



Nuevo Portal
www.medena.es

Pág. 13



El virus del papiloma humano en la carcinogénesis de cuello uterino. Vacunas VPH

Pág. 34

Atención Primaria:
¿Época de soluciones o de naufragios?

Pág. 24



Además

Editorial	Pág. 5
Colegio de Médicos	Pág. 6
Desde Secretaría	Pág. 15
Junta Comarcal de Tudela	Pág. 16
Sección Académica Colegial	Pág. 18
Entrevista	Pág. 21
Estadística	Pág. 39
Punto de vista	Pág. 41
Cooperación	Pág. 44
Asesoría jurídica	Pág. 48
Sondeo a la Profesión	Pág. 52
Biografías médicas	Pág. 54
Opinión	Pág. 56
Acuerdos Comerciales	Pág. 58
Historia	Pág. 59
Clen College	Pág. 61
Anecdoterapia	Pág. 63
Arte	Pág. 65
Reflexiones	Pág. 66

Condiciones laborales y retributivas del médico en Navarra

Pág. 28



PANACEA

Revista trimestral del CESEP
CENTRO DE SERVICIOS
Y ENCUENTROS
PROFESIONALES

Marzo 2007 - Nº 77

Consejo de Redacción:

Gabriel Delgado Bona, Esteban Imaz Buenechea, Javier Aldave Villanueva, Mayte Fortún Pérez de Ciriiza, Jesús Elso Tartas y Pilar Salvador.

Comisión Científica:

Enrique Martínez, Gonzalo Villa, Jesús Repáraz, José Manuel Cenzano, Cristina Ibarrola, Pablo Larraz, Joaquín Barba, Mercedes Herranz, Carlos Larrañaga y Cristina Rubio.

Coordinación General:
Trini Díaz

Maqueta y coordinación editorial:

Epi Arana de Gráficas Pamplona

Fotocomposición, fotomecánica y montaje:

Gráficas Pamplona

Fotografía:

Ochoa de Olza y Esther Jaso

Imprime:

Gráficas Castuera

Redacción, Administración y Publicidad:

Avda. Baja Navarra, 47. Pamplona

Tel. 948 22 60 93

Fax: 948 22 65 28

E-mail: admon@medena.es

Soporte válido del Ministerio de Sanidad:

SV-88014-R

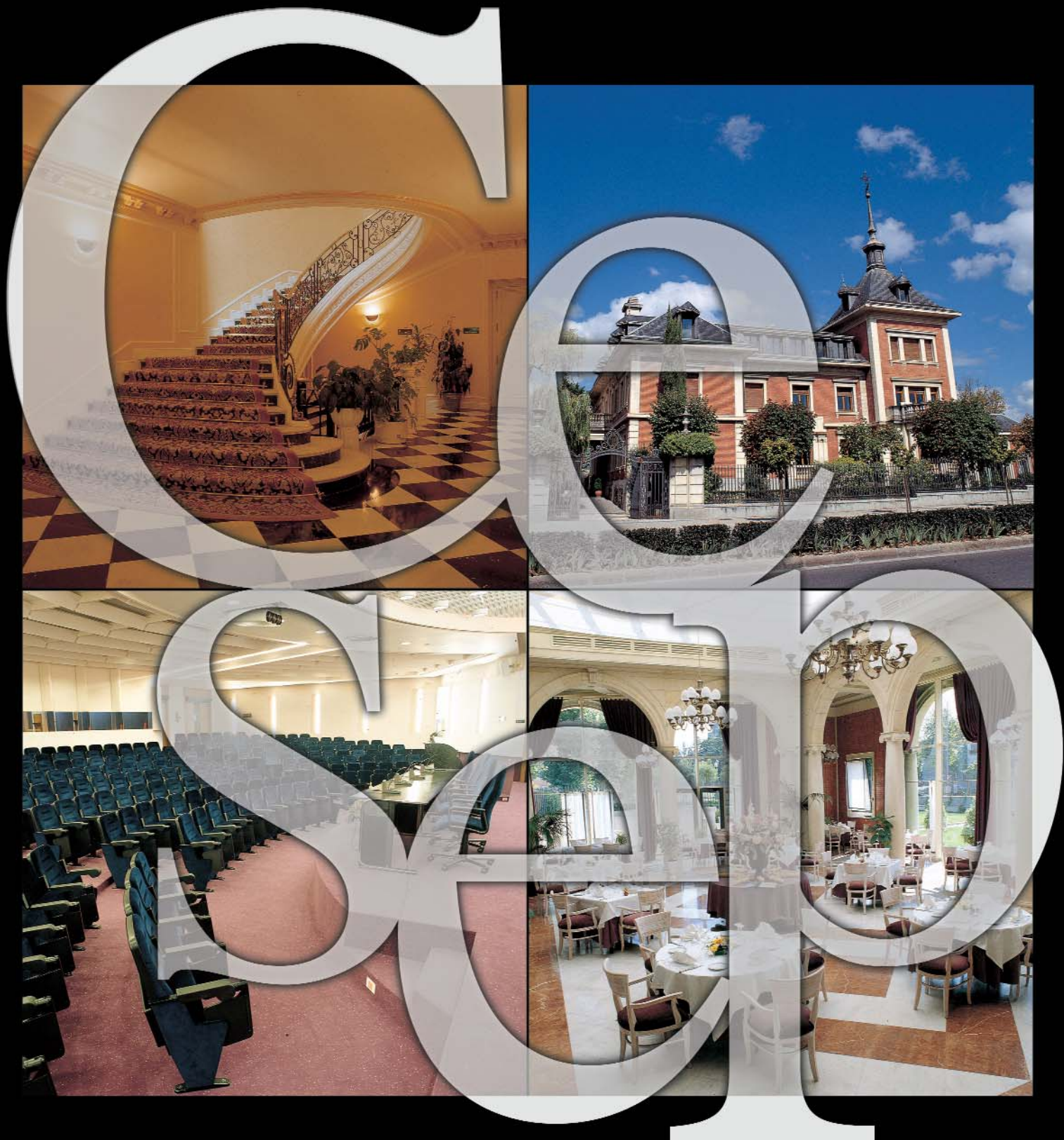
Depósito legal:

NA. 100-1988

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

PRECIO:

5 Euros (IVA incluido)



Cesep

Centro de Encuentros y Servicios Profesionales, S.L.

Avda. Baja Navarra, 47 - Tel. 948 22 60 93 - Fax 948 22 65 28 - 31002 PAMPLONA

El sol del invierno



JAVIER ALDAVE
Vicepresidente 2º
del Colegio
de Médicos
de Navarra

Anochece en la ciudad del viejo Reino cuando las luces de las murallas buscan a las musas para animarme a cumplir con este número 77 de Panacea.

Los médicos jóvenes son los mejores. La medicina moderna está plagada de acrónimos, uno de estos, ahora en el brete, es MIR - Médico Interno Residente. Se puede recordar cómo durante la carrera universitaria los alumnos de Medicina tienen clase mañana y tarde –sábados incluidos– y también prácticas, seminarios, congresos, para llegar a esa prueba única y singular que es la convocatoria MIR. Se han constituido diversas asociaciones en el escenario autonómico que están determinando el día a día de nuestros médicos jóvenes, de los mejores.

Derecho al descanso, reconocimiento de las retribuciones, complementos, supervisiones, formación, productividad, atención continuada, embarazos, compensaciones de las bajas, peligrosidad (riesgos biológicos, radiaciones), etc. Esta cuestión demanda la aplicación urgente de los recursos acordes a la realidad de un sistema referente y líder en toda España.

En el fondo del asunto, el titular que resume las unanimidades contrastadas es del Doctor Martín Zurro: “Hay que garantizar a la sociedad la atención por profesionales que ejercen su labor con el máximo nivel de seguridad y calidad”.

Obligado de frases: “El bien hay que hacerlo bien” de Javier Vizcarret que dedica su *Camino de Ananda* a los que caminan despacio, miran de frente y no cesan de amar, como un regalo de primavera, con escritura sencilla, dedicando la edición a ALBOAN-ANAPAR-Medicus Mundi.

El Colegio de Médicos, como tal, siempre nutrirá en su devenir las secciones y novedades del calendario de Panacea: renovación de la Junta Directiva, fiesta de los médicos jubilados, presentación de la nueva web. Del sumario destacaremos la presentación del trabajo de investigación y recopilación del Sindicato Médico: Resultado del Estudio de las Condiciones Laborales, Retribuciones y Carrera Profesional de los Médicos de España, donde la paciencia y tesón de los autores han construido una obra clave para las consultas, asesorías, gestores, colegios, sindicatos, administraciones, etc.

Otros capítulos recogen “El adiós a la Clínica San Francisco Javier”, empujada por el tiempo y la añoranza de quienes nacimos en ella. Una alineación no de galácticos sino de cuajados titulares en la escritura y el rigor, nos hará jugar entre la mejor literatura local de psiquiatría, neurología, anatomía patológica, reseñas de libros, historia de la medicina (Elso, Guarch, Varo, Ezpeleta, Martínez Arce...).

Sospecho que aquellas ilusiones que invocaba este juntapalabras hace unos párrafos hibernan en los barrancos tímidos del Esca, Irulegui, Gardal, Pintano, dónde el mediático Camille ahora estará cruzando las mugas del viejo Reino. El taller de Epi Arana cita fechas implacables como mojones del camino de Panacea, los peregrinos del Castillo ya han curado las ampollas y rozaduras. Se despide el invierno con el sol pertinaz y agradecido porque escribir es una forma de andar y de amar.



“Un paseo por las calles de nuestros médicos” en la Fiesta de Jubilados

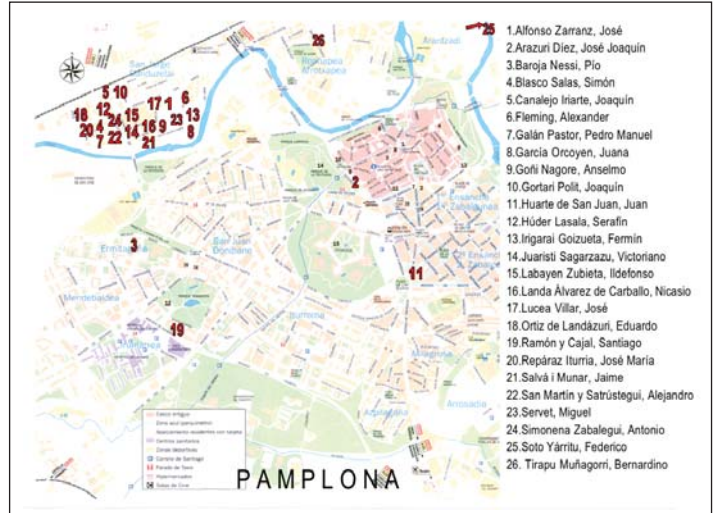
La Fiesta anual de los Médicos Jubilados, celebrada el pasado 15 de diciembre, congregó a más médicos que nunca. A los que allí estaban, celebrando como cada año su fiesta, y a los 51 médicos biografiados por Jesús Elso en su libro “Un paseo por las calles de nuestros médicos”.

El salón de actos reunió a familiares, amigos y colegiados que rindieron homenaje a los médicos que este año han recibido la placa de colegiado honorífico y a aquellos que –a lo largo de varias décadas– han merecido una calle o plaza en algún rincón de Navarra.

Comenzó la jornada festiva con una misa en recuerdo de los médicos fallecidos durante el año y, a continuación, la conferencia del Dr. Elso, con la que rindió un emotivo homenaje a los protagonistas de su libro.

Vidas ejemplares

El Dr. Elso dedicó los primeros minutos de su intervención a explicar el proceso de elaboración, recopilación de datos, redacción de las biografías y edición de su libro “Un paseo por la calles de nuestros médicos”. La ayuda fundamental –explicó Jesús Elso– “la recibí del entusiasmo transmitido por muchos de los descendientes de los biografiados y, sobre todo, del ejemplo que se desprendía de la descripción de una vidas dedicadas a la Medicina, con entrega, vocación y generosidad. Vidas ejemplares”.



Un total de 26 médicos tienen una calle o plaza en Pamplona. (Ilustración de Cristina García).

Quiso además compartir el mérito con los autores de las biografías que encargó a Javier Carnicero, José Manuel Cenzano, Salvador Cervera, Francisco Javier González Echeverría, Pablo Larranz, Andrés Purroy, Pedro Uhalte, José Javier Viñes o la historiadora M^a Dolores Martínez Arce.

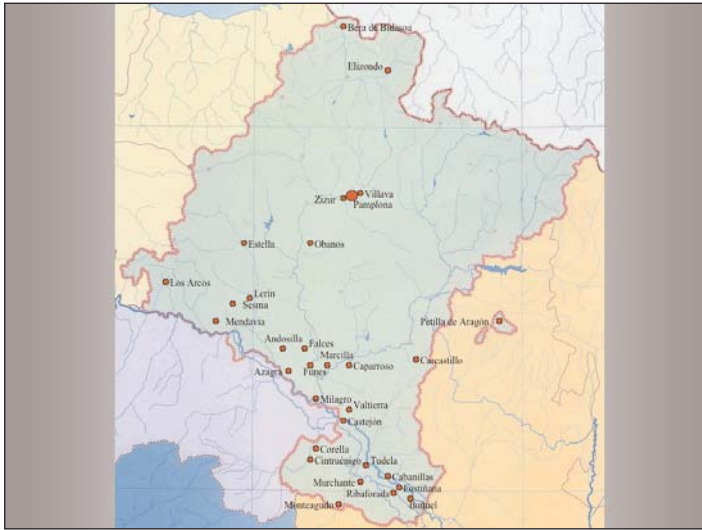
En su intervención dedicó algunas palabras a cada uno de los 51 médicos biografiados, comenzando por los médicos “que por su humanidad, por su manera de entender el ejercicio de la profesión, son parte de la memoria y de la historia de nuestra Sanidad Foral”.

Dr. José Alfonso Zarranz (1883-1949). Prototipo de médico silencioso, generoso y entregado. Pertenece a la generación de médicos llamados “médicos del duro”, por la costumbre que existió entre muchos de nuestros antiguos colegas de dejar, con discreción, un duro debajo de la almohada del paciente para ayudarle a sufragar los gastos de las medicinas.

Dr. Joaquín Canalejo Iriarte (1880-1942). Ejerció primero como médico rural y posteriormente como especialista en Otorrinolaringología. Fue Concejal del Ayuntamiento de Pamplona y durante un breve periodo de tiempo (siete meses) Alcalde de la ciudad. Melómano, tuvo parte muy activa en la fundación de la Sociedad Filarmónica. Hombre emprendedor: fundó, con varios compañeros más, la primera clí-

Mesa presidencial del Acto académico en la Fiesta de Jubilados.





Pueblos de Navarra con calle o plaza dedicada a médicos. (Ilustración de Cristina García).

nica quirúrgica de Pamplona (Clínica San Miguel).

Dr. Pedro Manuel Galán Pastor (1891-1957). Hombre profundamente religioso, y humano en el trato con los enfermos. Alcanzó notable fama por la ejemplar asistencia a los vecinos de Badostain, en la gripe del año 1917.

Dra. Juana García Orcoyen (1901-1983). Nacida en Esténoz, trabajó en Valencia y pasará a la historia de Navarra por ser la primera mujer que obtuvo el título de licenciada en Medicina. De los 51 biografiados es la única mujer.

Dr. Anselmo Goñi Nagore (1884-1970). Sencillo, modesto, austero y entregado. Fotógrafo de afición y vocal de la Casa de Misericordia durante muchos años. De pequeña estatura, muchos lo recuerdan acudir andando de su domicilio a la Meca, envuelto en una capa española y cubierto con un sombrero.

Dr. Joaquín Gortari Polit (1886-1961). El médico de la Rochapea, el médico de los ferroviarios, “el médico de los pobres” como gritó una mujer en su funeral. Fue un hombre con muchas inquietudes sociales; organizó, por ejemplo, el control sanitario de la prostitución en Navarra. Fue muy apreciado por sus compañeros, que le eligieron Presidente del Colegio de Médicos de Navarra. Durante su mandato presidencial se llevó a cabo la constitución de Previsión Sanitaria Nacional, de cuya primera Junta formó parte.

Dr. Serafín Húder Lasala (1874-1962).

Era miembro de una importante saga familiar de médicos y políticos. Médico de la Beneficencia Municipal. Republicano convencido, proclamó la Segunda República desde el balcón del Ayuntamiento de Pamplona, al igual que lo había hecho su padre desde el mismo balcón con la Primera.

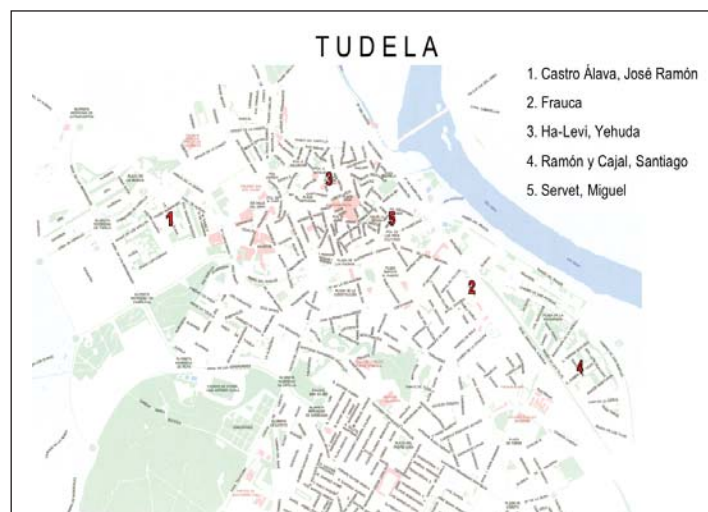
Dr. Idelfonso Labayen (1897-1952). Humilde, humano y trabajador infatigable, disfrutó de un gran prestigio profesional, primero en Los Arcos y posteriormente en Pamplona. Fundó la Clínica de San Francisco de Javier. Profundamente católico, vivió y actuó siempre en coherencia con sus principios.

Dr. José Lucea Villar (1903-1970). Pasará a la historia de la Sanidad Foral como Director y Fundador del primer Banco de Sangre de Navarra. Fue también Tesorero del Colegio de Médicos de Navarra. Francófono, impulsó los hermanamientos con los vecinos del Sur de Francia.

Dr. José María Repáraz (1896-1951). Pionero en la organización de especialidades dentro de los complejos hospitalarios, creó el primer Servicio de Pulmón y Corazón orientado fundamentalmente a la atención de la tuberculosis. Profundamente religioso y buen orador, fue Teniente de Alcalde de Pamplona, aunque como él mismo reconocía no estaba dotado para la política. Austero con él y con los demás, siempre primó el bien público sobre cualquier otra circunstancia.

Dr. Benardino Tirapu (1884-1964). Miembro de una saga de médicos, ejerció primero en Erasm-Ezcurra y después se

Médicos con calle en Tudela



1. Castro Álava, José Ramón
2. Frauca
3. Ha-Levi, Yehuda
4. Ramón y Cajal, Santiago
5. Sernet, Miguel



trasladó a Pamplona. Pocos médicos han sido tan queridos en nuestra ciudad como don Bernardino. Se ganó el aprecio de todos con una entrega generosa, caritativa, humana y cristiana. Tesorero del Montepío de Médicos de Navarra, participó activamente en la fusión de éste con Previsión Sanitaria Nacional. Amante y promotor del Euskera.

Dr. Ángel Frauca Ibarra (1846-1914). Tudelano, médico, político, terrateniente y licenciado en Ciencias Naturales. Fue Alcalde de Tudela en tres legislaturas, y ejerció su profesión como médico con una entrega ejemplar a pesar de sus cargos.

Dr. Aniceto Frauca Sanz (1835-1911). Se distinguió por los múltiples rasgos de caridad en la gravísima epidemia que asoló Tudela en 1855.

Los doctores **Jesús Senra Calvo** y **Joaquín Peñalva**, con calle en Marcilla y Milagro respectivamente, forman parte de los médicos que también destacaron por su humanidad.

Médicos humanistas, investigadores y docentes

El libro biografía la vida de otros médicos con calle en Navarra que se distinguieron por ser grandes humanistas. En algu-

Fotografías de 48 médicos, de los 51 biografiados.



Médicos y familiares en la presentación.



nos su faceta médica es apenas perceptible, incluso mucha gente desconoce que fueron médicos. Entre ellos, **Pío Baroja**, **Castro Álava** (Director del Archivo General de Navarra), **Yehuda Ha Levi** (considerado como el mejor poeta hispano hebreo de su época), **Huarte de San Juan**, **Gregorio Marañón**, **Miguel Servet**, **Nicasio Landa**, **Fermín Irigaray Goizueta**, **Simón Blasco Salas**, **Victoriano Juaristi** y **José Joaquín Arazuri**.

Otros médicos destacaron por su faceta investigadora y docente como **Alexander Fleming**, **Severo Ochoa**, **Jaime Salvá**, **Santiago Ramón y Cajal** –19 pueblos navarros han rotulado una calle en su honor–, **Félix Aramendia**, **Alejandro San Martín** y **Satrústegui**, **Antonio Simonena**, **Jesús García Orcoyen**, **Federico Soto** y **Eduardo Ortiz de Landáuzuri**.

