicen los que saben, que siempre hay alguien que sabe más que nosotros de lo que sea (y sin mirar en Google, que conste), que una vez muerto tanto las uñas como el pelo siguen creciendo de forma autónoma. ¡Les da igual que te hayas muerto! Tú toda la vida cortándote las uñas para que estén perfectas, bonitas y limpias y preocupado porque te estás quedando calvo, y resulta que eres incapaz de darte cuenta de que hay partes de tu cuerpo que van a su bola. Y para ser consciente de esto va y te tienes que morir, con lo cual te quedas sin poder defenderte y echarles unos merecidos improperios a tus uñas y pelo. Decir que esto de que una vez muerto los anejos siguen su curso es un mito urbano. Pero, ¿qué haríamos en la vida sin estos mitos y leyendas? Sería tremendamente aburrida.

Bueno, a mor de ser sincero, reconoceremos que hay personas que permiten que esas partes de su ser tengan vida propia desde su más





Estimado Rubén, relájate y deja de sufrir. La juventud es como la materia, ni se viene, ni se va, solo se transforma. Bueno, para ser francos (¡juy!, hablando de mili y servicios femeninos... y de rojos, perdón, colorados) la transforman los políticos de turno a su antojo y discreción. No se dan cuenta que la juventud no depende de la edad, ni del pelo, sino de lo que está debajo de él: la cabeza,

o, para ser más exactos, lo que ocupa en su interior.

### EL DESCENSO IMPREVISTO

Abuelo de 74 años. Abuela de 73. Matrimonio bien avenido. Acuden a Urgencias, llenos ambos dos de moratones, golpes y erosiones, presentes igualmente en la cuidadora que los acompaña, fruto de una trepidante aventura propia de las películas del sublime Charles Chaplin o del propio Indiana Jones.

#### La historia.

Aquel pobre hombre tenía menos movilidad que un gato de escayola. La fortuna (la mala) se había cebado con él y una enfermedad degenerativa de esas que te agarran y se quedan para siempre, le había provocado una grave situación rígido-acinética (para los de la LOMCE aclararé que se trata de una situación donde no te puedes ni menear) Su pobre mujer, también septuagenaria, aunque algo más válida desde el punto de vista físico, habitaba con él desde sus años mozos, recién casados, en una vivienda que lucía unas empuñadas escaleras, de las de quitar el hipo.

Los hijos, conscientes del problema, pensaron que lo mejor era modernizar la vivienda y la idea primitiva se convirtió en realidad: pusieron una maravillosa silla que, accionada eléctricamente, subía y bajaba

tierna infancia hasta sus últimos días en esta mundanal vida. Esas uñas largas, ennegrecidas por la ausencia de agua y jabón, que no han visto unas tijeras, ni un cortaúñas ni en pintura. Y eso las de las manos que, si les miramos las de los pies, ¡madre de dios bendito! ¡Auténticos mejillones, talla extra grande, en encarnizada competencia con los famosos bivalvos gallegos! Y habitualmente estos personajes dejan a su albur el crecimiento y desarrollo del pelo, sea de la localización que sea. El de la cabeza lo llevan alborotado, porque, cosa curiosa, si son hombres suelen evitar la calvicie como por arte de birlibirloque, para poder lucirlo enredado y lleno de grasa, expresión viva de que el champú y su dueño son enemigos irreconciliables.

Pero regresando a la deseada juventud de don Rubén, esa que perdíamos allá por los veintiuno, irremediablemente tocaba obsequiar a la patria con un año y pico de nuestra lozana vida a fin de cumplir el obligatorio servicio militar. Eso si eras varón, porque si eras fémina (soltera, por supuesto) te tocaba hacer canastillos o similares en el servicio social femenino. Afortunadamente, los cambios sociales nos han llevado a una situación totalmente diferente. Sin embargo, la desaparición de la mili obligatoria y la evaporación

del servicio social, femenino, por supuesto, nos ha hecho desembocar en un contexto que hasta entonces nadie se había planteado: ahora que los hombres no van a la mili y que las mujeres no hacen cestillos, ¿cuándo deja uno de ser joven?