Médicos rurales

Las biografías dedicadas a los médicos rurales son las que, según Jesús Elso, más emocionan. “No tienen títulos académicos ni libros publicados, y su profesión la ejercieron en la soledad de una pueblo, más o menos alejado de la capital”. Todos ellos, tienen unas virtudes comunes:

“Sean o no nativos del pueblo donde trabajaron se arraigaron perfectamente con sus gentes y con sus problemas. Pasa-

ron toda o gran parte de su vida profesional en el mismo pueblo. Practicaron una medicina heroica, cubriendo todas las necesidades y todas las especialidades (pediatría, obstetricia, medicina general o cirugía). Recorrían a diario los domicilios de los enfermos más graves, a veces en municipios o caseríos lejanos, con los medios de transporte más variados: caballería, bicicleta, moto o andando y ya, en tiempos más recientes, con modestos coches.

Curaban lo que podían, y aliviaban y consolaban siempre.

Generosos y solidarios con la pobreza de aquellos años, cobraban poco o nada si el paciente no podía. Nunca, ninguno, dejó de asistir a un enfermo.

No tenían reloj. O sí, pero no lo usaban.

Eran consultas sin límite horario. Escuchaban al enfermo, y las sillas de sus dispensarios eran un instrumento más en su arsenal terapéutico. No disfrutaban de vacaciones. Las noches se confundían con los días.

Sacaban tiempo de donde podían, en muchas ocasiones robándose a su vida familiar para seguir estudiando y estar al día de los avances de la Medicina.

Eran queridos y respetados por el pueblo. Todos eran conocidos como Don Laureano, Don Clemente o don Hilario, tanto es así que a veces los lugareños los recuerdan sólo por su nombre y casi desconocían su apellido.

Todos disfrutaron de una familia ejemplar, sobre todo de sus mujeres, que hicieron posible una entrega tan total.

Todos fueron felices, ejerciendo con vocación una profesión que no les hizo ricos pero sí queridos”.

Ellos son:

Dr. Olivera De La Riva, Don Eduardo, en Azagra.

Dr. Oliver Borrá, Don Vicente, en Buñuel.

Dr. Irigaray Quel, Don Juan Pablo en Caparroso.

Dr. Larrad Puyol, Don Luis, en Castejón.

Dr. Arias Ramos, Don Nicolás, en Cintruénigo.

Dr. Jiménez Borobia, Don José, también en Cintruénigo.

Dr. Balda Olaverri, Don Guillermo, en Elizondo.

Dr. Añorbe Álvarez, Don Clemente, en Falces.

Dr. Gómez Cobo, Don Laureano, en Mendavia.

Dr. Vallejo Moreno, Don Cecilio, en Milagro.

Dr. Los Arcos Ansorena, Josetxo, en Obanos.

Dr. Magallón Ansó, Don Teodoro, en Sesma.

Dr. Bel La Puya, Don Ricardo, en Villava.

Dr. Eransus Olleta, Don Hilario, también en Villava.

Dr. Baraibar Iribarren, Don Víctor, en Zizur.

14 médicos recibieron la placa de colegiado honorífico

Uno de los momentos más relevantes del día, fue la entrega de la placa de colegiado honorífico a los 14 médicos que se han jubilado o han cesado en su actividad profesional durante el año 2006: Calixto Ayesa Dianda, Sergio Carrera Gómara, Jaime Rodolfo Chavarri Sousa, Eufrosia Díaz de Rada Turumbay, Isauro Dieguez López, Carmen Gómez Lavin, Salvador Martín Cruz, Pedro Muñoz Rodríguez, Manuel María Rodríguez Liberal, Angel Rodríguez Sánchez, Ramón Ruiz de la Cuesta Cascajares, José Daniel Saenz de Buruaga, Cándido Sáenz León y José Ramón Vidán.



En la foto: Calixto Ayesa, José Ramón Vidán, Carmen Gómez Lavin, Salvador Martín Cruz y José María Díaz Faes (vocal de Médicos Jubilados)



Jesús Elso: “Eran tan queridos que hasta dan envidia”

TRINI DÍAZ

Solidaridad, vocación y generosidad son los ejes sobre los que gira la vida de los 51 médicos biografiados por Jesús Elso. Médicos que han sido merecedores de una calle en Navarra y ahora protagonistas de un libro que desentraña el misterio de la esencia en frasco pequeño, de la grandeza que se oculta en lo cotidiano. Quizá sea este el motivo por el que el libro del Dr. Elso “Un paseo por las calles de nuestros médicos” ha despertado tanto interés mediático, tanto agradecimiento de los familiares y una acogida destacable entre sus colegas de profesión. “Especialmente emotivas han sido las muestras de gratitud recibidas desde Valencia (hija de Juana García Orcoyen) o desde Madrid y Avila (hijos de Laureano Gómez). Familiares de Nicolás Arias Ramos y Pedro Manuel Galán viajaron desde Madrid y La Rioja para asistir a la presentación del libro”.

Jesús Elso lo escribió con el corazón y en sus relatos buscaba honrar la memoria de aquellos médicos navarros que se comprometieron con su tiempo y su profesión. “Hoy en día figuran en el rótulo de una de nuestras calles pero la placa no identifica, en algunos casos, la profesión que les hizo merecedores de tal distinción”. Para Jesús Elso, era una “deuda pendiente con muchos médicos que forman parte de nuestra historia, y cuyo mérito y contribución se ha ido diluyendo”.

Recuerda, en su libro, “la edad de oro de la Medicina Navarra”, tiempos de gloria para médicos navarros que lograron cátedra en Madrid y fama internacional (Alejandro San Martín, Simonena, Ramón y Cajal y Aramendía). Y reclama, a quien corresponda, la recuperación del busto de San Martín, “que sigue perdido en los sótanos de algún Ministerio”.

Dos omisiones: Urizar y Monzón

Documentarse, listar todos los médicos, fue la tarea más ingrata y laboriosa. Pidió a los Ayuntamientos ayuda pero, a pesar de

las gestiones realizadas, solo después de la publicación del libro Jesús Elso tuvo conocimiento de la existencia de dos calles más, en Monteagudo y Tafalla, dedicadas a los médicos José Urizar y Arturo Monzón.

El doctor Elso anuncia una segunda edición para subsanar estos olvidos y para incluir los médicos que rotularán nuevas calles en Navarra. Pedida y concedida ya está una calle en honor a Sánchez Nicolay. El Colegio también ha solicitado una calle dedicada al médico y escritor Luis del Campo.

Vocacionales, generosos y solidarios

– ¿Cualquier tiempo pasado fue mejor?

– Son épocas distintas y no se pueden comparar. Con los avances científicos y la racionalización de la asistencia, hemos ido perdiendo en humanidad, en conocimiento íntimo del paciente, de su familia y de su entorno. Pero, sin duda, la medicina actual es mejor. Lo ideal es intentar compaginar ambas épocas (tecnología y humanidad). Los médicos biografiados en el libro son personajes de una época en la que las condiciones económicas y sociales eran muy precarias, y la cobertura social y sanitaria no llegaba a todo el mundo. Sin embargo, ellos fueron tremendamente solidarios y generosos, trabajaban mucho y cobraban lo que podían. El libro describe una manera distinta de vivir la Medicina porque distintas eran las circunstancias.

– ¿Hay algo que debe leerse entre líneas?

– Aunque el libro está dedicado a los médicos es además un homenaje a sus familias, pieza fundamental en la actividad y entrega de nuestros protagonistas. Sus mujeres, sus hijos...compartieron el espíritu de entrega y dedicación plena a los pacientes. En las biografías cuentan que nunca fueron de vacaciones, que dejaban la puerta abierta o la luz encendida toda la noche.

De los médicos más conocidos hay muchas páginas escritas pero del médico rural nada se conocía, su recuerdo solo perma-

El libro

“Un paseo por las calles de nuestros médicos” es una recopilación humana, próxima, de las vidas de los 51 médicos que en Pamplona o en algún rincón de Navarra tienen asignada una calle o plaza en su honor.

El libro incide en los datos personales, los rasgos humanos, y el entorno familiar y social en que se movieron. Gran parte de los datos que se aportan han sido facilitados por los descendientes de los médicos biografiados en entrevistas realizadas por el autor y,



Jesús Elso es neonatólogo y ha sido tesorero del Colegio de Médicos durante los últimos 11 años.

por tanto, no habían sido recogidos con anterioridad en ningún libro.

Tirada: 1.000 ejemplares. Los libros se han distribuido entre familiares de los médicos biografiados, instituciones, municipios y colegiados. Los médicos interesados pueden recoger un ejemplar en el Colegio de Médicos de Navarra, hasta agotar existencias.

Editado por la Fundación Colegio de Médicos y patrocinado por Previsión Sanitaria Nacional.

neceía entre la población a la que dedicó su vida. Me sorprendió el cariño que todavía sigue vivo en las localidades donde ejercieron, el agradecimiento y el respeto que todavía les procesan.

- ¿Están todos los que fueron?
- No todos los médicos que merecen

calle la tienen, muchos más de los que recoge el libro fueron importantes en la sanidad navarra, queridos y admirados por sus paisanos. En el libro solo está biografiada una mujer, una prueba más de que se corresponde con una época. Dentro de 25 años este mismo libro estaría dedicado mayoritariamente a las mujeres médicos.

Detalles de boda, comuni3n y bautizo

Invitaciones de boda



- Más de 2.000 detalles
- Más de 600 modelos de invitaciones

Regalo de caja de tarjetas de visita y etiquetas adhesivas*

* Consultar condiciones para los regalos en el taller

- **Horario:** De 11,00 a 13,30 y de 16,30 a 20,00 (sin cita previa)

10% de descuento a colegiados

• ~~Otros Horarios:~~ (pedir cita al 636 01 44 29 para quedar



GRÁFICAS PAMPLONA

Tel. 948 15 04 52 • 636 01 44 29 • Fax 948 15 04 52

Río Alzania, 31, bajo. Azpilagaña. PAMPLONA

E-mail: graficaspamplona@retena.net



Renovación parcial de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra



Los médicos navarros eligieron, el 11 de diciembre de 2006, a sus representantes para la renovación parcial de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra a los cargos de Vicesecretaría, Vocalía de Medicina Hospitalaria, Vocalía de Medicina Extrahospitalaria y Vocalía de Médicos en Desempleo. A las elecciones concurrió una única lista de candidatos.

Para cubrir el cargo de Tesorero, que ha ocupado el Dr. Jesús Elso durante los últimos 11 años, no se presentó ninguna candidatura. Se incorpora a la Junta la Dra. Estrella Petrina en la vicesecretaría, mientras que en el resto de los cargos renovados se mantienen los vocales que ya venían representando a sus respectivos colectivos: Rosa



Dra. Estrella Petrina Jáuregui.

M^a Guarch en la Vocalía de Medicina Hospitalaria, Fernando Artal en la Vocalía de Medicina Extrahospitalaria y Cristina Rubio en la Vocalía de Médicos en Desempleo.

Renuevan:

VOCALÍA DE MEDICINA HOSPITALARIA

Dra. Rosa M^a Guarch Troyas. Especialista en Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Camino.



Dra. Rosa Mª Guarch Troyas.

VOCALÍA DE MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA

Dr. Fernando Artal Moneva. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Barañain.



Dr. Fernando Artal Moneva.

VOCALÍA DE MÉDICOS EN DESEMPLEO

Dra. Cristina Rubio Navarro. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.



Dra. Cristina Rubio Navarro.

Se incorpora:

VICESECRETARIA

Dra. M^a Estrella Petrina Jáuregui. Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital de Navarra.

Nuevo Portal (www.medena.es) al servicio de médicos y ciudadanos

La consulta pública de colegiados, la opinión de expertos y la información sanitaria son algunos de las herramientas que el Colegio ofrece al ciudadano



*M^{te} Teresa Fortún
e Hilario
Cienfuegos en la
presentación del
Portal a los
medios de
comunicación.*

El nuevo portal del Colegio de Médicos de Navarra www.medena.es se ha diseñado como un canal de comunicación dinámico y eficaz entre el Colegio, sus colegiados y la sociedad navarra. Proporciona herramientas para la información y educación sanitaria del ciudadano con la participación de expertos; incorpora la posibilidad de utilizar Internet para la resolución de consultas, trámites administrativos e inscripción en actividades de formación continuada y permite, entre otros servi-

cios, la consulta on-line de la revista Panacea.

El portal, que ha sido diseñado por la empresa navarra Interesa, garantiza el acceso de forma rápida y fácil a todas las herramientas de información, educación, formación y participación diseñadas tanto para el médico como para el ciudadano.

Entre los servicios de acceso libre destaca la sección denominada "El experto contesta" en la que reconocidos especialistas firman artículos de divulgación, educación sanitaria y promoción de la salud dirigidos a la sociedad. La sección de actualidad dará información, permanentemente actualizada, de las noticias de interés sanitario y colegial.

Consulta pública de colegiados

El Colegio incluye en su web la consulta pública de sus colegiados, que permite el acceso a un registro completo de los 3.357 profesionales colegiados en Navarra. El listado recoge a todos los facultativos que acrediten estar en posesión de la titulación correspondiente a la especialidad que están ejerciendo. Para verificar si un médico está colegiado se debe introducir los apellidos exactos y completos de la persona solicitada. Este apartado, que recibe el nombre de Consulta Pública de Colegiados, es un paso adelante para evitar el intrusismo profesional y garantizar la calidad ética asistencial.

Asimismo incorpora la posibilidad de utilizar Internet para la resolución tanto de consultas como de trámites administrativos colegiales y una amplia información sobre los servicios que el Colegio presta a la sociedad navarra, a través del Centro de Encuentros Profesionales (CESEP), Club Social, Fundación Colegio de



Médicos y Centros de Reconocimientos Médicos.

Desarrollo de la formación continuada

Una de las mejoras más significativas para el colegiado es el desarrollo de nuevas herramientas de consulta, información e inscripción en las actividades que promueve la Sección Académica Colegial para la formación continuada de los médicos. Facilitará además la recepción de ofertas de trabajo y su difusión a los médicos inscritos en la Bolsa de Desempleo, así como el registro de médicos que deseen acceder a áreas de trabajo determinadas. Por otro lado, también va a suponer un importante avance para las Sociedades Científicas y asociaciones profesionales con sede en el Colegio de Médicos –en estos momentos un total de 29– que podrán alojar su propia página web dentro de este portal.

El portal reserva un área de acceso restringido para los colegiados mediante clave y contraseña, que incluye la relación de todos los comunicados enviados por el Colegio, información sobre la vida colegial, artículos médicos, Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME), asesoría jurídica, patronato de huérfanos y tablón de anuncios entre colegiados. El área para colegia-

dos, incluye además información de otros servicios colegiales como la Oficina de Desarrollo Profesional, Sección Académica, Bolsa de Empleo, seguros, acuerdos comerciales, etc.

Por último, el portal incluye enlaces y direcciones útiles como prensa médica, boletines oficiales, instituciones y universidades, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC), Colegios Médicos de toda España, Vademécum, etc.

Algunas ventajas del Portal www.medena.es para los colegiados

- Incorpora la posibilidad de utilizar Internet para la resolución de consultas y trámites administrativos colegiales.
- Desarrolla novedosas herramientas de consulta, información e inscripción en las actividades que promueve la Sección Académica Colegial.
- Las Sociedades Científicas y asociaciones profesionales con sede en el Colegio de Médicos podrán alojar su propia página web dentro del portal.
- Los colegiados tendrán acceso a los comunicados enviados por el Colegio, asesoría jurídica, patronato de huérfanos y tablón de anuncios, entre otros servicios.
- Amplia información y protocolo a seguir para acceder al PAIME (Programa de Atención al Médico Enfermo)
- Consulta on-line de la revista Panacea.
- Actualización permanente de noticias sanitarias.

Desde Secretaria

En defensa de la profesión

M^a TERESA FORTÚN

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española establece claramente que médico es *“la persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina”* y Medicina es la *“ciencia de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano”*. Son dos definiciones claras y concretas, y no caben medias tintas.

Y en los últimos meses hay personas y corporaciones que tienden a crear confusión y problemas. Hemos conocido como el Colegio de Diplomados en Dietética humana y Nutrición pretende imponer condiciones al ejercicio libre, sensato, ético y científico de la Medicina y eso es algo que debemos poner en conocimiento de los médicos navarros y de la Administración.

Hay que tener las ideas claras, cada uno en su puesto y todos por el bien del enfermo. La salud es un bien único y su consecución es a veces difícil, por lo que la colaboración de distintos profesionales sanitarios es fundamental, para que entre todos y cada uno en su parcela, aunemos esfuerzos para llegar a conseguirla.

Desde el Colegio de Médicos siempre hemos intentado esta colaboración y seguimos apostando por ella. Somos firmes convencidos de que los problemas se solucionan hablando y siempre estamos abiertos al diálogo. Pero el ser caballerosos y educados no es lo mismo que ser tontos y dejarnos pisar.

Cuando vemos como otros profesionales intentan poner condiciones al ejercicio de la Medicina y se atribuyen potestades en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, no podemos quedarnos callados.

Nosotros somos los primeros en ser estrictos en que el ejercicio de la Medicina sea ético y sujeto al Código Deontológico que nosotros mismos nos imponemos. Velar por el cumplimiento de ese Código es una de las funciones del Colegio y una de sus razones de ser. Pero otra, y no menos importante, es defender a los buenos profesionales de personas ajenas a la Medicina que quieren intimidarles y menospreciarles

amparados en erróneas interpretaciones de normativas que supuestamente establecen sus funciones.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 6.2.a, dice claramente que son funciones de los Licenciados en Medicina *“la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”*, y son funciones de los médicos, no de los diplomados, ni de los entendidos, charlatanes ni vecinos.

Cada vez que en los medios de comunicación sale alguna noticia de médicos que presuntamente han cometido mala praxis se organiza el gran debate y se piden las responsabilidades de todo tipo. Pues de la misma forma se debe decir claramente que los médicos son los únicos que pueden realizar el diagnóstico e indicación de tratamiento de las enfermedades y la sociedad deberá ser consecuente con la decisión que tome, si quiere que le atienda un médico colegiado, formado y capacitado, o no.

“
Cuando vemos como otros profesionales intentan poner condiciones al ejercicio de la Medicina y se atribuyen potestades en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, no podemos quedarnos callados

”



Desde Tudela

Ciencia y humanidades



JOSÉ MANUEL
CENZANO

Hacía tiempo que no ofrecíamos noticias desde esta página. Y no tanto por haber detenido las actividades en la sede de Tudela, cuanto por hallarnos reestructurando la oferta. A pesar del magnífico caudal de nuestro Ebro, observamos la conducta del humilde riego gota a gota que, sin estridencia y con llana sencillez, convierte en feraces las pobres tierras de cultivo. Así es nuestro modo de proceder. Hemos iniciado 2007 ofreciendo, en colaboración con la subdirección de AP y las fuerzas vivas del hospital Reina Sofía (para no solapar los esfuerzos de ambos sectores) un magnífico curso sobre "Petición racional de pruebas de laboratorio y correcta interpretación de resultados". El programa está excelentemente estructurado y los ponentes (Patro Chueca, Delia Quílez, Isabel Polo, Marta Pérez y Francisco Rodríguez) se han esmerado en hacerlo asequible e interesante en un momento en el que la eficiencia prima sobre la eficacia.

Sesiones clínicas

En otro orden de cosas, y con la desinteresada colaboración de la internista Dra. M^a Teresa Rubio, hemos organizado un ciclo de sesiones clínicas con dos sencillos objetivos: rentabilizar el esfuerzo que supone revisar un tema específico o caso clínico para exponer en una sesión y poder ofrecerlo en segunda instancia, en la sede colegial, a todos aquellos profesionales que, estando interesados en el tema, carecen de posibilidad de acceso al seminario de Medicina Interna, bien sea por incompatibilidad horaria o simplemente por problemas de desplazamiento. Y el segundo objetivo es ofrecer a los MIR (o médicos adjuntos) un campo de entrenamiento para exponer en público sus propios trabajos.

Historia, literatura y bioética

En el terreno de la Humanidades (espacio que no deseamos olvidar ni desdeñar) Javier Mateo Cabrejas nos deleitó relacionando los refranes con la Medicina. También hemos contado con la brillante intervención del Dr. David Ezpeleta, actualmente en ejercicio en el hospital Gregorio Marañón de Madrid, que ha tenido la gentileza de desplazarse hasta nuestra casa para disertar sobre "El libro egipcio de los Muertos y la Neurología de la luz". Sus vastos conocimientos sobre el tema y la originalidad de la presentación han bastado para embriagarnos de curiosidad hacia la misteriosa cultura del Antiguo Egipto y desperzarnos acerca de determinadas dudas del pensamiento.

El Dr. Alejandro Ros Satrústegui amenizó en otra charla hablándonos del corazón: desde el punto de vista orgánico como bomba aspirante-impelente de la sangre, y motor de la circulación, y también, en sentido más poético, como órgano rector de nuestras emociones y sentimientos profundos. "El corazón y la palabra".

El pasado 1 de marzo, disfrutamos la presentación del libro del Dr. Elso "Un paseo por las calles de nuestros médicos" al que habrá que añadir la biografía del Dr. José Urizar Olarte, médico que fue de Monteagudo y que, por despiste de su ayuntamiento, no quedó incluida en la primera edición.

Y finalmente, el Dr. Ángel Cornago presentó, el día 16 de febrero en el salón de actos de la UNED, un verdadero tratado de bioética en el que aborda y aconseja sobre los principales problemas éticos que plantea la sociedad actual. "Para comprender al enfermo" constituye una obra fruto de un prolongado estudio y sosegada reflexión recomendable para todos los médicos, pero especialmente para aquellos que se inician en la práctica sanitaria.

Como apuntaba al principio, "gota a gota" vamos regando con espíritu inquieto las bases para la formación como médicos y como personas.



Santander

150

Santander y el Ilustre Colegio de Médicos de Navarra mantienen un acuerdo de colaboración desde el año 2003, en virtud del cual esta institución se convierte, además de en cliente de nuestro banco, en uno de sus agentes colaboradores, dedicándonos un espacio en sus instalaciones para la atención personal de sus socios. Santander por su parte, colabora con el Colegio en alguna de sus actividades de divulgación, de lo que es muestra esta revista "Panacea", en la que hoy nos permiten compartir sus páginas.



Que el colectivo de Médicos de Navarra, que engloba a más de 3.300 profesionales de notable prestigio en el ámbito nacional, sea nuestro cliente es para una entidad financiera como la nuestra, que pretende ser el mejor banco para los particulares en el mercado español, un motivo de satisfacción. El compromiso que adquirimos con Vds. es sencillo pero firme: si domicilian su nómina o pensión, o contratan una hipoteca o plan de pensiones con nosotros, estarán exentos de pagar comisiones –y sus cotitulares también- durante todo el tiempo que dure nuestra relación. Porque, para Santander, esta es una nueva forma de relacionarse con sus clientes: desde el compromiso, con una actitud de confianza mutua.

Me alegra poder trasladarles personalmente que, tras la espléndida acogida que en 2006 tuvo nuestro plan estratégico Queremos ser tu banco, hemos decidido acoger bajo su paraguas a otros colectivos tan importantes en el mercado español –tan de futuro, diría yo– como los autónomos, los comerciantes, nuestros jóvenes estudiantes, y el cada vez más numeroso grupo de inmigrantes, al que hemos de intentar integrar no sólo económicamente, porque no debemos ser ajenos a nuestra realidad social.

En este mes de marzo, Santander celebra su 150 aniversario, sus 150 años haciendo banca. Desde sus orígenes locales en Cantabria –y sin haber renunciado nunca a ellos– hasta haberse convertido en un grupo financiero internacional, con presencia en más de 40 países, y noveno ya en el ranking mundial. Queremos compartir con todos la ilusión que nos produce alcanzar una "edad" de la que pocos pueden presumir. Y, desde esa experiencia, perseguir ser mejores, ser más líderes, y serlo para nuestros clientes.

Un fuerte abrazo,

D. Enrique García Candelas
Director General de Banca Comercial en España



Seminarios Monográficos de Actualización

El Programa "Seminarios Monográficos de Actualización" incluye actividades dirigidas a todos los médicos colegiados, que tienen por objetivo la revisión y actualización en conocimientos generales sobre problemas clínicos concretos, a propuesta de las sociedades científicas y grupos vinculados al Colegio. En el mes de abril están programados sus Seminarios propuestos por la Asociación de Anatomía Patológica.

"Patología Quirúrgica de Tiroides" e "Hiperparatiroidismo"

Objetivo: revisión y actualización de conocimientos sobre Patología Quirúrgica de Tiroides y manejo del Hiperparatiroidismo, a partir de la experiencia y especialización en la Unidad de Patología Tiroidea y Paratiroidea del Servicio Navarro de Salud.

Ambos seminarios están acreditados por la Comisión de Formación Continuada de Navarra con 0,99 créditos.

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN

SECCIÓN ACADÉMICA -COLEGIO DE MÉDICOS

Avda. Baja Navarra, 47. 31002 PAMPLONA

Tf. 948226093, fax: 948226528. e-mail: acade@medena.es

SEMINARIO MONOGRÁFICO DE ACTUALIZACIÓN: PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL TIROIDES

Calendario: 24 de abril de 2007
Horario: de 16:30 a 21:00 horas
Lugar: Sede del Colegio de Médicos de Navarra

PROGRAMA

1. La Unidad de Patología Tiroidea. Veinte años de experiencia de trabajo en equipo.
2. Hipertiroidismo.
3. Bocio nodular.
4. Ecografía y punción tiroidea dirigida.
5. La punción aspiración (PAAF). Consideraciones clínico-patológicas.
6. Patología tiroidea: Indicaciones quirúrgicas.
7. Protocolo de estudio de la pieza quirúrgica. Problemática del diagnóstico.
8. Problemática diagnóstica del carcinoma bien diferenciado de tiroides y su implicación terapéutica.
9. Exposición y Discusión de Caso Clínico. Evaluación de la actividad.

SEMINARIO MONOGRÁFICO DE ACTUALIZACIÓN: HIPERPARATIROIDISMO

Calendario: 25 de abril de 2007
Horario: de 16:30 a 21:00 horas
Lugar: Sede del Colegio de Médicos de Navarra

PROGRAMA

1. El estudio integrado del Hiperparatiroidismo. La necesidad del diagnóstico en equipo.
2. Hiperparatiroidismo primario.
3. Fundamentos y aplicaciones de la Medicina Nuclear en el hiperparatiroidismo.
4. La ecografía: Aportación al diagnóstico de localización.
5. Hiperparatiroidismo en la Insuficiencia Renal Crónica.
6. Tratamiento quirúrgico en el hiperparatiroidismo.
7. Aportación del patólogo en el Hiperparatiroidismo.
8. Exposición y Discusión de Casos Clínicos. Evaluación de la actividad

Directora: **Dra. Ana Puras Gil.**

Coordinadores: **Dr. Edelmiro Menéndez, Dr. Luis Forga, Dra. Pilar Salvador.**

Equipo Docente: **Unidad de Patología Tiroidea y Paratiroidea – Servicio Navarro de Salud.**

Talleres de Metodología

1. Elaboración y Presentación de Comunicaciones Científicas (4 horas lectivas).

Calendario: 19 de abril de 2007, de 16 a 20:30 horas.

Coordina: Begoña Bermejo Fraile.

Dirigido a: Colegiados interesados en la elaboración de comunicaciones a congresos.

Acreditación en curso.

2. Presentación de un Proyecto de Investigación (4 horas lectivas).

Calendario: 10 de mayo de 2007, de 16:00 a 20:30 horas.

Coordina: Begoña Bermejo Fraile.

Dirigido a: colegiados interesados en la solicitud de ayuda para sus proyectos de investigación.

Acreditación en curso.

El Dr. Miguel Andériz académico de número de la Real Academia de Zaragoza

El pasado 13 de diciembre, el Dr. Miguel Andériz López recibió la noticia de su nombramiento como académico de número de la Real Academia de Zaragoza, a propuesta del Colegio de Médicos de Navarra. Pertenece a la Academia desde 1962, año en que fue nombrado académico correspondiente. Su trayectoria profesional, docente e investigadora le han hecho merecedor de un rango más en la Academia.

Ahora, el Dr. Andériz prepara su discurso de investidura, que será probablemente en el mes de mayo –todavía no está confirmado–. No le gusta hablar de sí mismo y quita hierro al hecho de haber sido premiado por la Academia. Un galardón al buen hacer y saber que caracterizan su faceta profesional y humana. Su discurso girará en torno al tema que más le ocupa y le preocupa, “Estadística y los profesionales de ciencias de la salud”. Desde Panacea rendimos homenaje a Miguel Andériz con una breve semblanza.

Breve semblanza

El Dr. Miguel Andériz López posee doble licenciatura y es doctor en ambas: Licenciado y Doctor en Medicina por la Universidad de Zaragoza, y Licenciado en Ciencias Matemáticas (UNED) y Doctor en la misma disciplina por la Universidad Pública de Navarra.

Comenzó su trayectoria profesional como médico “de nómina y plantilla” en el Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia, de Zaragoza y desde 1952 es funcionario, por oposición, del Ministerio de Educación y Ciencia.

Durante 33 años, ha sido Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital de Navarra y Director de dicho centro hospitalario, desde 1979 hasta 1983.

Docencia e investigación

Fue profesor de la Escuela de Enfermería del Hospital de Navarra y, posteriormente, primer Director cuando alcanzó la categoría de Escuela Universitaria hasta 1982 (antes de fundarse la Universidad Pública de Navarra). Ha sido, además, vocal de la Sección de Ciencias del Instituto Príncipe de Viana, integrado en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y socio fundador de la Sociedad de Medicina Interna de Aragón, Navarra, La Rioja y País Vasco confederada con la Sociedad Española, de la que fue Secretario durante 25 años.

Tiene publicados 160 trabajos científicos, 14 de ellos en revistas de ámbito internacional sobre las líneas de investigación siguientes: Exploraciones funcionales de órganos (especialmente del riñón), Dinámica del agua y electrolitos, Iones intracelulares y transporte a través de membranas, Nutrición humana, Equilibrio ácido base y potencial de óxidoreducción, Biomatemáticas con especial aplicación a cinéticas compartimentales, y Didáctica de la estadística (esta última, es línea oficial de la Universidad Pública de Navarra).

Miguel Andériz es autor de tres textos de Estadística para Ciencias de la Salud y de un texto de Metodología de Investigación en el Departamento del mismo nombre de la Universidad Pública de Navarra.

Ha dirigido 53 tesis doctorales, así como múltiples cursos de formación en diversas ramas de la Medicina y ha participado en un número considerable de Congresos, algunos de ellos de ámbito internacional, presentando comunicaciones.

En la actualidad pertenece a la Sección de Médicos Jubilados del Colegio de Médicos de Navarra y continúa con su labor docente como Profesor Emérito en la Universidad Pública de Navarra.

Próxima actividad sobre urgencias neurológicas, abierta a especialidades afines

Sociedad Navarra de Neurología

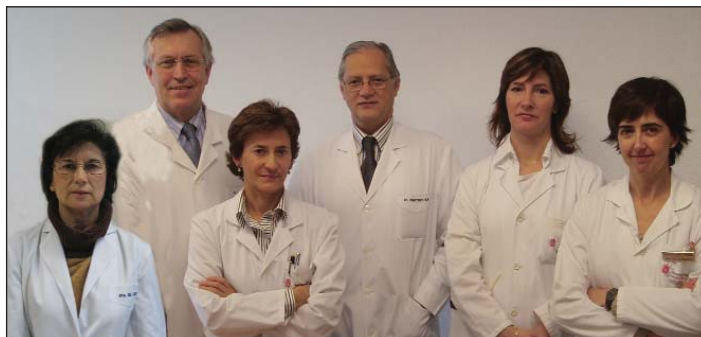
La Sociedad Navarra de Neurología (SNN) nació, hace ya once años, con el compromiso de contribuir al desarrollo de las Neurociencias en Navarra. Los estatutos de la sociedad, renovados hace un año, permiten formar parte como socios agregados a médicos que acrediten estar en periodo de formación y a especialistas de otras áreas de la Medicina y la Biología relacionadas con las neurociencias. Para ello, solo se requiere una carta de presentación de dos miembros de la Sociedad y su aprobación en Asamblea General. Los miembros actuales de su Junta son el Dr. Eduardo Martínez-Vila, presidente, el Dr. Jaime Gállego, vicepresidente, la Dra. M^a Elena Erro, secretaria, la Dra. Itziar Gastón, tesorera, y las doctoras Purificación de Castro y Teresa Ayuso, vocales.

Entre las actividades que desarrolla la SNN destaca la organización de una reunión científica cada primavera de interés para neurólogos y especialidades afines (neurocirujanos, neurofisiólogos, neuropatólogos, neuropediatras, psiquiatras, etc...). El pasado año la reunión se dedicó a los "Trastornos del Sueño". En esta edición, que se celebrará el próximo mes de mayo, se abordarán diferentes temas relacionados con las Urgencias Neurológicas (ictus, patología infecciosa, crisis epilépticas, trastornos del movimiento, migraña, etc...).

Esta actividad es una expresión del espíritu que caracteriza a esta sociedad científica: ser nexo de unión entre los profesionales que en Navarra trabajan en el ámbito de las neurociencias.

Navarra, referente en Neurociencias

Las neurociencias están adquiriendo un protagonismo creciente en nuestra sociedad debido a que la alta prevalencia de patologías como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson o el ictus, hacen que se hayan convertido en un problema de primera magnitud y que, por tanto, sean objetivo prioritario en el desarrollo de



Componen la Junta Directiva de la SNN: Dra. de Castro, Dr. Gállego, Dra. Ayuso, Dr. Martínez Vila, Dra. Gastón y Dra. Elena Erro.

políticas sanitarias y líneas de investigación. El doctor Martínez-Vila, apunta que desde la SNN "venimos reclamando una mayor participación de los neurólogos en los ámbitos de atención sanitaria, y representación en los aspectos técnicos y científicos que puedan afectar al ejercicio y desarrollo de la especialidad. Además del apoyo a los aspectos docentes y de investigación relacionados con nuestra especialidad, este es uno de los objetivos de nuestra Sociedad".

Aunque ya existen proyectos conjuntos de investigación entre neurólogos de los distintos hospitales navarros públicos y privados, desde la SNN se pretende impulsar la coordinación de grupos de trabajos en diferentes enfermedades neurológicas. "Personalmente, dice el Dr. Martínez-Vila, y ya en el plano asistencial me resulta difícil de entender como por parte de la Administración no se procura una colaboración similar, utilizando los recursos sanitarios de los que disponemos en Navarra, ya sean públicos o privados". Otra de las líneas de acción es establecer relaciones con las asociaciones de pacientes y familiares afectados de enfermedades neurológicas para diseñar estrategias que permitan "una mayor eficacia en la lucha contra las enfermedades, una mejor formación de sus miembros, y un mayor apoyo social y de las instituciones".

Para Martínez-Vila, Navarra es una comunidad privilegiada porque "goza del privilegio de contar con la mayor densidad de neurólogos por habitantes del país, con una red sanitaria pública y privada excelente, y con especialistas que son referencia dentro y fuera de España".

Javier Viscarret, enfermo de Parkinson, autor del libro "Camino de Ananda"

"A pesar de todo, soy un hombre feliz"

IDOIA OLZA

Javier Viscarret sabe perfectamente qué es tener a la enfermedad como inseparable compañera de viaje. Con tan sólo 47 años le diagnosticaron la enfermedad de Parkinson, que le llevó a una incapacidad laboral absoluta a la temprana edad de 54 años. Hasta entonces era directivo de un Grupo Industrial familiar. Más tarde, su "cuerpo gitano", como él mismo lo llama –y probablemente será el título de su nuevo libro–, se resintió con dos graves operaciones, primero de estómago y después de intestino, que minaron su salud física pero no así sus ganas de vivir.

Javier Viscarret se define como un hombre feliz: "volviendo un día de Roncal, le dije a mi mujer, Cristina, créeme, a pesar de todo, soy un hombre feliz. Tengo todo lo que una persona puede desear, una familia que me apoya en todo, buenos amigos...el único inconveniente es que no puedo hacer dos cosas a la vez".

Hombre optimista y vital, con una voluntad de hierro, Javier Viscarret sigue creyendo que la vida es bella pero que, como él dice, "hay que saber encontrar esa belleza". A punto de cumplir 64 años, casado con Cristina, y con cinco hijos, ha publicado recientemente su segundo libro "Camino de Ananda". Ananda, que es un nombre indio, significa "felicidad absoluta" y

para él la felicidad es sinónimo de paz. Su Roncal querido es el lugar preferido para escribir, "desde mi casa, que está en un alto, y mirando al río Esca, escribo sobre mis vivencias y sentimientos. Allí, rodeado de la naturaleza, encuentro la paz y el sosiego que necesito para escribir. Además, me sirve de terapia".

Amante del deporte, todavía hoy, a pesar de sus limitaciones físicas, sigue dando buenos paseos por la ciudad y por el campo.

Es miembro entusiasta de la Asociación Navarra de Parkinson. Ha sido el impulsor del coro de la Asociación, una de las actividades que más aceptación tienen dentro de la Asociación. Además, ha sido el organizador de un paseo con raquetas sobre nieve en Larra. Todo un ejemplo de superación.

–¿Cuáles fueron los primeros síntomas de la enfermedad?

–Todo empezó un día jugando un partido de pelota con mis hermanos. Se dieron cuenta de que mi brazo izquierdo lo movía con cierta dificultad. La segunda vez, ocurrió durante una etapa del camino de Santiago, entonces fue una hermana quien vio que al caminar mi cuerpo se inclinaba hacia el lado izquierdo. Al principio, pensábamos que se trataba de algún problema de cervicales pero la visita al neurólogo no dejó lugar a dudas. Me dijo: Javier tienes Parkinson. Y así empezó todo.



“
En la vida todos los nubarrones, los días grises y oscuros pasan, y siempre sale el sol
”

– **En ese momento, ¿qué pensó? ¿cuál fue su reacción?**

– En aquellos años, la palabra Parkinson era un poco dura e inquietante, pero el médico me tranquilizó y me dijo: no te preocupes que esta enfermedad está ya muy estudiada. A mí, sinceramente, no me resultó duro el anuncio de la enfermedad, creo que fue peor para mi entorno, tanto en el trabajo como en la familia.

Desde el principio, no acepté mal la enfermedad, creo que Dios me ha hecho de buena pasta. Él es mi rey, mi fuerza.

– **¿Quiénes han sido sus apoyos fundamentales?**

– En estos años de enfermedad, la familia ha sido uno de los principales apoyos, junto con Dios. Soy un hombre amante de Dios. También los amigos han sido muy importantes. Uno de los aspectos positivos del Parkinson ha sido la cantidad de amigos que he hecho desde que estoy enfermo. Tengo muchos más que los que tenía antes.

– **¿Cómo le ha cambiado la enfermedad?**

– Mucho. Las aspiraciones de las personas cuando estamos sanas son alcanzar prestigio, dinero y poder. La enfermedad lo invierte todo: lo que era grande se hace pequeño, y lo pequeño grande. Ahora valoro mucho más la familia. Yo antes decía que la fábrica era mi querida. Dedicaba la mayor parte del tiempo al trabajo.

Antes era una persona que iba mucho al monte, pero a “comerme los picos”, ahora, en cambio, en mis paseos por el campo contemplo la tierra que piso, la belleza de los valles y de los ríos. Los picos ahora son sólo un recuerdo.



“Los enfermos hablan de las relaciones frías y distantes que mantienen con los médicos que les atienden. Desde aquí les pediría que tuvieran una relación más cercana con los pacientes para que éstos se sintieran más acogidos”.

La enfermedad me ha dado más riqueza espiritual, más vida interior. Creo que ha sido más negativo para mi familia.

– **Escribe en su casa de Roncal**

– Sí escribo preferentemente en Roncal porque el entorno natural de esa zona invita a escribir. Además, la casa está situada en un alto, y ver las cosas desde arriba es algo que siempre me ha gustado. Allí, mirando al valle y al río Esca, encuentro la paz.

– **¿Cómo ha ido evolucionando el Parkinson?**

– Creo que con los años los síntomas de la enfermedad han evolucionado a mejor. Han sido peor las dos intervenciones, de estómago y de intestino, que no tienen nada que ver con el Parkinson.

Yo, antes de la operación de estómago, tenía serios problemas de comunicación (decía que por la mañana era una cicerone, por la tarde un tartaja, y por la noche un cartujo). Después de la operación todo cambió. Comencé a hablar con mucha más facilidad. Siempre digo que en las transfusiones de sangre que me hicieron me debieron poner sangre de un locutor de radio porque desde entonces hablo mucho mejor. También otros síntomas como temblores, bloqueos, típicos del Parkinson, prácticamente han desaparecido. Ahora, por ejemplo, lo que llevo peor es caminar. A partir de la operación de intestino, que me hicieron el año pasado, físicamente me encuentro peor.

– **¿Qué le ayuda cada día a tener ilusiones por la vida, por hacer cosas?**

– Cada día, cuando me levanto leo una especie de oración que escribí yo mismo, que se titula Todos los días es Navidad, y que al final lo que dice es que en la vida todos los nubarrones, los días grises y oscuros pasan, y que siempre sale el sol. La leo casi todos los días y me da ánimo.

– **¿Qué les diría a todas esas personas que les acaban de decir que padecen Parkinson?**

– Que piensen que seguro que algo bueno les llegará y, en cierta medida, les compensará lo negativo que puede conllevar la enfermedad. Y, además, en mi caso, la fe me ayuda a ver la vida desde otra perspectiva.

– **¿Qué le aporta la Asociación Navarra de Parkinson?**

– En la Asociación me siento como en mi segunda casa. Allí hablamos de nuestros problemas y esto siempre nos ayuda. Además, organizamos muchas actividades: tenemos un coro, la actividad que más vida tiene en la Asociación, sesiones de fisioterapia –dos veces por semana–, psicoterapia y relajación. Antes también disfrutábamos de sesiones de “cartoterapia” (partidas de mus y chinchón) pero, desgraciadamente, ya no se celebran porque algunos de los participantes, debido a que el Parkinson es una enfermedad progresiva, se van orillando en el camino y muchos de ellos ya no pueden salir de casa.

También es cierto que hay enfermos que no quieren ir a la Asociación porque les deprime estar con otras personas enfermas. Además, como el Parkinson es una enfermedad progresiva, ven en otros enfermos cuál puede ser su propia evolución, y ello puede crear, en determinadas personas, angustia.