Pues aquí llegamos a una situación que, a mí, personalmente, me ha llevado a mal traer durante muchos años, porque los políticos de turno se han empeñado en que me sienta viejo, sí o sí. Cuando cumplí veintiséis años a algún político se le ocurrió la gran idea de marcar los veinticinco como límite de juventud de cara a las ayudas para pisos, tarjeta joven de viajes, etc.

¡Mecahis!, me dije, *ya es mala suerte*. ¡No!, de mala suerte nada, porque cuando cumplí los treinta y uno, ampliaron la edad límite de juventud a los treinta. Y cuando cumplí los treinta y seis, lo extendieron a los treinta y cinco. Insisto, de mala suerte nada. ¡Creo que van a por mí!

En fin, a día de hoy ya estoy calvo, tengo pelo en la espalda y de vez en cuando me tengo que quitar los pelillos de la nariz, para que no asomen cual brocha destotañada. Sólo me queda esperar a dejar este mundo y ver si me vuelve a crecer pelo en la cabeza. Seguro que entonces pondrán el límite de la juventud a los ochenta y cinco o más. ¡Sinvergüenzas!

las escaleras de forma lenta, suave y constante.

Además, en vista de que la lógica les decía que sus ancianos padres no iban a mejor, sino que la vida les iba a ir deteriorando cada vez más, como bueno vástagos pusieron a una joven cuidadora para que se hiciera cargo de sus envejecidos progenitores.

Así, a la muchacha le enseñaron a manejar la flamante silla, con su mecanismo de botones. La joven cuidadora probó el artificio, cómodamente sentada en la silla. Que si para arriba, que si para abajo. Todo correcto. Pero las máquinas, como las armas, las carga el diablo.

Aquel día la custodia de los ancianos se pudo manos a la obra. Cogió al inánime vejete, rígido como un tablón, pero liviano cual pluma, con la intención de bajarlo al piso inferior de la vivienda, lo sentó en el referido asiento y lo sujetó adecuadamente con unos maravillosos arneses a fin de que, en una de esas, no se fuera a caer. La amante esposa le ayudaba más con fútiles indicaciones que de forma efectiva. Todo preparado.

Tomó el mando del artefacto y, con algo de recelo, accionó el botón de puesta en marcha.

Efectivamente, la silla se puso en marcha... ¡pero de forma brusca, tras desprenderse todo el armatoste de sus contenciones en la pared!

Y entre ¡yo te sujeto!, ¡quita que voy yo!, y varios ¡¡Ahivahivahivahiva!!, los tres comenzaron un grácil descenso, escaleras abajo, formando un totum revolutum y rodando al unísono, hasta parar bruscamente al final de las mismas en un revoltijo donde la pobre cuidadora llegó en primer lugar, quedando debajo del todo, a modo de colchón. La abuela aterrizó sobre la asustada custodia y, finalmente, el agarrotado abuelo, firmemente sujeto a la rutilante silla y con cara de pasmado, dio con sus huesos, poltrona incluida, encima de

las dos desdichadas mujeres, consiguiendo la medalla de bronce.

El descenso finalizó dejando una dramática escena, propia del mismísimo Goya: juventud y vejez enlazados en un armonioso marmágnum de fusionada humanidad. Y para los más susceptibles, apuntar que, afortunadamente, ninguno de los tres resultó herido de gravedad.

**¡NO IGUAL!**

**¡NO IGUAL!**

Joven varón, treintañero, procedente del África negra profunda, que llega a Urgencias todo nervioso gritando:

– ¡¡No igual!! ¡¡No igual!!

Y aprovecha que ve venir a un médico por el pasillo para comenzar a bajarse los pantalones, continuando con su mantra:

– ¡¡No igual!! ¡¡No igual!!

El médico, ante la visión de un fornido y musculoso individuo de raza negra que, ni corto, ni perezoso, inicia su estriptis pasillero, le invita a entrar en una consulta y, tras cerrar la puerta, le pregunta:

– Pero, ¿¡no igual!, qué?

– ¡Que no igual! –insiste angustiado el joven, mientras se toquetea sin disimulo los genitales, ante la atónita mirada del médico.

– Vamos a ver, por favor, échate en la camilla y te exploro –le invitó el galeno, viendo que, si no, aquello podía irsele de las manos.

Tras la exploración, y tras objetivar que aquél pobre muchacho no tenía los testes en la bolsa escrotal, el galeno le comenta:

– Efectivamente, “no igual”. Pero, tú nunca has tenido los huevos aquí, ¿no? –preguntó como aquél que afirma lo que dice.

– ¡No, no! ¡Mí casado y no poder hacer hijos! ¡¡Mí no igual!! –insistía el atribulado individuo.

El médico se quedó unos segundos pensativo y, tras acariciarse suavemente la barbilla, se dirigió al muchacho de la siguiente forma:

– Vamos a ver, buen hombre. ¿Tú has visto alguna vez a una gallina incubar un huevo?

– ¡Sí, sí! –contestó el afligido personaje, con voz gutural de esas típicas de los centroafricanos.

– Pues si una gallina incubaba un huevo, sale un pollo. Por el contrario, si nosotros incubamos nuestros huevos ahí arriba –dijo señalándole el abdomen –¡pues no sale pollo! ¡Todo lo contrario, chaval! Y se quedó tan ancho.

Ante semejante expectativa, el paciente (maquiavélica denominación para alguien que exterioriza un exacerbado nerviosismo) suplicó con unos grandes ojos que le ocupaban toda la cara:

– Intonces... tú operar mí ahora, ¿vale?

– No majo, no. Yo no operar tú. Tú ahora ir a consulta urólogo –le contestó hastiado el facultativo.

Y así se fue el acongojado (¿o a-cojonado?) joven: ¡no igual!, pero igual que había venido.

**¡Angelicos!**



# Fórmate en tu Colegio



**AHORA TUS  
EVENTOS  
TAMBIÉN  
VIRTUALES**

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

## Novela fantástica: Un sueño roto. Guerra Microscópica 2.

**Autor:** Jorge Gutiérrez Dubois.

**ISBN:** 979-8387742798

**Idioma:** Español.

**Páginas:** 346

“Un sueño roto” es la 2ª parte de la trilogía Guerra Microscópica en la que continuaremos viajando al interior del cuerpo humano a través de los sueños del joven Ion Erazarret. Conoceremos como el sistema inmune se prepara para hacer frente a una amenaza externa de la mano de sus protagonistas celulares, mientras en la vida real los protagonistas humanos se van enfrentando a nuevas decisiones y retos.

### LA OBRA

¿Y si pudieras viajar al interior del cuerpo humano y verlo como nunca hasta ahora?

El accidente de Ion desencadena una serie de acontecimientos cruciales en la vida de todos los personajes, tanto humanos como celulares, que componen el extraordinario universo de Guerra Microscópica. El joven vuelve a ser el nexo de unión entre dos mundos separados, aunque íntimamente relacionados, y donde los sentimientos humanos traspasan la barrera de la piel para elaborar una historia de venganza, amistad y sacrificio en busca de un sueño.

Mientras tanto, en la vida real, su tío Julio debe hacer frente a todos los avatares que el destino pone a su paso, e intentar cumplir con la promesa que le hizo a su difunto hermano, y que Ion, en su inconsciencia juvenil, tan difícil le está poniendo.

Nuevos personajes a los que apreciar u odiar, importantes decisiones que cambiarán la existencia de sus protagonistas, un secreto celosamente guardado que cada vez es más difícil de ocultar y, por supuesto, una imagen fantástica de cómo se prepara nuestro sistema inmune ante una amenaza infecciosa. Todo esto y mucho más se desvelará a lo largo de esta nueva etapa del viaje en busca del sueño roto. ¿Nos acompañáis?