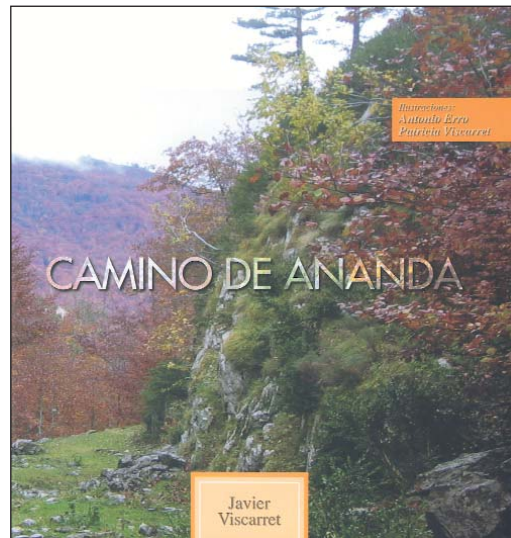
– **En una enfermedad como el Parkinson los médicos se convierten en una parte fundamental en las vidas de los pacientes ¿cómo es esa relación?**

– En este aspecto creo que soy un privilegiado porque los médicos que me han tratado han sido sobre todo mis amigos y siempre he tenido con ellos una relación cordial de amistad. Sin embargo, no es lo habitual. Los enfermos hablan de las relaciones frías y distantes que mantienen con los médicos que les atienden. Desde aquí les pediría que tuvieran una relación más cercana con los pacientes para que éstos se sintieran más acogidos. También sería bueno que dieran a conocer la existencia de la Asociación.

– **En estos momentos ¿cómo se encuentra físicamente?**

– Mi cuerpo gitano se está deteriorando poco a poco. Es ley de vida. Las hojas de calendario no perdonan. Lo digo sin dramatismo pero con los ojos abiertos. Con cierta calma, con mi bastón a cuestas, y una nueva compañera de viaje, una joven artrosis, pienso sobre el dicho “diligentibus dominum omnia cooperatur in bonum”, cuando se ama al Señor todo se recibe con paz.

Los colegiados pueden recoger un ejemplar del libro en las Oficinas del Colegio, hasta agotar existencias.



Todos los días es Navidad

Cuando sonrín abiertamente
el niño y el cansado anciano.

Cuando se desperezan los campos,
brinca entre rocas el pino negro,
salta de júbilo la naturaleza,
y sentimos que nos abraza el sol.

Alguien nos dice al oído,
que los nubarrones son de paso,
que quien cuida de los lirios del campo
y prepara cobijo a las raposas,
es nuestro Padre, Señor y Pastor.

Hay días grises, oscuros, aciagos,
en los que desaparece el sol.

El sol está donde siempre,
ha cambiado nuestro derredor.

Tú nos has dado las luces,
y no nos has quitado las sombras.

Soy yo, caminante entre nieblas,
quien me pierdo si camino a solas.

Nunca mires hacia abajo,
donde pierdes horizonte.

Nuestro Padre está en lo alto,
siempre te ve, nunca se esconde.

Es mi mejor deseo de Navidad.

Javier Viscarret (Navidad 2006)

Foro-debate organizado por la SNaMFAP

La Atención Primaria en Navarra: ¿Época de soluciones o de naufragios?"

TRINI DÍAZ

Debatir sobre la situación actual de la Atención Primaria en Navarra y diseñar estrategias de mejora a corto, medio y largo plazo para garantizar "una atención primaria de calidad y que responda a necesidades del ciudadano" fueron los ejes sobre los que giró el foro-debate organizado por la SNaMFAP (Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria) el pasado 23 de enero, en el Colegio de Médicos de Navarra, con el título "Atención Primaria en Navarra en el Siglo XXI. ¿Época de soluciones o de naufragios?".

Santos Indurain, presidenta de la SNaMFAP, subrayó que "la Atención Primaria necesita cambios que no pueden esperar" e instó a los responsables sanitarios para que las reformas necesarias no sean "una cuestión a estudiar sino una realidad a medio plazo". La SNaMFAP considera prioritario aumentar el número de profesionales médicos en un 10-20% con el fin de que no haya cupos con más de 1.650 cartillas; y que en los contratos de sustituciones se contemple la exclusividad, "máxime en una situación en la que ya existen muchos



Dr. Ramón Villanueva

problemas para la sustitución de los profesionales". Reivindica además el aumento de plantillas en las áreas administrativas, "que debe conllevar una reorganización de funciones y tareas del equipo".

Centros de salud urbanos: diagnóstico

Ramón Villanueva, director del Equipo de Atención Primaria de Iturrama, indicó que "desde la reforma de la Atención Primaria, hace ahora 22 años, la calidad de la atención que prestamos a nuestros pacientes es muy buena y la satisfacción del usuario en las encuestas de salud así lo confirman. Sin embargo, cada vez dedicamos más tiempo a atender solamente la demanda asistencial –siempre estamos con la angustia de que se nos escapa algo y nos sentimos cada vez más inseguros por el escaso tiempo que dedicamos al paciente–. No nos queda tiempo para realizar actividades de pro-

Participantes en el Foro sobre Atención Primaria.





moción y educación para la salud, ni para la formación. Con esta forma de trabajar estamos hipotecando nuestro futuro porque cada vez nos quemaremos más y nuestra capacidad resolutoria será menor”.

Según Villanueva, las causas de la desbordante demanda son múltiples: “unas achacables a los pacientes, otras debidas a la organización, y otras motivadas por las deficiencias en la atención especializada y las listas de espera”.

Entre los motivos injustificados que aumentan la carga de trabajo, el doctor Villanueva subrayó que “la disponibilidad absoluta e inmediata por nuestra parte, se confunde con accesibilidad. Las causas de demanda son ilimitadas, no se tiene conciencia del costo y se exigen horarios de consulta por comodidad”. Destacó además la existencia de consultas de nulo valor añadido que tendrían que desaparecer –informes de balnearios, bajas-altas, justificantes escolares, etc...–.

En lo que respecta a la organización, destacó la escasez de personal administrativo y la dificultad para el control de flujos a otros profesionales por lo que “toda la demanda es para el médico. Las agendas están llenas y no existen criterios de citación, da igual una urgencia médica que una consulta administrativa”.

Propuestas de mejora a corto plazo

Algunas medidas propuestas por el Dr. Villanueva, que dependen de la Dirección de Atención Primaria, fueron: incremento presupuestario; aumento de las plantillas

(ajustando por TIS reconvertidas); coordinación con otros departamentos (Bienestar Social, Trabajo) para no sobrecargar la A.P. sin justificación; consenso sobre aquellas actividades que no debe realizar el profesional de Primaria (“cartera de servicios en negativo”); presupuesto específico para informar y educar a la población en el buen uso de los servicios; y mejoras en la contratación del personal de sustituciones.

Terminó con la enumeración de otras medidas tendentes a mejorar la organización de los equipos, tales como la organización de agendas con límite de consultas; profesionalización de la citación (accesibilidad pero no para todo), control de los flujos de demanda y resolución de las consultas burocráticas por parte del personal administrativo; mayor coordinación para disminuir las listas de espera; organización de consultas telefónicas para que, en lugar de ser una carga, “sean una herramienta más para la resolución de problemas”; e implicación de otros profesionales en la atención de la demanda (Enfermería, Trabajo Social).

Plataforma 10’: “estamos viviendo de parches para situaciones extremas”

Félix Zabalza, médico del Centro de Salud de San Jorge, presentó las reivindicaciones de la Plataforma 10 minutos en Navarra y anunció nuevas medidas de presión “si en un plazo breve la Administración no da pasos para la resolución de los problemas”. Según Zabalza, “en los últimos años estamos viviendo de parches para situaciones extremas”.

La Plataforma tiene previsto secundar las jornadas de huelga convocadas para los próximos meses en toda España y pide a los directores de los centros de salud que no colaboren en la evaluación de la cartera de servicios y en las comisiones existentes con la Dirección de Atención Primaria.

La Plataforma 10 minutos surgió hace 5 años en Navarra “ante lo que un grupo de profesionales de Atención Primaria considerábamos deterioro progresivo de los centros de salud”, explicó Félix Zabalza. “No queremos suplantar a nadie –ni partidos políticos, ni sindicatos–, queremos ser voz de alarma desde dentro”.

La Plataforma denuncia que los centros

de salud se están convirtiendo en ambulatorios de 7 horas, y que están dejando de lado objetivos como el trabajo en equipo, la educación para la salud, la medicina preventiva, la formación de especialistas, la investigación, etc... "Si se siguen realizando hoy en día actividades de este tipo es por puro voluntarismo". Según Félix Zabalza, la Atención Primaria realiza entre el 85 y 90% de las actuaciones sanitarias. "Somos el filtro, la base y la pirámide de la sanidad pública. Si no va bien, tampoco funcionarán las urgencias, la atención especializada y hospitalaria".

Invertir más

En opinión de Félix Zabalza, no hay más que una solución a corto plazo: invertir más, aumentar los presupuestos destinados a la Atención Primaria "que en Navarra están estancados". La tabla reivindicativa de la Plataforma se resume en los siguientes puntos básicos: cupos de 1.300 cartillas por especialista en adultos y 800 en pediatría; 25 consultas por día (demanda diaria, programada y domicilio) frente a las 35-40 actuales; dos horas diarias para docencia, estudio y cursos de actualización; jornada laboral de 7 horas, de lunes a viernes; SEU las 24 horas al día; reforzar las áreas administrativas; readaptación de las funciones de los profesionales de los centros de salud a las necesidades que la sociedad actual plantea; adecuación de los edificios; y cambio total en las funciones y el trabajo del personal de sustituciones. "En suma, pedimos que se vuelva a planificar la Atención Primaria en función de las necesidades de la población y de los avances médicos experimentados".



Dr. Félix Zabalza.

Isabel Martín, directora de Atención Primaria

"Más de lo mismo no sirve"

Para Isabel Martín, Directora de Atención Primaria, el modelo actual presenta una serie de problemas que deben afrontarse. "Existe un desencuentro claro entre las casi ilimitadas solicitudes de atención de la población y sus necesidades de salud, y la posible respuesta asistencial. Esto está llevando a una desmotivación de los profesionales con un riesgo evidente de que, si no respondemos a tiempo, va a ver una disminución de la calidad". Isabel Martín señaló que "más de lo mismo no sirve" y que no solo es suficiente un aumento de los recursos, "pero no hay horizontes claramente definidos de hacia donde tiene que ir la Atención Primaria, ni en Navarra ni en el resto del mundo".

Subrayó que "la Atención Primaria de Navarra es de calidad, moderna y madura y, por tanto, seremos capaces de encontrar soluciones. No estamos en época de naufragios". Pero para que los cambios se produzcan, Isabel Martín, recalcó la necesidad de un amplio consenso.

En el orden asistencial, los elementos claves para la resolución de los problemas son, según la directora de Atención Primaria, la calidad, la idoneidad –preocuparse y ocuparse de hacer bien lo que es necesario y dejar de hacer todo aquello de escaso o nulo valor– y la sostenibilidad –implicación en el uso racional de los recursos–.

Consolidación de plantillas y pago de la exclusividad en contratos temporales

En los meses previos a las elecciones de mayo, la Dirección de Atención Primaria va a continuar avanzando en medidas de mejora de la política de personal, tales como la consolidación de plantilla en centros rurales y urbanos, los nuevos modelos de contratación ("contratos urbanos") y el pago de la exclusividad en todos los contratos temporales desde 1 de enero de 2007, "teniendo en cuenta, por supuesto, la voluntariedad del trabajador". Esta última medida va a suponer un desembolso anual de 1.130974,82 euros. También en política de personal, está pendiente de su publicación en el BON la creación de jefaturas de unidad administrativa en centros de salud con más de cuatro administrativos.

En cuanto a la adecuación de recursos humanos, Isabel Martín recalcó que, durante el año 2006, se han incorporado al SNS un total de 32 profesionales más (10 médicos de familia, 4 pediatras, 7 enfermeras y 11 administrativos).

La directora de Atención Primaria indicó que "debemos trabajar además en la organización adecuada de recursos y para ello es vital la potenciación de las áreas administrativas con el fin de mejorar su capacidad para identificar y clarificar las demandas de los pacientes y realizar su derivación al pro-

fesional más idóneo". Otras medidas propuestas están encaminadas a establecer relaciones eficientes entre medicina y enfermería, la elaboración de consensos para la atención al paciente agudo y la incorporación progresiva del personal de enfermería en la atención a estos pacientes.

Receta electrónica y videoconferencia

La Dirección de Atención Primaria seguirá trabajando en la informatización de todos los centros de salud navarros "porque va a ser uno de los más eficaces aliados para disminuir la carga que soportan los equipos". A lo largo del año 2007, se extenderá la red a los 88 consultorios que todavía no han podido acceder por problemas tecnológicos, se pondrá en marcha la receta electrónica y "probablemente pod-



Isabel Martín.

mos incorporar en los centros de salud la videoconferencia".

Por último se refirió al "agotamiento del actual modelo de atención continuada" y las medidas que se llevarán a cabo en este ámbito, tales como la modernización y ampliación de la capacidad resolutoria del Ambulatorio General Solchaga y la puesta en marcha de planes específicos de mejora de la atención a la emer-

gencia y urgencia vital en el medio urbano y rural (medios diagnósticos-terapéuticos, elaboración de protocolos asistenciales y formación de profesionales).

Médicos rurales y en formación reclaman mejoras

El pasado 15 de febrero, directores de 25 Zonas Básicas de Salud rurales de Navarra, firmaron un comunicado en el que denunciaban la falta de recursos humanos y económicos que "ha llevado a la Atención Primaria a la situación caótica en la que hoy se encuentra".

El comunicado explicaba que "a propuesta de la Dirección de Atención Primaria, hace más de 3 años, se crearon grupos de trabajo formados por todos los directores de los Centros de Salud de Navarra, con carácter consultivo, para tratar sobre la problemática de la Atención Primaria" y añadía que "tras más de 3 años de trabajo y reuniones, no se han aceptado ni considerado ninguna de las propuestas realizadas por estos grupos".

Según los Directores de los Centros de Salud Rurales, "la indefinición de nuestra jornada laboral, sin límite horario, es un tema sometido a un parcheo crónico que si se sobrelleva es gracias a la abnegación de los profesionales que trabajan en este medio, aún a pesar de las situaciones injustas que se están consintiendo como trabajar 90 horas ininterrumpidas".

En el comunicado subrayaban la importancia de "sensibilizar a la población sobre las condiciones en las que estamos realizando nuestro trabajo y que puede reper-

cutir, aún a nuestro pesar, en la atención que prestamos a nuestros pacientes".

Presentación de AMIRNA

La Agrupación de Médicos Internos Residentes de Navarra (AMIRNA) se constituyó el pasado 31 de enero, "con el fin de trabajar para la mejora de la situación laboral y formativa de los MIR navarros". Fue el comienzo de una serie de paros y movilizaciones que el colectivo ha protagonizado con el fin de forzar al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a abrir un espacio de "diálogo" para la equiparación de su situación retributiva al de otras CCAA, "en donde cobran el doble o triple por hora de guardia". En la presentación de AMIRNA, sus representantes denunciaron que la Administración se aprovecha de su "vocación e ilusión" para utilizarlos como "mano de obra barata", con salarios base de 930 euros brutos mensuales y jornadas de hasta 31 horas seguidas y se refirieron a otros problemas como la formación, el régimen de libranzas y las consecuencias derivadas del desconocimiento que, en general, tiene la población de "nuestro trabajo", precisó el presidente de la Agrupación, Daniel Sánchez.

Estudio comparativo con el resto de Comunidades Autónomas

Condiciones laborales y retributivas del médico en Navarra



MERCEDES ELIZALDE

Coautora del "Estudio de las condiciones de trabajo, retribuciones y carrera profesional de los médicos en España".

El Sindicato Médico de Navarra en coordinación con todos los sindicatos médicos autonómicos pertenecientes a la CESH (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos) ha realizado un estudio sobre la situación laboral de los médicos de la sanidad pública española cuyos resultados presentó el pasado 18 de enero en el Ilustre Colegio de Médicos de Navarra y que lleva por título "Estudio de las condiciones de trabajo, retribuciones y carrera profesional de los médicos en España".

El trabajo, desarrollado a lo largo de 2006, fue publicado el pasado noviembre (2ª edición disponible desde enero de 2007), constituyendo el primer estudio recopilatorio documental y con base normativa de cada uno de los conceptos retributivos y sobre condiciones de trabajo actua-

les del médico en cada Comunidad Autónoma.

La diferenciación y diversificación en cada Autonomía de las condiciones de trabajo del médico y la normativa reguladora es una realidad a la que nos enfrentamos, consecuencia directa de las transferencias autonómicas en materia de salud, tributaria de una total ausencia de política de cohesión de los Organismos del Estado. Hoy es el día que podemos hablar de "18 Reinos de Taifas" en los que el médico de la sanidad pública española desarrolla su profesión.

Todo ello determinó la necesidad de llevar a cabo una empresa que hasta ahora nadie (ni siquiera la Administración a quien realmente hubiera correspondido) se había atrevido a emprender. La trascendencia del trabajo ha quedado demostrada en la repercusión en los medios de comunicación nacionales (más de 120 medios escritos) e internacionales (a raíz de su presentación en Estrasburgo el 4 de diciembre), además del interés demostrado por los organismos públicos de la administración central y de las diferentes comunidades (Ministerio, Gobiernos Autonómicos, Consejerías, Departamentos...).

*Autores del Estudio:
Mercedes Elizalde, Juan Carlos Sánchez de la Nava y M^a Aurelia Mena.*



Terminología sobre retribuciones

Los conceptos retributivos se han clasificado (Figura 1) diferenciando aquellos que se refieren la jornada ordinaria (1.592 horas anuales en Navarra), de los que retribuyen jornada por encima de la ordinaria (jornada que llamamos complementaria) como son las guardias, la actividad extraordinaria de tardes o el pase de visita de sábados entre otros.

Esta diferenciación es elemental pero importante por dos motivos:

- Al comparar retribuciones, nunca se deben mezclar retribuciones de jornada ordinaria con complementaria, sino confrontar cada tipo por separado.

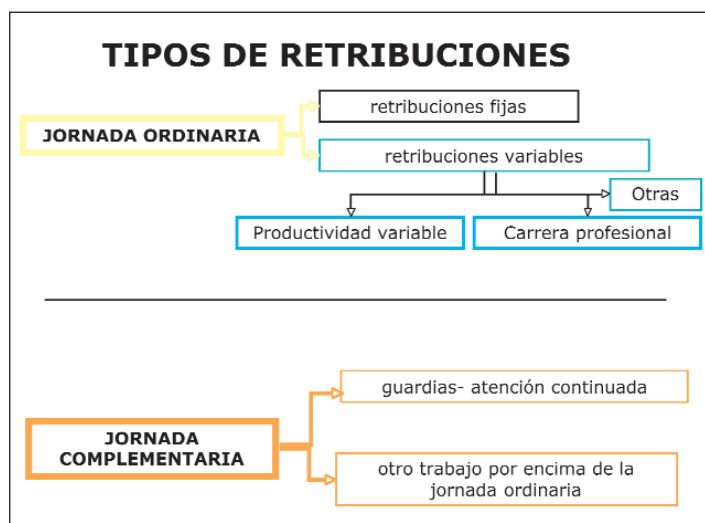


Figura 1.

– Al calcular globalmente retribuciones del médico, nunca deben incluir el trabajo realizado por encima de la jornada ordinaria: En ningún sector laboral se computan las horas extraordinarias a la hora de calcular sueldos.

A su vez, dentro de la jornada ordinaria existen conceptos “fijos” (inherentes al puesto de trabajo que se cobran en idénticas cuantías siempre y por todos los que ocupan ese puesto) y conceptos variables (que alcanzan de forma individual y diferente dentro de la categoría, en relación con la dedicación, esfuerzo o rendimiento personal) como son los incentivos (“productividad variable” en España) y la carrera profesional.

Resumen de los resultados

JORNADA ORDINARIA ANUAL

La jornada ordinaria anual de Navarra (1.592 horas) se encuentra por encima de la media nacional (1.538 horas). En los extremos se sitúan Asturias, Castilla La Mancha y Extremadura (todas con 1.519 horas) y Cataluña-XHUP (1.712 horas).

EXCLUSIVIDAD

La tradicional “exclusividad” (origen en el RD-Ley 3/1987) por la que se incrementa la retribución según la actividad profesional que desarrolle el médico fuera del horario de trabajo es un concepto claramente en entredicho: actualmente son ya diez las autonomías que han adecuado sus normativas con el fin de hacer desaparecer las desigualdades retributivas por este concepto (Gráfico 1). Navarra se queda rezagada en este aspecto sin que, a fecha

de hoy, esté previsto o proyectado cambio alguno.

RETRIBUCIONES FIJAS DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Para el cálculo de la capitación y dispersión en cada autonomía se ha empleado un modelo de médico que trabaja con similar dispersión, desplazamientos semanales y exacto número de cartillas y edades de pacientes.

Sin exclusiva: En primer lugar se encuentra Murcia (49.678 €/año) seguido de cerca por Baleares, Castilla-León y Madrid.

Navarra (35.837 €/año) ocupa el penúltimo puesto, por debajo de la cual sólo se encuentra Andalucía (34.867,92 €/año). Resultan unos 15.000 €/año de diferencia con el primero.

Con exclusiva (Gráfico 2): Navarra (44.485 €/año) también ocupa el penúltimo lugar sólo por encima de Cataluña. Las diferencias con el primer puesto (Ceuta-Melilla seguido de La Rioja y Murcia) son de unos 10.000 €/año.

Al comparar cuatro ejemplos de médico y pediatra (con las mismas condiciones de TIS, edades y dispersión) Navarra queda en penúltimo lugar respecto a “capitación” con una diferencia respecto a los primeros puestos (Euskadi-La Rioja y Cataluña) de hasta 8.000 €/año. En cuanto a cobro por desplazamiento, Navarra se encuentra entre los primeros 5 puestos, cobrando entre 1.500 y 2.500 €/año más que el último puesto (Murcia).

Gráfico 1.



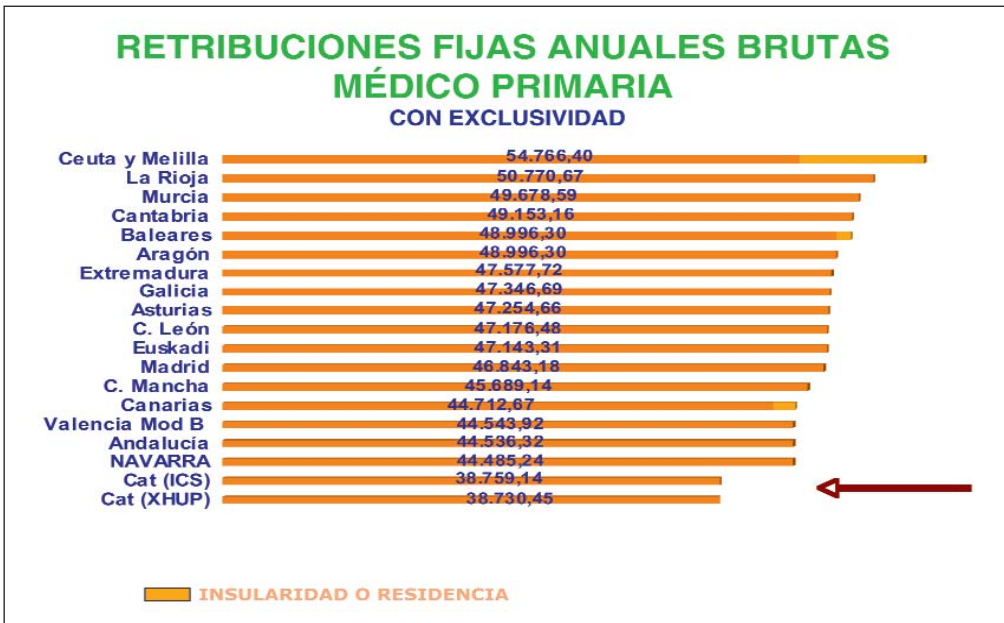


Gráfico 2.

penúltimo lugar de España cobrando 11.000 ?/año menos que Ceuta-Melilla (Euskadi es el segundo mejor retribuido).

RETRIBUCIONES FIJAS RESPECTO AL NIVEL ECONÓMICO DE LAS AUTONOMÍAS

Al cruzar los datos retributivos del médico con indicadores económicos de las autonomías

RETRIBUCIONES FIJAS DEL FACULTATIVO DE HOSPITAL

Sin exclusiva: Navarra (31.664 ?/año) queda en antepenúltimo lugar (sólo supera a Andalucía y Cataluña-ICS) cobrando unos 13.000 ?/año menos que el primer situado que es Murcia (44.737 ?/año), seguido de Baleares y Castilla-León.

Con exclusiva (Gráfico 3): Navarra (40.566 ?/año) ocupa también el ante-

(PIB per cápita que refleja el bienestar económico y el IPC como índice del coste de la vida), las diferencias se hacen todavía más patentes en el caso de Navarra: además de retribuir casi la peor al médico, se trata de una Comunidad "rica" y donde el coste de la vida es muy alto.

De los datos se podría deducir que el poder adquisitivo del médico en Navarra es de los más bajos del país, siendo Navarra una Comunidad que no realiza esfuer-

Gráfico 3.



RETRIBUCIONES VARIABLES ANUALES PRODUCTIVIDAD VARIABLE ATENCIÓN PRIMARIA

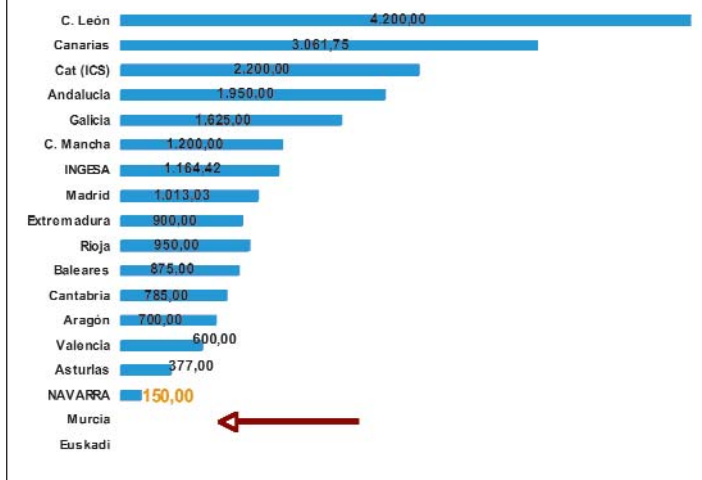


Gráfico 4

zo alguno en retribuir al médico en consonancia a su propio nivel económico y riqueza.

RETRIBUCIONES VARIABLES-“INCENTIVOS” según cumplimiento de objetivos (las cantidades reflejan la moda, es decir lo que cobra la “mayoría de médicos”):

Médico de Primaria (Gráfico 4): El abanico incluye desde los 4.200 ?/año de Castilla-León hasta las **cantidades anecdóticas de Navarra** (150 ?/año) o Murcia y Euskadi en que no pagan cantidad alguna.

Facultativo de Hospital (Gráfico 5): Cataluña-ICS y Castilla-León superan los 4000 ?/año, mientras que Euskadi, Murcia y Navarra no paga cantidad alguna por este concepto.

LA CARRERA PROFESIONAL NAVARRA RESPECTO AL RESTO DE AUTONOMÍAS

Es un hecho que Navarra ha sido la primera Autonomía en desarrollar e implantar la carrera profesional. Constituyó la herramienta para “homologar” a los médicos en el momento de las transferencias (el resto de personal sanitario lo hizo mediante incremento del complemento específico), al absorberse con la carrera las diferencias salariales entre médicos dependientes del Gobierno de Navarra y los que, con la misma categoría, provenían del INSALUD.

Desde entonces todo el resto de autonomías, además de la homologación salarial al ser transferidas, han desarrollado su propia carrera profesional. **La carrera profesional es ya una realidad (con cobro efectivo) en las 18 Comunidades Autónomas.** A fecha de enero de 2007 está plenamente desarrollada (régimen ordinario) en Navarra, Euskadi, Cataluña-ICS, Andalucía y Baleares.

Se constata trascendentes diferencias entre los modelos de carrera de Navarra y el resto de Comunidades:

- El personal interino-temporal de Navarra no cobra carrera profesional, a diferencia de Asturias, Cataluña-XHUP, Madrid, Baleares y Andalucía.
- Navarra, junto a Galicia y Baleares, son las únicas que NO han computado el “trabajo como temporal” a la hora del acoplamiento (régimen transitorio). A este respecto existen cinco autonomías que incluso computan el trabajo como MIR.

Casi toda España (salvo Galicia, Navarra y Castilla La Mancha) cuenta todo el tiempo trabajado como interino al encuadrar al médico cuando obtiene plaza en propiedad.

En Navarra, por ejemplo, un médico que haya trabajado 15 años como interino (y sólo cuenta lo trabajado en Navarra) al obtener plaza en propiedad no puede acceder mas que al nivel 2, por lo que su “carrera profesional” se queda

Gráfico 5

RETRIBUCIONES VARIABLES ANUALES F.E.A. PRODUCTIVIDAD VARIABLE-INCENTIVOS ATENCIÓN ESPECIALIZADA

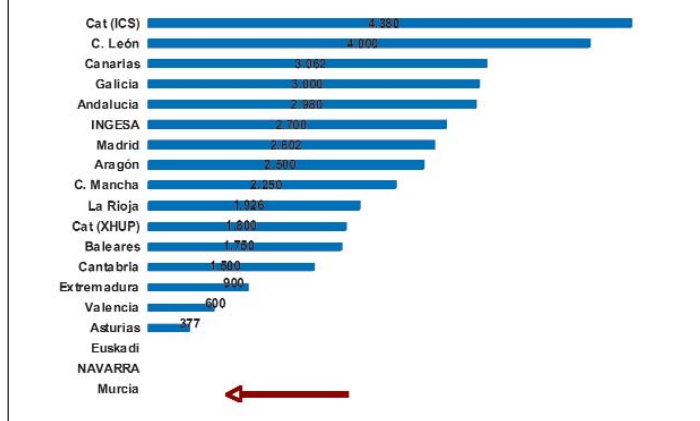




Gráfico 6

truncada y no podrá alcanzar a lo largo de su trayectoria profesional los últimos niveles de carrera.

- Navarra (junto a Euskadi, Extremadura y Cataluña-ICS) tiene la carrera profesional más larga (25 años para alcanzar el último nivel), frente a las más cortas (Andalucía, Asturias, Madrid, Murcia y Baleares) que son de 20 años.
- En el ranking final (Gráfico 6) según exigencia de años y comparativa de retribución (régimen ordinario), Navarra queda en 15º lugar de los 18 modelos de carrera, cobrando a lo largo de los 35 años de trabajo efectivo (cumpliendo requisitos) un 70 % de lo que se cobra en Madrid que es la mejor retribuida. Esta diferencia significa muchos miles de euros en la vida profesional del médico.

JORNADA COMPLEMENTARIA-GUARDIAS

Navarra todavía se encuentra bien situada (suele ocupar el tercer puesto) en los gráficos de retribución de la hora de guardia, tanto en Primaria como Especializada (Gráfico 7 - guardia presencial en día laborable-Especializada), si bien es verdad que los Acuerdos de subidas del precio de guardia están siendo constantes, por lo que la comparativa del precio/hora de guardia es tremendamente dinámica.

Existen tres servicios sanitarios que retribuyen más la hora de guardia a mayor número de guardias realizadas. Además, Cataluña-XHUP retribuye más si el médico ha

cumplido los 50 años.

Navarra sigue teniendo como asignatura pendiente la regulación de las guardias en cuanto a:

Ordenación del tiempo de trabajo (limitación del número de guardias) y descansos (libranzas), con aplicación de las normativas Europeas y del Estado de obligado cumplimiento desde 1996 (6 autonomías han realizado el esfuerzo de esta regulación; de forma completa en Cataluña-XHUP, Valencia, Murcia y Canarias).

Cumplimiento de la normativa en cuanto a actividad alternativa para los exentos de guardias (no se ha desarrollado este aspecto de la normativa, y se deniega en Primaria).

La consideración de “los festivos y días especiales” que casi todas las autonomías tienen, y en la que Navarra claramente deja de estar en los primeros puestos de retribución.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CONTINUADA EN NAVARRA Y PERSONAL DE REFUERZO

Una especial llamada de atención merece la situación de Navarra respecto a la atención continuada (Primaria):

- Es la única Comunidad donde la atención continuada generalizada no es de presencia física.
- Junto a Andalucía, Navarra es la que peor trata al personal específico para cubrir la atención continuada (“refuerzos”), cobrando todavía en concepto de “guardias” con todos los perjuicios que ello supone (licencias y permisos, pagas extras, cobro durante la IT, descanso maternal...). Tampoco tienen dietas, ni una compensación real (sólo anecdótica) por los desplazamientos. La realidad en el resto del país es muy dife-

“ Las condiciones laborales en que desarrolla su profesión el médico en Navarra hace muchos años que han dejado de ser “ventajosas” para pasar a ser claramente una de las peores de España ”



Gráfico 7

- rente a Navarra:
- En 8 autonomías, el personal para "atención continuada" ha sido homologado con el médico EAP-SUAP en cuanto a retribuciones (1.592 horas de atención continuada = sueldo anual del médico de EAP-SUAP).
 - Además, son ya 7 las autonomías que han incluido las plazas de "atención continuada" en la plantilla orgánica, creando las vacantes (incluso en Asturias ya son personal fijo).

MÉDICOS TEMPORALES EN NAVARRA

Un apartado específico merece el trato que Navarra dispensa al médico temporal.

Retribuciones y carrera

- Sin lugar a dudas se confirma que el médico temporal de Navarra es el peor retribuido del país.
- Además de no retribuir antigüedad, ni carrera (existen 5 autonomías con un modelo de carrera que incluye a temporales), Navarra (única comunidad en el país) lleva más de diez años negando el complemento específico "con exclusividad" a los médicos sustitutos y de refuerzo en Primaria (sueldo casi igual a enfermería), mientras sí lo paga a los interinos y en general a los médicos temporales de Especializada.
- El modelo de carrera en Navarra (sólo sucede también en Castilla-La Mancha y

Galicia) hace que, al obtener la plaza en propiedad, todo el tiempo como interino sólo te cuente para ascender al nivel 2 de carrera, impidiendo matemáticamente alcanzar al final de la vida profesional los últimos niveles de carrera.

Condiciones de trabajo

El contrato administrativo (fórmula contractual sólo existente en Navarra) se erige en instrumento para permitir al SNS-O "todo" en cuanto a contrataciones (problema mucho más acusado en el ámbito de Primaria), situación que no sucede en el resto del país.

- Contratos por horas y minutos-mayor presión asistencial por falta de tiempo y asunción de varios cupos.
- Ausencia de calendario laboral, horarios a la carta...
- Cómputo del tiempo trabajado (para oposiciones) en función de esa jornada de horas-minutos (hace falta trabajar tres días de 2,5 horas para que se certifique un día trabajado).
- Continuas renovaciones de contratos.
- Contratos por "necesidades-estructurales" cuando son realmente "por sustitución".
- Ausencia de derechos para los sustitutos en cuanto a docencia y formación continuada, labores no asistenciales...

CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO

Una visión general de la extensa y diversa cantidad de información que cabe extraer del estudio, ofrece una imagen muy clara: las condiciones laborales en que desarrolla su profesión el médico en Navarra hace muchos años que han dejado de ser "ventajosas" para pasar a ser claramente una de las peores de España.

Ocupamos el penúltimo lugar en retribuciones, disponemos de una carrera obsoleta y con aspectos nada incentivadores, y una normativa de dedicación exclusiva a renovar. Pero además, al margen de los importantes aspectos económicos, de poder ser calificados, obtendríamos un claro suspenso en las materias referentes a regulación de guardias, la organización y regulación de la atención continuada y sustituciones en Primaria, así como en el trato recibiendo

El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen del Camino lidera un estudio multicéntrico sobre los tipos más prevalentes del virus del papiloma humano en la población navarra

El virus del papiloma humano en la carcinogénesis de cuello uterino. Vacunas VPH

DRA. ROSA GUARCH TROYAS

Médico Adjunto del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen del Camino.

Los avances en el conocimiento de la carcinogénesis por el virus del papiloma humano VPH durante los últimos 20 años sitúan a este virus como una causa importante del desarrollo de carcinoma escamoso, tanto del tracto genital femenino y masculino (cuello uterino, vagina, vulva, pene) como del canal anal, orofaringe y de otras localizaciones con menos frecuencia.

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual muy común en la población sexualmente activa. Aunque la mayoría de infecciones conllevan un curso benigno y se resuelven espontáneamente, la infección persistente por ciertos genotipos del VPH está asociada causalmente con el desarrollo del cáncer de cuello de útero. De los más de 30 genotipos del VPH que infectan la mucosa anogenital, los VPH 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 70% de los cánceres de cuello uterino a nivel



Equipo investigador. De izquierda a derecha, los doctores Casas, Puras, Laplaza, García Bragado, Guarch, Guerrero y Ojer.

mundial y los VPH 6 y 11 del 90% de las verrugas anogenitales.

El carcinoma de cuello uterino es a nivel mundial la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, mayoritariamente en los países en desarrollo. En los países con mejor situación económica se ha conseguido un control progresivo de esta neoplasia mediante programas de cribado citológico de cáncer de cuello uterino, con un coste económico importante.

Por lo tanto, la existencia de una vacuna, que pudiera prevenir la infección persistente por estos genotipos, podría reducir sustancialmente la morbimortalidad y costes sanitarios asociados al cáncer de cuello uterino y sus lesiones precursoras.

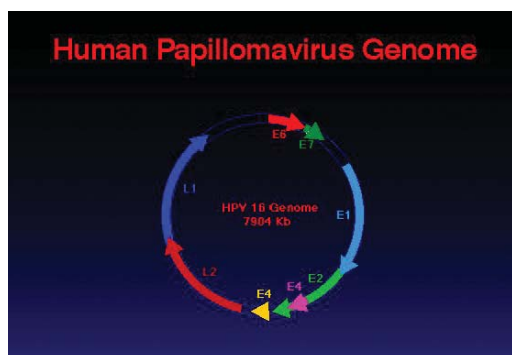
Estructura del Virus

El virus del papiloma humano es un virus DNA de doble cadena con una alta especificidad de especie. Existe un gran nú-

“

La existencia de una vacuna, que pudiera prevenir la infección persistente, reduciría sustancialmente la morbimortalidad y costes sanitarios asociados al cáncer de cuello uterino

”



Representación de la estructura genómica del virus del papiloma humano.

precoces (E1-E6) asociadas con la regulación de los genes virales y la transformación, dos proteínas tardías que forman la envuelta viral y una región reguladora. De toda esta estructura, destacan los genes tempranos E6 y E7 por su papel de oncoproteínas y los genes tardíos L1 y L2 de la cápsula muy importantes por su papel vinculado al de las vacunas.

Historia natural de la infección por virus VPH

La infección genital por HPV es frecuente en mujeres jóvenes sexualmente activas. En algunas revisiones amplias de mujeres jóvenes se han apreciado prevalencias de HPV próximas al 40%. Esta prevalencia disminuye con la edad, especialmente a partir de los 30 años. En la juventud algunas mujeres tienen múltiples y secuenciales infecciones por diferentes virus oncogénicos genitales, pero estas infecciones suelen ser transitorias, si bien de forma simultánea pueden apreciarse cambios citológicos reversibles en la citología vaginal. Las mujeres con infección persistente son las que presentan mayor riesgo de transformación a lesiones precancerosas de alto grado o al desarrollo de cáncer cervical invasivo. La epidemiología de la infección por HPV en el varón se conoce peor, si bien se ha descrito una importante prevalencia de HPV en la mucosa anogenital de varones homosexuales.

mero de subtipos del virus que se dividen en cutáneos y mucosos en función de su tropismo tisular. Las técnicas de PCR (Reacción en cadena de la polimerasa) y las sondas de DNA han permitido recientemente facilitar el tipaje y caracterización del virus en secreciones o tejidos infectados.

Los diferentes subtipos virales se relacionan con tumores específicos. En el caso del carcinoma de cérvix, los subtipos más frecuentemente encontrados son el HPV-16 y HPV-18. Otros subtipos de alto riesgo son (-31, -33, -35, -39, -45, -51, -52, -56, -58, -59, -68, -73, -82/MM4 y -82/IS39), de probable alto riesgo (-26, -53 y -66) y de bajo riesgo (-6, -11, -34, -40, -42, -43, -44, -54, -55, -57, -61, -70, -71/CP8061, -72, -81/CP83104, -83/MM7, -84/MM8 y CP6108). Se debe tener presente que no todas las infecciones por HPV-16 o -18 progresan a cáncer. Incluso en el caso del HPV-16 se han identificado subvariantes con diferente poder oncogénico.

El DNA del HPV codifica seis proteínas

Tipos virales y afinidad tisular

Diferentes tipos virales, presentan diferente afinidad tisular. Así pueden identificarse:

A. Tipos virales con predilección por la piel y que pueden aislarse de las verrugas plantares, vulgares y planas (HPV -1, -2, -3, -4, -7 y -10). La enfermedad de Bowen, una forma de carcinoma epitelial in situ, tiene variante genital y extragenital (afectando los dedos, palmas y plantas) y se ha relacionado con infección por diferentes HPV (tipos 16, 18, 31, 32, 34, y otros). La epidermodisplasia verruciformis es una rara enfermedad autosómica recesiva, en la que el HPV induce la aparición de numerosas lesiones verrucosas en la infancia con transformación maligna en la vida adulta.

B. Otros tipos virales poseen predilección por infectar las mucosas del pene, vagina, vulva, cérvix y piel escrotal, perineal y perianal, relacionándose su transmisión con la actividad sexual. Sus manifestaciones incluyen el desarrollo de verrugas genitales (condiloma accuminatum), enfermedad de Bowen genital, y neoplasias intraepiteliales o carcinomas invasivos de vulva, cérvix, ano y pene. Los condilomas acuminados son lesiones benignas anogenitales causadas por el HPV-6 y -11. La papulosis Bowenoides y la enfermedad de Bowen se consideran lesiones neoplásicas intraepiteliales relacionadas con el HPV-16. En neoplasias intraepiteliales o invasivas de vulva, cérvix, ano y pene se ha documentado extensamente la presencia de HPV-16 y -18, pero evidencia clara de inducción carcinogénica solo ha demostrado respecto del carcinoma de cérvix.