### EL AUTOR

Jorge Gutiérrez Dubois (Pamplona, 1976). Licenciado en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra en el año 2000, acabó la especialidad de Medicina Interna en el año 2006. Actualmente trabaja como facultativo en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Navarra (HUN) desde el año 2010, aunque con anterioridad ejerció en el Hospital Reina Sofía de Tudela durante cuatro maravillosos años donde nació la mayor de sus tres hijos.

El libro “Un sueño roto” es la segunda parte de la Trilogía Guerra Microscópica. En el año

2020 publicó “Un viaje prodigioso”, con el que comienza la Trilogía.

## Ensayo: Vicente Madoz, el psiquiatra humanista

**Autor:** Fermín Erbiti Zabaltza.

**Editorial:** Pamiela argitaletxea.

**ISBN:** 8491723439

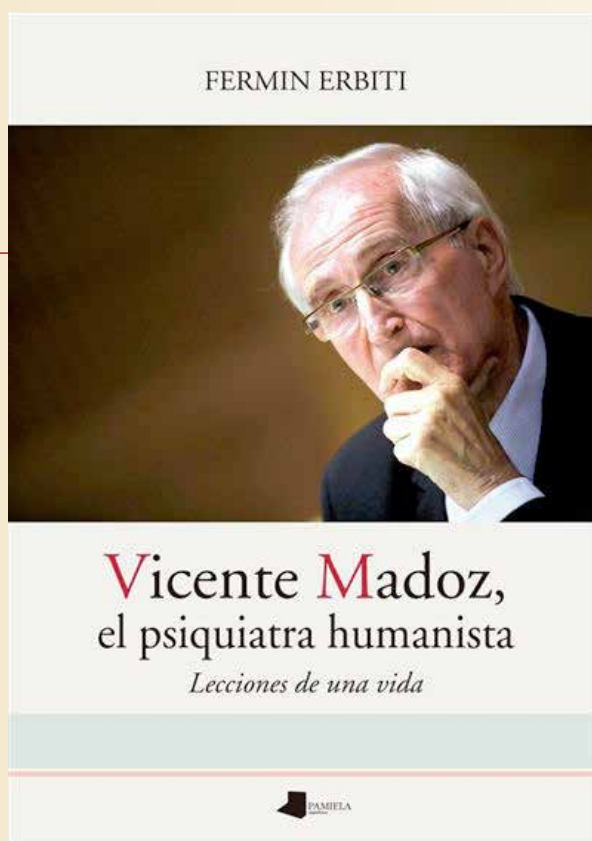
**Idioma:** Español.

**Páginas:** 176

### LA OBRA

Este libro ofrece una amplia y profunda entrevista del periodista y escritor Fermín Erbiti a Vicente Madoz, el psiquiatra navarro de referencia en las últimas décadas. Madoz repasa su vida y sus vivencias, tanto en el ámbito de la salud mental como en su compromiso social. Además, nos brinda interesantes reflexiones sobre los temas clave para el ser humano, fruto de más de medio siglo de exitosa actividad profesional y de una constante reflexión. La felicidad, la muerte, las relaciones de pareja, la educación, la religión... son algunas de las cuestiones sobre las que se pronuncia. Las de Madoz son valiosas lecciones de una vida sostenida en el compromiso con el paciente y la apuesta por la humanidad. La entrevista se completa con una amplia selección de imágenes de su vida.

El libro incluye también el testimonio de diez personas que lo han conocido bien y cuyas pinceladas completan el retrato que ofrece la entrevista.



### EL AUTOR

Fermin Erbiti (Pamplona-Iruñea, 1964). Periodista, ha trabajado en prensa, radio y televisión. Es responsable de comunicación de la Cámara de Comptos.

Sus últimos libros son *La Cámara de Comptos: crónica de cuarenta años*, (Cámara de Comptos, 2022) y *Ametsa egia* (Nafarroako Ikastolen Elkarte, 2015). Con *Hiru koaderno txiki* (Pamiela, 2011) ganó el premio Juan Zelaia de ensayo en euskera.

# Conduce tranquilo con nuestro seguro de automóvil



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

## Confianza

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.**