La persistencia viral ha sido establecida como la principal causa de cáncer de cuello de útero. Estudios sobre la historia natural del virus VPH demuestran que su riesgo de adquisición depende de los comportamientos sexuales. Sin embargo, el riesgo de persistencia está íntimamente relacionado con la transformación neoplásica y regulado por la respuesta inmune.

El ciclo celular del HPV comienza como una infección de las células basales. El virus HPV depende para su replicación de la célula. Tempranamente, las proteínas del virus E6 y E7 se expresan en células basales y parabasales. Ambas son oncoproteínas por caminos diferentes. De forma simple, E6 interrumpe la actividad anti-oncoproteína de P 53 y E7 interrumpe el complejo del retinoblastoma que también tiene actividad anti-oncoproteína. La respuesta inmune a estas proteínas es lo más importante a la hora de eliminar el virus. Las mujeres en las que el sistema inmune falla en reconocer o controlar el virus HPV, padecen infección persistente. El incremento inicial de expresión de E6 y E7 da lugar a la proliferación de aberraciones cromosómicas e incluso integración viral. Si estos cambios no se paran o regresan, se desarrolla carcinoma in situ o invasivo de cuello uterino. El tiempo para desarrollar carcinoma in situ es muy variable, con un tiempo medio de 5 a 7 años después de la primera infección.



Carcinoma escamoso de cérvix invasivo avanzado.

que la vacuna bivalente induce además protección cruzada contra los tipos no incluidos en la vacuna, como el VPH 45 y VPH 31. De confirmarse estos hallazgos, el potencial preventivo de la vacuna bivalente para el cáncer de cuello uterino pasaría del 70% al 78-80%.

En esta situación, conocer la prevalencia de los tipos en nuestra comunidad es importante, tanto por la cobertura

que proporciona la vacuna como por la posible variación en los tipos que puedan producirse a partir de ésta. Durante los últimos 10 años, se ha producido en España un importante flujo de inmigración procedente de países iberoamericanos, subsaharianos y del este, en los que la prevalencia de infección por HPV en la población es más alta. Se ha demostrado la existencia de variaciones geográficas en la distribución de los tipos virales del HPV, con un predominio de HPV-16 en las mujeres europeas respecto de las de África Subsahariana. Debe tenerse presente que un amplio porcentaje de las mujeres vinculadas actualmente a la prostitución en nuestro país deriva de la precariedad económica asociada a algunos grupos de inmigración.

Eficacia de la vacuna

Desde 1991 se ha ensayado la eficacia de una vacuna frente al tipo VPH-16, responsable de la mayor parte de los carcinomas de cérvix. Además de los resultados recientemente publicados sobre la eficacia de la vacunación frente a VPH, los ensayos clínicos de fase II y III con 3 prototipos de vacuna de VLPs (L1 monovalente de VPH16, la bivalente de VPH16 y 18, y la tetravalente 6/11/16/18) incluyen ya un seguimiento de 4-5 años y varias decenas de miles de mujeres vacunadas. Estas vacunas son, en general, seguras, inmunogénicas y altamente eficaces en la prevención no solo de la infección persistente por los tipos virales incluidos en la vacuna sino también para la prevención de la neoplasia intraepitelial cervical, considerada la precursora inmediata y necesaria del carcinoma invasor de cuello uterino. Datos de eficacia sugieren

“
La infección persistente por ciertos genotipos del VPH está asociada causalmente con el desarrollo del cáncer de cuello de útero
”

Estudio multicéntrico en Navarra

Por todas estas razones, un grupo investigador multidisciplinar del Servicio Navarro de Salud (Patólogos, Ginecólogos, Biólogos e Internistas), liderado desde el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen del Camino y en colaboración con el Instituto Catalán de Oncología, ha estudiado y analizado los tipos más prevalentes de HPV en la po-

blación Navarra. Para ello, se ha realizado un tipaje viral de forma prospectiva en citologías cervicovaginales de mujeres sometidas a cribado de carcinoma de cérvix, y de forma retrospectiva y prospectiva en muestras de carcinomas escamosos in situ e invasivos de cuello uterino, desde el año 1974 hasta la actualidad. El estudio también incluye el estudio de otros carcinomas escamosos del aparato genital masculino y femenino, y de cabeza y cuello (boca, laringe, faringe).

El grupo investigador está constituido por los doctores Rosa Guarch Troyas (Hospital Virgen del Camino), Juan Casas Fernández de Tejerina (Hospital de Navarra), David Guerrero Setas (Centro de Investigación Biomédica), Amaya Ojer (Centro de investigación Biomédica), Yolanda Laplaza (Hospital Virgen del Camino), Elena Almuñevar (Hospital Virgen del Camino), Ana Puras Gil (Hospital Virgen del Camino), Pablo Sanchez Valverde (CAM), Federico García Bragado (Hospital Virgen del Camino), Belén Lloveras (Instituto Catalán de Oncología), M^a Cruz Landa (CAM) y Hortensia Yague (Hospital de Tudela).

Objetivos de la investigación

El objetivo principal del estudio es aportar datos epidemiológicos de los tipos más prevalentes de virus HPV en el momento actual y demostrar qué genotipos de VPH están implicados en la carcinogénesis en nuestro entorno, lo que conlleva una importante implicación en un hipotético programa de vacunación preventiva. Se espera determinar qué otros tipos posibles no estarían incluidos en el programa, pero sí en nuestra zona geográfica.

“

El serotipo más frecuente en Navarra es el VPH16 con una prevalencia del 60-70% en los 10 últimos años

”

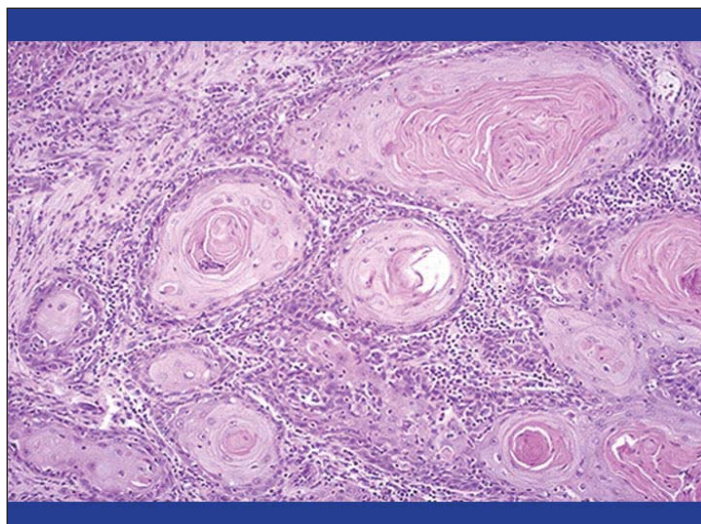


Imagen histológica de carcinoma escamoso invasor queratinizante bien diferenciado.

Este estudio servirá también para valorar la utilidad de las nuevas tecnologías de diagnóstico molecular del VPH en los programas de cribado de cáncer de cérvix uterino.

El proyecto se plantea fundamentalmente como un estudio multicéntrico en el que se pretende detectar, mediante PCR (Polimerasa Chain Reaction), la presencia del virus del papiloma humano en una amplia población de estudio de citologías vaginales con alteración citopatológica en citología de papanicolauou sugestiva de infección por VPH, y en biopsias de cáncer escamoso de cuello uterino mediante el empleo de Prymers y posteriormente detección por quimioluminiscencia de las hibridaciones de sondas de ADN, de secuencia conocida y específicas de cada tipo, con los productos de PCR sobre una membrana de nylon. Permite la identificación de 37 genotipos.

Otro de los métodos de detección de HPV utilizados sobre el material citológico es la Captura de Híbridos (CH). Este método es el único aceptado por la FDA y hace 10 años fue puesto en marcha en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen del Camino. Es una técnica de hibridación DNA-RNA con amplificación de la señal y uso de quimioluminiscencia, cuyo resultado se mide en unidades de luz (URL). Detecta grupos de genotipos de alto y bajo riesgo, sin especificar tipaje ni infecciones múltiples. En un estudio realizado mediante PCR sobre una muestra obtenida de este material, el genotipo de alto riesgo más frecuente de VPH fue el 16, seguido del 58 y 59. Y de bajo riesgo el VPH 42, seguido del 11.

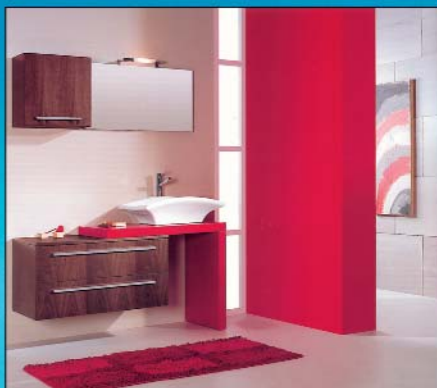
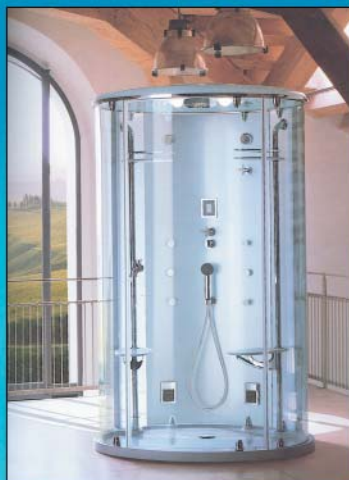
Resultados preliminales: aumenta el número de genotipos de alto y bajo riesgo

Se han revisado y seleccionado 413 tumores malignos de cérvix, correspondientes a 281 carcinomas escamosos in situ y 132 carcinomas invasivos, desde el año 1974 hasta el año 2006. Observamos que, desde 1995 hasta la actualidad, se incrementa el número de genotipos de alto y bajo riesgo. La aparición de nuevos genotipos puede ser atribuible al cambio de población junto a un incremento de cáncer cérvix "in situ" e invasivo en nuestra comunidad. Los casos de carcinoma escamoso invasivo, recogidos y estudiados del archivo histórico del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Virgen del Camino, corresponden a 3,5 carcinomas escamosos invasivos de cuello uterino por año durante el período 1989-1994. Entre los años 1995 y 2000 fueron 5, y en el periodo 2001-2006 se incrementó hasta 11'5 casos

por año. Los datos de prevalencia de cáncer de cérvix invasivo en años precedentes en Navarra, fueron de 3,6 durante el periodo 1993-1997 y de 4,3 durante los años 1998-2002.

Los carcinomas in situ e invasivos de cuello uterino asociados a serotipos 16,18 y 16-18 de la muestra obtenida para este estudio fueron del 81% (años 1995-1999), del 66% (años 2000-2004) y del 62% (años 2005-2006). Y por tanto, el potencial preventivo de la vacuna bivalente sería del 81%, del 66% y del 62% en estos mismos períodos obtenidos de forma arbitraria. Si se agrupan, durante los años 2000-2006 la protección de esa vacuna es del 65,8%.

Si se asocia la probable protección cruzada de los serotipos 31 y 35 de alto riesgo, estos valores se incrementan en un 82%, 68% y 67,9% respectivamente –un 69% si se agrupa el periodo 2000-2006–. El serotipo más frecuente, en los distintos periodos estudiados, es el VPH16 con una prevalencia del 60-70% en los 10 últimos años.



- MATERIAL SANITARIO
- GRIFERÍA, ACCESORIOS DE BAÑO
- MUEBLES DE BAÑO A MEDIDA
- MAMPARAS, CORTINAS
- SAUNAS, CABINAS DE DUCHA
- HIDROSAUNA
- COMPLEMENTOS DE DECORACIÓN BAÑO
- REVESTIMIENTOS Y PAVIMENTOS CERÁMICOS

Reformamos y decoramos su baño y cocina

*Disponemos de todos los gremios
Entre y consulte sin compromiso*



Salinas
SELECCION Y DISEÑO S.L.

EXPOSICION Y OFICINAS:

AVDA. ZARAGOZA, 55
Tel. 948 236 583 - Telefax 948 236 540
31005 PAMPLONA

EXPOSICION:

NAVARRO VILLOSLADA, 10 (Plaza de la Cruz)
Tel. 948 235 645
31003 PAMPLONA

EXPOSICION:

PLAZA OBISPO IRURITA, S/N. (San Juan)
Tel. 948 266 707
31011 PAMPLONA

MODA BAÑO Y DECORACION:

ORTIZ DE ZARATE, 7 - Tel. 945 232 856
01005 VITORIA-GASTEIZ

DESCUENTO COLEGIADOS

Ensayos clínicos

Cuando apuntas a la perfección descubres que es un blanco móvil

(George Fisher)

El objetivo de los estudios experimentales es evaluar los efectos de cualquier intervención, ya sea preventiva, curativa o rehabilitadora. Para ello, el diseño clásico es como el del esquema de la Figura 1.

Se selecciona un grupo de individuos con unos criterios más o menos restrictivos, se les solicita el consentimiento informado y se dividen aleatoriamente en dos grupos: un grupo de estudio (el que se somete a la vacuna, la intervención quirúrgica o el medicamento que se quiere experimentar) y un grupo control (al que se le da un placebo, otro tratamiento o simplemente nada). Se sigue a los pacientes durante un tiempo, el que se considere pertinente según la patología y los eventos que se quieran observar, y se valoran los resultados, obteniendo así unas conclusiones.

En este artículo se describen los aspectos más importantes en el diseño y análisis de los ensayos clínicos: la distribución aleatoria, el enmascaramiento y el análisis por intención de tratar.

Aleatorización

Se lleva a cabo un ensayo para estudiar la eficacia de un fármaco antihipertensivo.



**BEGOÑA
BERMEJO
FRAILE**

Experta en
Metodología
de
Investigación
Biomédica

En el control de la tensión arterial pueden influir, no sólo este tratamiento, sino la edad y sexo del paciente, la dieta que sigue, la presencia de enfermedades concomitantes, etc. La única forma de ver cuál es el efecto atribuible al fármaco es que los dos grupos sean similares en todos estos factores, y que la única diferencia sea que unos toman el medicamento y los otros no, de modo que si disminuye la tensión arterial en un grupo, esta disminución sólo puede achacarse a lo único que los diferencia, la toma del fármaco.

Una de las formas de conseguir que los dos grupos sean similares es mediante el azar. Para ello se asigna un número a cada uno de los pacientes que participan en el ensayo (generalmente por orden de entrada en el estudio) y mediante el ordenador se pueden crear tablas de números aleatorios, de modo que los números 1, 5, 8, 9 y 10, por ejemplo, pertenecen a un grupo y los números 2, 3, 4, 6 y 7 pertenecen al otro.

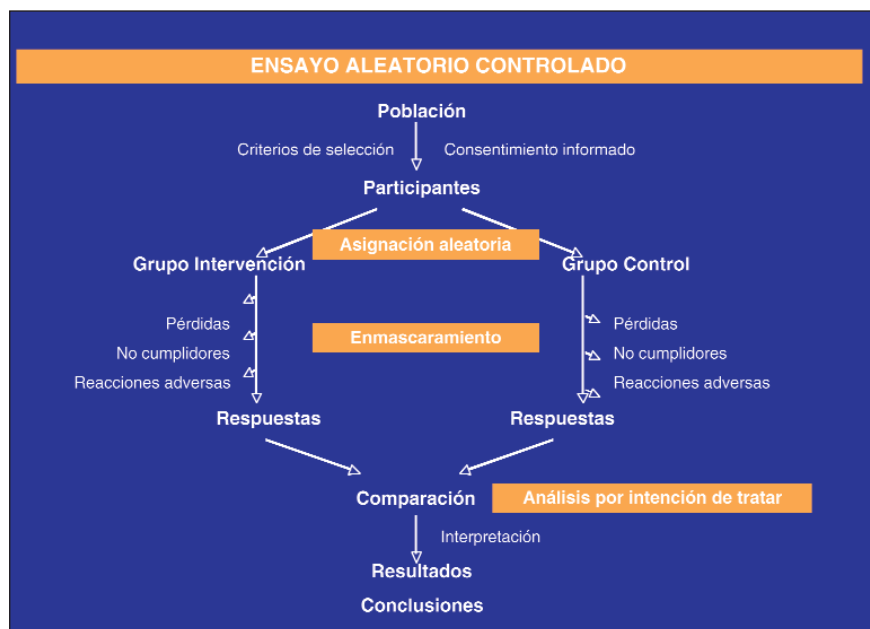
Esta distribución aleatoria facilita, aunque no garantiza, que todas las variables que pueden influir en los resultados del estudio (en este caso disminución de la tensión arterial) se distribuyan de igual manera en los dos grupos. Esto es así especialmente si se estudian muchos pacientes.

Enmascaramiento

Desgraciadamente casi nunca la realidad parece tener en cuenta nuestros deseos y esa melancólica tendencia es la causa de innumerables desconsuelos (Ernesto Sábato).

Cualquier intervención (medicación, psicoterapia, información) puede producir, por simple sugestión, una mejoría (o empeoramiento), que es independiente del efecto específico del tratamiento. Es lo que se denomina efecto placebo, y para poder contrarrestarlo se debe enmascarar el tratamiento, es decir, que los pacientes no sepan qué es lo que están tomando, si el fár-

Figura 1.



maco que se evalúa, otro fármaco o un placebo.

Pero también el investigador puede transmitir su entusiasmo o escepticismo a sus pacientes, ya que el paciente se ve a sí mismo con los ojos de su médico (Ivan Illich). "Veo que se encuentra mejor esta mañana, este tratamiento va muy bien". ¿Quién no mejora así? Para evitar este sesgo, el investigador tampoco debe conocer a qué grupo pertenece el paciente, qué tratamiento está tomando.

Incluso es conveniente que quien realiza el análisis estadístico tampoco conozca el grupo de tratamiento, simplemente compara el grupo A con el B, porque si lo sabe "se pueden estrangular los datos hasta que confiesen".

Si sólo es el paciente quien desconoce el grupo en el que está es un ensayo simple ciego; si además lo desconoce el investigador, doble ciego; triple ciego cuando además desconocen el grupo el estadístico, el patólogo, el microbiólogo, etc.

Análisis por intención de tratar

El azar no existe; Dios no juega a los dados (Albert Einstein).

Se lleva a cabo un estudio para ver el efecto del clofibrato sobre la mortalidad coronaria a los 5 años. Los resultados son los de la Figura 2. En el grupo del clofibrato la mortalidad es del 20,0% y en el grupo control es del 20,9%, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.55$).

Pero en el grupo de clofibrato, no todos los pacientes se han tomado el fármaco, por lo que uno tiene la tentación de comparar la mortalidad de los que lo han tomado con los que no lo han tomado, y se observa que la mortalidad en el grupo de los cumplidores es significativamente inferior que la de los no cumplidores (15% vs 24,6%). Pero cuál es nuestra sorpresa cuando en el grupo control, la mortalidad de los que se han tomado el placebo tam-

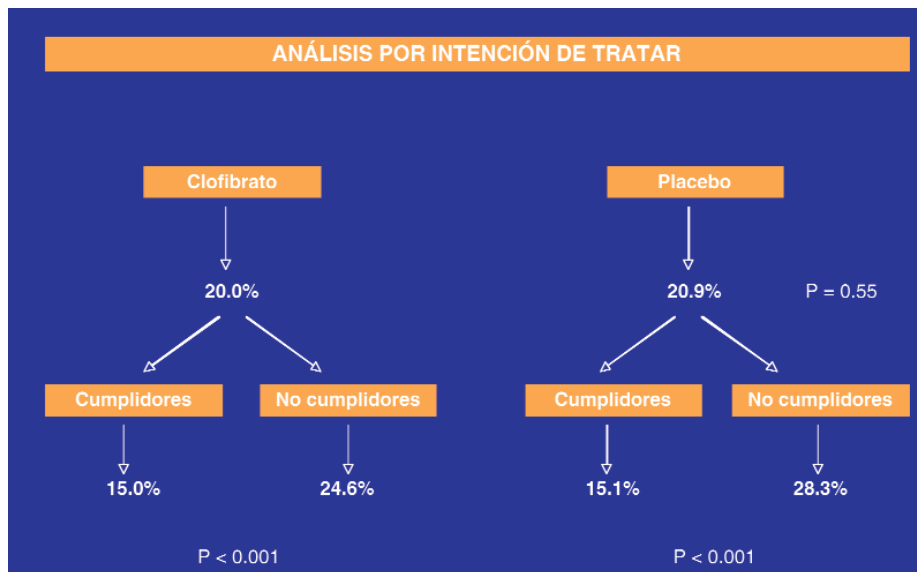


Figura 2.

bién es significativamente inferior a la de los que no lo han tomado. Parece que lo que disminuye la mortalidad es "tomar algo", aunque sea un placebo. Y la pregunta que surge es ¿Qué característica tienen los cumplidores, los que se toman el tratamiento (sin saber si están tomando el fármaco o el placebo) que hace que en ellos la mortalidad sea inferior? Podemos no llegar a saberlo nunca, pero con la distribución aleatoria que se hizo en un principio, los cumplidores y todas las connotaciones asociadas a ellos se distribuyeron por igual en un grupo y otro. La distribución al azar facilita que los dos grupos sean similares no sólo en las variables que conocemos que influyen en la mortalidad coronaria, sino en aquéllas que no conocemos que influyen. Por ello, por respeto a la aleatorización hecha en un principio, se lleva a cabo un "análisis por intención de tratar", que consiste en analizar los pacientes según el grupo al que fueron asignados (según la intención inicial), independientemente de si tomaron el tratamiento o no. Lógicamente, los "traspasados" reducen la potencia del estudio, las probabilidades de detectar diferencias son menores, pero esta forma de analizar los datos aumenta la validez de los resultados.

Correspondencia:

amim

Begoña Bermejo Fraile.

Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina www.amim.es.

E-mail: bbermejo@amim.es

La reforma Psiquiátrica en Navarra: 1986-2006



DR. JOSÉ R. VARO
Médico Psiquiatra

La llamada “reforma psiquiátrica” constituyó un poderoso impulso que se desarrolló en todas las Comunidades Autónomas a partir de 1986.

En 1985, el Ministerio de Sanidad y Consumo editó el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que fue una base y una referencia tanto ideológicas como técnicas orientativas de la línea de actuaciones a realizar.

Antes de estas fechas, los pocos servicios de asistencia psiquiátrica pertenecían a muy diferentes entidades y organismos, habiendo sido los recursos puestos en marcha en función de objetivos concretos de cada uno de ellos, sin planificación y coordinación general. Esta era la situación de los recursos privados, que atendían a sectores muy limitados de la población.

Los servicios públicos eran muy escasos, siendo presididos por el antiguo Hospital Psiquiátrico, con funcionamiento manicomial.

Esta era también la situación en Navarra en 1985.

El Informe del Ministerio de Sanidad de 1985 exponía, entre otras cosas, que debía superarse la situación previa, el desarrollo de una psiquiatría de implantación y estructura comunitaria, hablaba de la normalización sanitaria y social de la enfermedad mental, destacaba el papel de los recursos de rehabilitación en el trastorno mental grave, e indicaba tres programas de atención especial (psicogeriatría, drogodependencias, asistencia infanto-juvenil).

Todo esto suponía un cambio revolucionario, por el inevitable desmantelamiento de los antiguos hospitales psiquiátricos y la creación de otros recursos: Centros de Salud Mental, Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en hospitales generales, recursos de rehabilitación, etc.

Como hemos dicho antes, con mayor o menor rapidez, las Comunidades Autóno-

mas fueron realizando sus propias reformas, si bien con esta orientación general.

Navarra no fue de las primeras, pero su reforma se inició y desarrolló, al menos en los primeros tiempos, con energía y celeridad.

En efecto, en 1986 fue aprobado el Plan de Salud Mental de Navarra, que supuso el gran cambio en la asistencia psiquiátrica en nuestra Comunidad.

Este Plan exponía algunos principios básicos:

–Integración de la atención a la Salud Mental en el sistema general de salud.

–Creación de una red asistencial completa, que garantizase la continuidad de cuidados y la inclusión de los niveles asistenciales precisos.

–Centrar el desarrollo del Plan en la Comunidad, acercando los recursos al entorno habitual de los pacientes y asegurando la accesibilidad, flexibilidad y aceptación por la comunidad.

–Prestar atención a la formación del personal y a su puesta al día permanente.

Todo ello llevaba consigo la transformación del antiguo Hospital Psiquiátrico y su conversión en nuevos recursos asistenciales.

Este encuadre tan optimista y ambicioso ha dado lugar posteriormente a logros importantes, pero también se han producido problemas y carencias.

Fueron creados inicialmente 8 Centros de Salud Mental, con implantación territorial sectorizada, 2 Unidades Hospitalización Psiquiátrica en hospital general, Servicios de Día y 2 puntos de atención de urgencias psiquiátricas en los referidos hospitales generales.

“

Navarra no fue de las primeras, pero su reforma se inició y desarrolló, al menos en los primeros tiempos, con energía y celeridad

”

Evolución de los recursos y servicios

Hospital Psiquiátrico

El llamado proceso de desinstitucionalización de los enfermos mentales se fundamentó en algunas premisas: evitar el factor de cronificación, facilitado a menudo por los antiguos manicomios; movilizar la reinserción en la comunidad mediante recursos residenciales en la comunidad y apoyo terapéutico por el Centro de Salud Mental. Todo ello, procurando que los pacientes no perdieran calidad de vida ni de asistencia.

De hecho, desde 1986 hasta 1990 la población ingresada en el Hospital Psiquiátrico disminuyó de 725 a 494. Bien es verdad que, previamente, desde 1984 ya habían descendido de 927 a la citada cifra de 725.

Centros de Salud Mental

Como se ha dicho, se crearon 8 Centros de Salud Mental, aunque ahora son 9, por desdoblamiento del Centro de Ermitagaña. Desde el comienzo se intentó crear un modo de trabajo homogéneo en lo posible. En 2005 (últimos datos publicados) los Centros de Salud Mental atendieron a 5.307 pacientes nuevos, con un total de pacientes en contacto de 18.071 y un número de consultas individuales de 87.234. En terapia de grupo fueron atendidos 5.633 pacientes.

Es evidente el elevado nivel de actividad de estos centros, cuyo problema es precisamente que la alta utilización de los mismos por la población conlleva un exceso de consultas por patologías leves o incluso por lo que no es patología psiquiátrica, sino problemas, disfunciones y sufrimientos de la vida cotidiana. Todo esto dificulta una actividad propiamente psicoterapéutica.

Servicios de Día

Los Hospitales de Día (2 en Pamplona, 1 en Tudela) han sido y siguen siendo Centros de intensa actividad, reservados a pacientes en situaciones críticas, a las que no es posible dar solución en los Centros de

Salud Mental, que son los que los envían cuando lo estiman necesario.

Un paso importante fue la creación de un Hospital de Día Infanto-Juvenil ("Natividad Zubieta"), con un programa de consulta externa y otro terapéutico-educativo.

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

Desde el primer momento se crearon dos: una dependiente del Hospital Virgen del Camino y otra del Hospital de Navarra. Hay que señalar que una de ellas fue puesta en marcha mediante traslado del antiguo Hospital Psiquiátrico. Disponen de 54 camas entre las dos.

El reducido espacio físico de estas unidades ha dificultado su funcionamiento, pero su nivel de actividad es muy alto en la resolución de circunstancias clínicas graves. El ingreso se produce generalmente a través de los Centros de Salud Mental o por Urgencias.

Muy recientemente se ha dado un paso elogiable: la apertura de una sub-unidad de hospitalización infanto-juvenil, con 4 camas.

Recursos de rehabilitación, residenciales y ocupacionales

Hubo unos años en los que este apartado fue deficitario y de implantación muy lenta e insuficiente.

El Hospital Psiquiátrico se ha convertido en "Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier", manteniendo un Centro de Día y una Clínica de Rehabilitación. Por otra parte, va aumentando el número de pisos tutelados para pacientes. Dos conciertos con las Hermanas Hospitalarias han permitido abrir una Residencia Asistida y una Unidad de Media Estancia, ambas en Elizondo. Se han abierto los cinco primeros Centros de Rehabilitación Psico-social.

Se ha activado, pues, el Programa de Atención a las personas con trastorno mental grave.

Muy recientemente se ha inaugurado, en un pabellón del antiguo Hospital Psiquiátrico, una Unidad con 12 plazas dedicada a la asistencia a pacientes graves y con previsible larga estancia.

Otra novedad en el sector privado concertado, es la apertura de 72 nuevas camas por la Clínica Padre Menni, que pasa ahora a disponer de 212.

También es de señalar la labor de asociaciones como ANASAPS, que con apoyo institucional realiza variados programas ocupacionales, familiares y otros.

Últimos comentarios

En este reducido espacio no nos es posible detallar otros aspectos de la asistencia psiquiátrica sumamente importantes.

Así por ejemplo, la atención las Drogodependencias, que en Navarra fue desde el primer momento integrada en la red de Salud Mental (Centros de Salud Mental, hospitalizaciones, etc.) si bien con el desarrollo de centros específicos integrados y concertados, como el Centro de Día "Zuría" o las Comunidades Terapéuticas acreditadas.

También es de señalar la atención prestada a la formación pregrado, postgrado y continuada, a través de la Comisión de Docencia y de la Comisión Asesora de la Unidad Docente, más los cursos de formación del Servicio de Docencia del Departamento de Salud.

Y a pesar de este evidente desarrollo, todos somos conscientes de las carencias que aún existen, de las necesidades de nuestros pacientes aún no cubiertas, de las dificultades en que los recursos se adapten mejor y con menor lentitud a dichas necesidades, de la fijación clara y definida de objetivos y criterios de funcionamiento y coordinación, etc.

Por otra parte, las características propias de la sociedad de consumo y la cultura del bienestar se ha volcado sobre los servicios psiquiátricos, con el riesgo de asfixiarlos por plantear demandas exageradas o irreales.

Por último, los profesionales son nuestro principal "instrumento" en el tratamiento de nuestros pacientes. Hay que cuidar su motivación, interés y dedicación.

Estas son dinámicas y expectativas a las que, en los próximos años, será necesario responder.

HOMENAJE AL DR. JOSÉ RAMÓN VARO

El pasado 12 de enero se celebró en el Colegio de Médicos un homenaje al Dr. José Ramón Varo Prieto con motivo de su jubilación. El acto, organizado por sus compañeros de trabajo del Centro de Salud Mental de Ermitagaña, congregó a un nutrido grupo de médicos, psicólogos, asistentes sociales y enfermeras y contó con la presencia del actual Subdirector de Salud Mental, José Domingo Cabrera Ortega.

La trayectoria clínica y académica del psiquiatra homenajeado es sobradamente conocida, y su carácter afable y dialogante le granjeó el aprecio de los profesionales que trabajan con él.

José Ramón Varo nació en la localidad cordobesa de Montilla y terminó la carrera de Medicina en la Universidad de Navarra. Casado con la catedrática de Farmacia Dra. Edurne Zenarruzabeitia, formó su hogar en Pamplona, ciudad donde han nacido sus hijos y donde ha desempeñado siempre la psiquiatría.

Fue el principal impulsor del Servicio de Alcoholemia y Toxicomanías del Gobierno de Navarra. A lo largo de treinta y cinco años de ejercicio de la medicina ha desempeñado puestos relevantes en la red pública de salud mental de nuestra Comunidad: Subdirector de Salud Mental; Coordinador del Plan de Alcoholismo y Toxicomanías de Navarra; responsable de los Centros y Unidades Extrahospitalarios de Salud Mental; y, desde 1989, director del Centro de Salud Mental de Ermitagaña. Este último cargo lo compaginó con la presidencia de la Comisión de Docencia de Salud Mental y la vicepresidencia de la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología.

Desde el punto de vista científico, destaca su aportación a la metodología epidemiológica con la introducción en España del modelo de Smart para la recogida de datos sobre el consumo de drogas en tres niveles.

El Dr. Varo ha dirigido diversas tesis doctorales, habiendo sido también profesor del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Profesor titular de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de la Rioja y Profesor de Psiquiatría Social, Psicología Social y Psicopatología de la Escuela de Asistentes Sociales de Pamplona.



Profesionales de Navarra imparten cursos en Bolivia y Africa oriental

SAYDES: Formación en países en desarrollo

TRINI DÍAZ

La Atención Primaria es su área de acción y la formación de sanitarios de países en desarrollo su principal objetivo. La Asociación Salud y Desarrollo (SAyDES) se ha gestado con la ilusión y el esfuerzo de cinco profesionales –cuatro médicos y una enfermera– con una dilatada experiencia en Atención Primaria y un recorrido previo en el mundo de la cooperación. Kiko Betelu, Santos Induráin, Elena Yanguas, Manuel Carpintero y José Antonio García Del Río han constituido una ONG que pretende ser “el vehículo para que profesionales del sistema sanitario de Navarra participen en proyectos de cooperación al desarrollo orientados a la formación”, según explica Kiko Betelu, presidente de SAYDES.

Navarra es una comunidad que siempre se ha definido como “solidaria” pero esta predisposición a la cooperación se ve dificultada porque muchos profesionales con una larga trayectoria profesional y responsabilidades familiares no pueden participar en proyectos que exigen una dedicación plena y prolongada en el tiempo. “Prendemos hacer accesible la cooperación. Hay muchos profesionales que no pueden ir un año pero sí un mes, siempre y cuando el Servicio Navarro de Salud lo facilite mínimamente. La suma de profesionales con pequeñas dedicaciones permite la composición de buenos cursos de alta especialización, a los que no tienen acceso en esos países”.

A veces, son las propias direcciones de los centros sanitarios las que ponen dificultades para que el profesional viaje. “La di-



Curso de urgencias extrahospitalarias en la Paz (Bolivia).

rección de Atención Primaria, con las dificultades que en ocasiones supone encontrar sustitutos, sin embargo nos apoya. A diferencia, por ejemplo, de la dirección del Hospital de Navarra que forzó a una de nuestras profesoras a hacer todo el curso a costa de sus vacaciones. No puedo entender por qué no facilitan la posibilidad de coger un permiso semanal –porque la otra semana se computa dentro de tus vacaciones– para contribuir a la formación de otros compañeros en estos países. Allí vamos como profesionales del Servicio Navarro de Salud. Es, además, un antídoto contra el burn-out para los médicos navarros que participan en los proyectos”.

Se definen como una ONG pequeña, que suple la carencia de una estructura administrativa profesionalizada con trabajo voluntario e ilusión. Y en su filosofía no cabe “generar gastos administrativos” porque cada uno aporta sus propios medios y regala su tiempo. “No hemos querido crear una estructura, no era necesario. No es ningún planteamiento heroico sino lógico porque no somos una ONG profesional”. Todo el dinero que perciben, a través de subvenciones, se invierte directamente en la puesta en marcha del proyecto. Los formadores viajan al país con los gastos de viaje y estancia pagados, y se les asigna una cantidad para compensar los días de vaca-

“
Viajar a estos países es un antídoto
contra el burn-out

”

ciones que ceden y la preparación de los temas.

– **¿Las carencias materiales pueden suplirse con una buena capacitación?**

– Afortunadamente en Atención Primaria el 90% de los indicadores de salud se pueden mejorar sin un duro y, por tanto, no dependen de la tecnología. En Africa, por ejemplo, la mortalidad materno-infantil relacionada con el parto y las enfermedades infecciosas (tuberculosis, sida y malaria) se cobran la mayor parte de las vidas. Con un seguimiento y control del parto, y entrenando a las parteras para que puedan detectar a tiempo un parto distócico, se reduciría considerablemente la mortalidad. En el caso de enfermedades como la tuberculosis, es fundamental la detección precoz, el aislamiento del paciente y la continuidad en el tratamiento.

– **Un mensaje para los profesionales interesados**

– Todavía no hemos hecho una difusión amplia de la iniciativa. Hemos optado, desde el principio, por contactos personales y

para necesidades concretas. No quiero dar falsas expectativas porque estamos caminando poco a poco y no necesitamos, por el momento, una lista amplia de médicos interesados. Pero, sin duda, sería bienvenido todo el que tenga interés en participar en un equipo de formación. Estamos diseñando una página web que será nuestra herramienta de comunicación.

La experiencia boliviana

SAYDES ha impartido ya dos cursos de urgencias extrahospitalarias en La Paz (Bolivia), con una duración de 64 horas cada uno, a los que han asistido 46 médicos de los centros de salud públicos. El equipo formador lo componen los doctores Tejedor, Palacios, Bardón y Moreno. El proyecto se ha financiado con fondos del Gobierno de Navarra y el Ayuntamiento del Valle de Aranguren. "En otoño, si obtenemos la subvención, se realizará una segunda edición de los cursos de formación en urgencias extrahospitalarias para médicos y en-

ESPECIALISTAS EN MUEBLES MACIZOS



Muebles para todo su hogar:

Txokos, Salones...

• Creaciones exclusivas

• Muebles y armarios a medida

• Materias nobles:

Cerezo, Roble, Pino...

• Terminaciones a su gusto.

• Calidad y belleza



Precios razonables • Buena atención y servicio

**Muebles
Montori**



10% de descuento
presentando el carné del Colegio

¡ Muebles para una vida !

Ctra. Guipuzcoa-Pol. Plazaola, Manz. C-Nº 8 • AIZOAIN • Tif: 948.30.35.55 • montori5hotmail.com

fermeras de poblaciones rurales del altiplano boliviano”.

En colaboración con la Universidad Pública de Navarra, SAyDES prepara un diplomado en Salud Familiar y Comunitaria para médicos y enfermeras de un año de duración que se impartirá a partir del año 2008 en La Paz y Sucre, “es casi el equivalente a la especialidad”, puntualiza Betelu.

–¿Cómo es la Atención Primaria en Bolivia?

–Bolivia cuenta con una amplia red de centros de salud y médicos –incluso en el lugar más perdido del Altiplano- pero viven aislados y con escasos medios, sin acceso a formación continuada, sin libros o manuales. El médico dispone de una farmacia muy restringida y tecnologías mínimas, salvo lo relacionado con el parto (camilla ginecológica, forceps, ecógrafos en algunos centros). Bolivia prioriza la atención a la mujer embarazada y al niño –hasta los 5 años–, que es gratuita. El resto de la asistencia sanitaria debe pagarse y, por tanto, el 70% de la población sin recursos no puede acudir a los centros sanitarios. Los médicos acaban viendo muy poca patología fuera de lo que son partos y atención pediátrica. Son capaces de hacer una cesárea pero manejan mal una neumonía. SAyDES ha propuesto a las autoridades bolivianas que ciertas patologías no se cobren.

–¿La precariedad agudiza el ingenio?

–Sin duda. Son médicos que se enfrentan a una patología mucho más severa, en unas condiciones técnicas y materiales muy inferiores, con una formación deficiente y poco protocolizada y que se ven obligados a intervenir y actuar ante situaciones que aquí ni te las planteas –porque directamente derivas al Hospital–. Un médico general puede incluso ejercer de cirujano y anestesista porque no da tiempo a llegar a la ciu-



dad para intervenir una apendicitis. En los cursos, tratas de aprovechar su predisposición y sus circunstancias –se enfrentan a una alta mortalidad–.

– ¿Qué se aprende?

– Estableces fuertes vínculos personales y vuelves con la sensación de que has hecho algo que tendrá repercusión en la mortalidad, que lo que enseñas salvará vidas futuras. Aquí esta sensación es impensable. Lo que más compensa es el agradecimiento de los médicos que formamos.

Medicina tradicional versus occidental

Uno de los escollos que los médicos formadores encuentran es la influencia de la tradición y la cultura en la práctica médica. “Hay que ser respetuoso, pero hasta cierto punto. Se trata de negociar, pero no podemos aceptar que un niño se vea privado de la vacuna de la polio porque crean que la parálisis infantil se debe al ciclo lunar”. La medicina tradicional tiene un gran peso. “En algunos centros de salud de Bolivia, al lado de la consulta del médico se habilita otra para el sanador. Me parece una decisión astuta porque es la forma de llegar a acuerdos, de consensuar. No hay que actuar con prepotencia pero tampoco caer en una empatía que lleve a obviar la verdad objetiva”.

Otro prejuicio que todavía hay que romper en cooperación es, según Kiko Betelu, el paternalismo. “Son países pobres y muy dependientes de la cooperación, situación que les lleva, en ocasiones, a no

“

En Atención Primaria el 90% de los indicadores de salud no dependen de la tecnología

”



asumir responsabilidades propias. Cuando voy me paso el día riñendo porque hay muchas cosas que dependen del dinero pero otras que tan solo requieren más organización y mayor interés (archivo de historias clínicas, protocolos, etc...). La solidaridad no debe llevarnos a justificar todas sus carencias”.

Formación de médicos africanos

En septiembre, SAyDES impartirá un curso de Salud Familiar y Comunitaria dirigido a médicos, enfermeras y gestores de Atención Primaria de Kenia, Tanzania, Rwanda, Uganda, Etiopía, Somalia y Burundi. “Al principio se pensó en hacerlo en Rwanda pero el país no daba garantías suficientes para su desarrollo y hemos decidido organizarlo en Pamplona”.

El proyecto se realiza en colaboración con la Universidad Pública de Navarra y lo financia el Departamento de Bienestar Social del Gobierno de Navarra. “No queremos que sea un curso estrictamente de formación –aclara Kiko Betelu– porque nuestro propósito es que incida en la planificación y gestión de la asistencia sanitaria de los países de origen. Por tanto, está dirigido a gestores medios y con responsabilidad en proyectos concretos. Pretendemos que salgan de Pamplona con propuestas de mejora en sus respectivos proyectos”.

“

La solidaridad no debe llevarnos a justificar todas sus carencias

”

Fines de la Asociación

- Promover la formación de profesionales de los sistemas sanitarios públicos de países en desarrollo, en los campos de la planificación, gestión y práctica clínica en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.
- Facilitar la participación de profesionales sanitarios de Navarra en actividades de cooperación al desarrollo, y contribuir al intercambio de experiencias y de profesionales sanitarios entre la Comunidad Foral de Navarra y países en desarrollo, de forma que contribuyan a la mejora de las condiciones sanitarias de estos últimos.
- Elaborar y desarrollar proyectos de cooperación en países en desarrollo, que incidan de forma prioritaria en la formación de profesionales sanitarios.
- Fomentar el establecimiento de acuerdos entre entidades públicas y privadas de la Comunidad Foral y de estos países con el mismo objetivo de mejora y desarrollo de sus sistemas sanitarios.

Formación y promoción

Para el cumplimiento de estos fines la asociación SAyDES realizará:

- Actividades de formación (cursos, conferencias, intercambios profesionales, etc.) dirigidas a personal sanitario de los sistemas públicos de los países elegidos, financiado mediante subvenciones de las administraciones públicas navarras, e impartidos por profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud.
- Actividades de promoción de la cooperación, dirigidas a personal sanitario, estudiantes, etc... dentro de la Comunidad Foral de Navarra.
- Acuerdos con entidades públicas y privadas (Departamento de Salud, colegios profesionales, ...), encaminadas a facilitar la obtención de permisos y el reconocimiento curricular, etc. de los profesionales que participen en actividades de cooperación.
- Participación sobre el terreno de los miembros de la asociación que garanticen el desarrollo y cumplimiento de los objetivos de los proyectos.

¿Puede negarse un médico a prescribir la píldora postcoital?

La cuestión entronca con la objeción de conciencia y su regulación en nuestro ordenamiento jurídico.

El artículo 16.1 de la Constitución recoge como derecho fundamental de los ciudadanos el derecho a la libertad ideológica, religiosa o de culto sin más limitación en sus manifestaciones que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley. El artículo 53 de este mismo texto constitucional dispone que los derechos fundamentales que la Constitución reconoce a los ciudadanos vinculan a todos los poderes públicos.

El Tribunal Constitucional afirmó, en sentencia dictada el 11 de abril de 1985, que la objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución. Y la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Baleares de 13 de febrero de 1998 reitera esta doctrina en relación con la interrupción voluntaria del embarazo, señalando que los poderes públicos “no solo tienen el deber de respetarlo en la plenitud de su contenido, sin merma ni menoscabo, sino, incluso y si fuere menester, la de adoptar cuantas medidas positivas resultaran necesarias para procurar su efectividad”; y declara el derecho de unas matronas de la sanidad pública, “en su condición de objetores de conciencia al aborto, a no participar en ninguno de los actos sanitarios que integran el proceso de interrupción voluntaria del embarazo, condenando al Insalud a estar y pasar por esta declaración y a sus consecuencias inherentes”.

Ya específicamente en alusión a la píldora postcoital, y en relación, con una disposición administrativa dictada por la Junta de Andalucía que exige a las farmacias disponer de existencias mínimas de, entre otros productos sanitarios, progestágenos (píldora pos-



MARIANO BENAC

Asesor
Jurídico del
Colegio de
Médicos.

coital o píldora del día después) y preservativos, el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de abril de 2005 reconoció el derecho de los profesionales sanitarios con competencias en materia de prescripción y dispensación de medicamentos de hacer reserva de tal obligación en razón de su derecho fundamental a la objeción de conciencia. Esta sentencia resalta la diferencia entre métodos abortivos y anticonceptivos, destacando que la Agencia Española del Medicamento considera la píldora postcoital como un anticonceptivo de emergencia.

Y finalmente la reciente sentencia dictada por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía el 8 de enero de 2007 en recurso contencioso-administrativo interpuesto por un farmacéutico contra la misma disposición administrativa señalada con anterioridad -exigencia de existencias mínimas de productos sanitarios y medicamentos en farmacias-, afirma que “entendida la objeción de conciencia como la negativa de un individuo a cumplir lo mandado por una concreta norma del ordenamiento jurídico”, por entender que su cumplimiento es incompatible con el respeto debido a un determinado valor moral percibido por la propia conciencia, podría considerarse como un modo de excepción, oponible

por el individuo a someterse por cuestiones éticas a una conducta que, en principio, le es jurídicamente exigible. Sin embargo, dicha excepción personal derivada de un juicio de carácter ético o moral, no legitima para la impugnación de una norma de carácter general, ya que el objetor de conciencia, no puede hacer prevalecer o imponer a otros sus condiciones religiosas o morales, para justificar la nulidad de una norma general, aún cuando dicha objeción de conciencia, puede ser enarbolada cuando, en virtud de la no aplicación de dicha norma, puedan

“
El médico puede
negarse a prescribir la
píldora postcoital por razón de
conciencia; aunque, según la
doctrina de la última sentencia
dictada, tal derecho debe
hacerse valer de forma
individualizada
”

derivarse perjuicios o sanciones por su incumplimiento. Pero que solo produciría efectos excepcionales y puntuales, personales o individuales en aquellos que la esgriman frente al cumplimiento de la obligación, como autoriza el artículo 28 del Código de Ética Farmacéutica, al señalar “que la responsabilidad y libertad personal del farmacéutico le faculta para ejercer su derecho de objeción de conciencia respetando la libertad y el derecho a la vida y la salud del paciente” y el artículo 33 del mismo Código Ético compromete a la Organización Colegial a la defensa de quienes hayan decidido declararse objetores, como derecho individual al cumplimiento de una obligación impuesta por la norma impugnada, pero que no autoriza su impugnación por declaración de nulidad con carácter general para todos los farmacéuticos que no ejerciten el derecho a objetar”.

La objeción de conciencia en la profesión médica

El Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de 1999 establece en su artículo 26 que “1.- El médico tiene derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes. 2.- El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria”.

Por tanto, es semejante la regula-

ción de la objeción de conciencia en el Código de Ética y Deontología Médica a la de la profesión farmacéutica a que se refiere las sentencias comentadas, y estando garantizado como derecho fundamental la objeción de conciencia por razones ideológicas o religiosas, y vinculando tal derecho a los poderes públicos, entendemos que el médico puede negarse a prescribir la píldora postcoital por razón de conciencia; aunque, según la doctrina de la última sentencia citada, tal derecho debe hacerse valer de forma individualizada, y sin que ello implique que una norma que exija existencias mínimas de este medicamento en farmacias o establecimientos sanitarios o, en su caso, instrucciones de la Administración Sanitaria de facilitar su prescripción pueda anularse por considerarse que infringe o lesiona el artículo 16.1 de la Constitución.

De cualquier manera, parece que si la prescripción de este medicamento forma parte de la prestación sanitaria y farmacéutica que facilita la sanidad pública –a este respecto el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, incluye entre la cartera de servicios comunes de Atención Primaria (anexo II, punto 6.3.2) la indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo; y en la cartera de servicios comunes de Atención Especializada (anexo III, punto 5.3.7.2) incluye también información, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos; y si el medicamento de que se trata ha sido autorizado y registrado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se incluye también en la cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica (anexo V, punto 1.1.1)–, el médico que por razón de conciencia ejercite su derecho a no prescribirla habrá de ponerlo en conocimiento de la Administración Sanitaria para evitar así, en la medida de lo posible, ocasionar distorsión o perjuicios en la asistencia.

“
El médico que
ejercite su derecho
a no prescribirla debe ponerlo
en conocimiento de la
Administración Sanitaria
para evitar así, en la medida
de lo posible, ocasionar
distorsión o perjuicios en la
asistencia

”

El Libro Egipcio de los Muertos y la Neurología de la Luz

DR. DAVID EZPELETA

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario "Gregorio Marañón", Madrid.

El presente texto es una muy resumida, desordenada, descompensada e incompleta reseña de la ponencia homónima que se impartió durante el "I Curso-Seminario de Neuro-historia: Neurociencia en la antigua civilización egipcia", auspiciado por la Sociedad Española de Neurología y celebrado en Egipto en febrero de 2006. Agradecemos a la revista Panacea su gentil invitación y la posibilidad de compartir con los lectores nuestras inquietudes.

Por cuestiones de espacio sólo haremos un bosquejo de cuatro de los muchos asuntos que se trataron: concepto de "Neurología de la Luz", origen y función del "Libro de los Muertos" y dos teorías, una sobre el alma de los antiguos egipcios y otra sobre el mito de Osiris.

Neurología de la Luz

Se conoce como "neuroteología" o "bioteología" al estudio de las bases biológicas de la experiencia religiosa. Sin embargo, estos términos parecen incompletos si se considera que existe una espiritualidad y determinadas experiencias de trascendencia que no precisan de deidad alguna. Se propone el término "Neurología de la Luz" como aquella rama de las neurociencias dedicada al estudio científico de las bases neurobiológicas de las experiencias espirituales.

El Libro Egipcio de los Muertos

En gran medida, la cultura y la vida cotidiana en el Egipto Faraónico estuvieron mediadas por una profunda espiritualidad y por su trascendente y particular concepto de la muerte, como demuestra la riqueza de su literatura funeraria, en la que bri-



El doctor David Ezpeleta, actualmente en ejercicio en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, se desplazó hasta la sede colegial de Tudela para presentar su trabajo sobre "El Libro Egipcio de los Muertos y la Neurología de la Luz"

lla con luz propia "El libro de los Muertos", cuyo origen se remonta a otros textos sagrados; "Los Textos de las Pirámides" y "Los Textos de los Sarcófagos". Si los "Textos de las Pirámides" se escribieron en sus paredes y los "Textos de los Sarcófagos" en los mismos sepulcros, el "Libro de los Muertos" fue anotado en papiros. Tuvo su apogeo en el Imperio Nuevo, a partir del siglo

XV antes de Cristo. El "Libro de los Muertos" recoge, a lo largo de casi 190 declaraciones, letanías o sentencias, las fórmulas y oraciones que el difunto debía manifestar para superar con éxito las numerosas trabas y peligros que se le presentaban en el camino hacia los Campos de lalú, gobernados por el dios Osiris en el Más Allá. A lo largo de todo el texto, las relaciones entre Osiris y el muerto (su momia y su alma) son constantes.

El alma mira al cuerpo

Para comprender la religión egipcia y su concepto de la muerte es primordial conocer de qué partes se componía el antiguo hombre egipcio. Los elementos principales (hay al menos otros cinco) son tres: khat, o cuerpo físico, el que queda en la tumba tras la momificación; ka, o "doble" del cuerpo, de carácter abstracto, que posee una existencia totalmente independiente y puede moverse de un lugar a otro libremente, llegar al cielo y hablar con los dioses; y ba, con sustancia y forma, mora en el ka, puede hacerse corpóreo e incorpóreo, puede abandonar la tumba y, después, visitar el cuerpo en la tumba y, según algunos textos, reanimarlo y hablar con él.

Los viajes del ba al ka y el concepto de un "doble" del cuerpo nos recordaron ciertos fenómenos neurológicos poco conocidos pero que han sido bien descritos por

los investigadores del Laboratorio de Evaluación Prequirúrgica de la Epilepsia de los Hospitales Universitarios de Ginebra y Lausana, en Suiza. Estamos hablando de las autoscopias y las experiencias fuera del cuerpo.

El ser humano puede experimentar procesos originados en el cerebro que le permiten ver un doble de sí mismo y, en el caso más extremo, verse a sí mismo desde fuera sin un cuerpo que sustente su yo visual. Y no se trata de experiencias místicas, ni de viajes astrales, ni de abducciones alienígenas, ni son esotéricas, ni paranormales, ni fruto de la imaginación o la locura. Son, simplemente, cuadros clínicos neurológicos que se producen en determinadas circunstancias y enfermedades. Son las llamadas "experiencias fuera del cuerpo".

En la autoscopia, el cuerpo físico ve al cuerpo parasomático, mientras que en la "experiencia fuera del cuerpo", el cuerpo físico es visto desde la perspectiva del cuerpo parasomático (Fig. 1). Este tipo de experiencias se ha descrito sobre todo en epilepsia, pero también en esclerosis múltiple, migraña y en varias enfermedades psiquiátricas, que, no olvidemos, también son enfermedades del cerebro. Insinuamos que la clásica imagen del *ba* suspendido sobre el *ka* (Fig. 1) y los conceptos de cuerpo y alma en el antiguo Egipto pudieron tener su origen en experiencias autoscópicas y fuera del cuerpo.

El mito de Osiris según la Neurología de la Luz

Mención especial merecen las "experiencias cercanas a la muerte", donde la luz al final del túnel, según nos han contado quienes no han muerto y se acuerdan de lo vivido, es uno de sus hechos más conocidos. Una experiencia cercana a la muerte es un patrón común de acontecimientos que tienen muchas personas que han enfermado gravemente y han estado a punto de morir. Aunque las experiencias cercanas a la muerte varían de una a otra persona, los hechos siguientes suelen presentarse con mayor frecuencia: sensación de bienestar y ausencia de dolor; sensación de abandonar el cuerpo e incluso de ver el propio cuerpo mientras se flota sobre él; la mente funciona con más rapidez y claridad; sensación de caída en un túnel o en la oscuridad; visión de una luz



Figura 1. Arriba, figura de uno de los trabajos de Blanke y cols. que esquematiza una experiencia fuera del cuerpo (el cuerpo físico es visto desde la perspectiva del cuerpo parasomático). A la derecha, "el ba vuelve al ka" (Papiro de Ani).



brillante al final del túnel; sensación de paz y amor irresistible e incondicional; sensación de tener acceso a unos conocimientos ilimitados; rápido recuerdo de importantes acontecimientos pasados (libro de la vida); precognición: certeza de acontecimientos que van a suceder; encuentros con seres que se identifican como figuras religiosas; encuentros con seres queridos fallecidos. Esto es así y no hay nada de esotérico en ello. Además, existe un buen correlato fisiopatológico y neuroanatómico que no revisaremos por falta de espacio.

Según esto, hace muchos, muchos años, un prístino humano que hubiese tenido una experiencia cercana a la muerte podría haber visto "La Luz" al final del túnel, se habría encontrado con sus seres queridos fallecidos deduciendo que hay un "Más Allá" donde van quienes mueren, habría estado en el "Paraíso" donde pudo sentir la felicidad más absoluta, habría observado su cuerpo desde su alma, habría experimentado la capacidad de predecir el futuro, habría tenido acceso a unos conocimientos inaccesibles para los demás y, lo más importante, una vez de nuevo en el reino de los vivos, lo podría haber contado a sus congéneres, convirtiéndose en el hombre que venció a la muerte, el hombre que estuvo en el más allá, el hombre que vio el Paraíso. Una experiencia cercana a la muerte pudo ser el origen de mitos como el de Osiris.

Bibliografía

Blanke O, Landis T, Spinelli L, Seeck M. Out-of-body experience and autoscopia of neurological origin. *Brain* 2004; 127: 243-58.

Budge EAW. Egyptian ideas of the future life. Tercera edición, 1908.

El Libro Egipcio de los Muertos. Versión y notas de Albert Champdor. EDAF, 2003.

Frankfort H. La religión del Antiguo Egipto. Una interpretación. Laertes, 1998.

Lara Peinado F. Libro de los Muertos. Tecnos, 2005.

Rubia FJ. La conexión divina. La experiencia mística y la neurobiología. Drakontos, 2004.

Sondeo a la profesión

¿Por qué se decidió a estudiar Medicina y qué alicientes encontraba en la profesión?

Mi vocación fue algo tardía. Yo ni provengo de familia de médicos ni desde la infancia quería ser médico como seguramente sí les haya ocurrido a otros colegas. Previamente había estudiado Ciencias Biológicas en la Universidad de Navarra y al terminar tuve la suerte de conseguir una beca para colaborar unos meses como docente en un colegio de Paraguay en 1990. Allí fue mi primer contacto con la medicina, ya que ayudaba a unos compañeros a pasar consulta, tanto en la ciudad como en poblaciones indígenas. Hacía un poco de todo; tomar tensiones, ayudar a suturar, escuchar los problemas de las personas... Y me di cuenta de que aquello me gustaba. Mi madre entonces trabajaba en la Universidad de Navarra. Hablé con mis padres y mi madre, a su vez, moviendo cables consiguió que me aceptaran en la Facultad de Medicina. Volví cinco meses después, en octubre, ya empezado el curso, y directamente a segundo ya que me convalidaban casi todo primero.

¿Se han ido cumpliendo sus expectativas?

Fui conociendo la Medicina durante la carrera. Cada día que pasaba, cada tema que nos explicaban me iba gustando más. Llegué sin claras expectativas y fueron surgiendo poco a poco. Me gustaba toda la Medicina y decidí especializarme en Medicina de Familia y Comunitaria. Me gustaban desde las Urgencias (sin duda alguna guardo mis mejores recuerdos de urgencias en el Hospital de Navarra) hasta escuchar a los ancianos en las Hermanitas de los Pobres, que es donde solía ir una vez por semana en mi rotación en el centro de Salud de San Jorge.

Cuéntenos alguna aventura y desventura en su ejercicio profesional.

He tenido de ambas, las lógicas e inherentes a la profesión, pero me quedo con las aventuras por mi carácter más positivo. Anécdotas divertidas mil, y más serias la comunicación de malas noticias así como las amenazas.



Javier Manzanero González

TITULACION: Ciencias Biológicas (1989), Medicina y Cirugía (1995), Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria (1999).

AMBITO DE TRABAJO: FREMAP Mutua de Accidentes de Trabajo.

AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL: 12 años.

¿Qué preocupa a los médicos que trabajan en mutuas y compañías aseguradoras?

Aquí hay mucho de lo que hablar. Creo que el problema principal radica en que tenemos poco diálogo entre los médicos de mutuas y de seguridad social. Tenemos la fama de ser duros, tanto con el tema de las bajas como en asumir accidentes o enfermedades que no corresponden al mundo laboral. Por otro lado, bien sabemos que la sociedad está cada día más preparada y es, lógicamente, más demandante. Los intereses económicos derivados de accidentes y enfermedades son muy importantes. Los pacientes lo conocen y no siempre es fácil decidir cuando uno está curado o hay una simulación con un fin rentista.

¿Qué añora de otros ámbitos de la Medicina?

Es lógico especializarse más en unas áreas de la Medicina que en otras. En la mutua vemos mucha patología osteo-muscular y oftalmología, que son las que más tratamos. De otras especialidades hacemos el seguimiento de la contingencia común, lo que nos sirve para estar bastante al día.

¿Cómo ve el futuro?

Si todos ponemos de nuestra parte creo que finalmente el favorecido será el paciente que, creo, es quien tiene que serlo. Para ello, sin ofender a nadie, tendríamos que poner todos algo más de nuestra parte, aumentando la comunicación entre nosotros.

¿Qué opinión percibe de sus pacientes sobre la calidad de la asistencia en nuestra comunidad?

En general bastante buena. Es conocido por todos que las Mutuas colaboramos con la Seguridad Social en adelantar pruebas complementarias, rehabilitación, etc.... La gran mayoría de los pacientes lo agradecen ya que con ello consiguen un diagnóstico más precoz así como un tratamiento y curación también más rápido.

La baja iluminación junto a determinadas enfermedades visuales puede incrementar la accidentabilidad



La visión es tu seguridad

La visión proporciona el 90% de la información necesaria para la conducción.

Por ello, es importante contar con unas buenas capacidades visuales para conducir con seguridad:

- **Agudeza visual:** capacidad para diferenciar detalles.
- **Motricidad ocular:** tener buenos movimientos oculares para ver los objetos en movimiento.
- **Visión binocular:** movimiento de ambos ojos.
- **Campo visual:** espacio percibido manteniendo la mirada fija en un punto.
- **Sensibilidad luminosa:** adaptación

a las distintas condiciones de luminosidad.

- **Percepción:** integración de la información visual y capacidad de concentración.

- **Visión del color:** capacidad para distinguir los distintos colores y tonalidades.

Una disminución de estas capacidades aumenta considerablemente el riesgo de accidente.

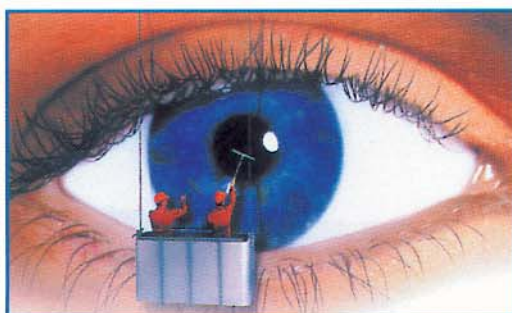
Existen enfermedades como el glaucoma, alteraciones en la retina, cataratas... que, asociadas a condiciones adversas como baja iluminación, fatiga o deslumbramientos, incrementan la accidentabilidad.

El conductor debe protegerse frente a deslumbramientos debido a la luz directa o a los reflejos.

En los días soleados son recomendables los cristales polarizados ya que aumentan el confort visual. En los días de niebla, son útiles los cristales amarillos que acentúan los contrastes y relieves.

Por su seguridad, solicite una revisión visual para prevenir, detectar y corregir cualquier disfunción visual.

DORI CALLEJO
Óptico-Optometrista ÓPTICA UNYVISION



CUIDAMOS SUS OJOS

CLÍNICA UNIVERSITARIA
Avda. Navarra

Pto XII

óptica unyvisión

Estamos en Avda Navarra
(En la Variante, frente a Clínica Universitaria)
Tel. 948 17 81 88

óptica unyvisión

**25% DTO
EN CRISTALES GRADUADOS***

* Promoción válida con este vale
No acumulable a otras ofertas.

DESCUENTO ESPECIAL A COLEGIADOS

- 15% dto. en gafas graduadas y lentes de contacto.
- 10% dto. en gafas de sol y líquidos de lentes.

León X, Papa (2ª parte)

JESÚS REPARAZ

A comienzos de 1516 las arcas pontificias se hallaban exhaustas, y el Papa precisaba urgentemente fondos para sufragar los trabajos de construcción de la Basílica de San Pedro, una obra colosal emprendida durante el pontificado de Julio II. Enfrentado a tal coyuntura, León X no dudó en poner en marcha una serie de procedimientos recaudatorios de dudosa moralidad que, a la larga, habrían de resultar fatales para el prestigio de la Iglesia. La subasta de altos cargos eclesiásticos, la venta de indulgencias y la conversión de los jubileos en meras transacciones comerciales fueron, de hecho, algunos de los argumentos que los reformadores protestantes utilizaron para denunciar la degradación moral de la Curia romana. Fue así cómo, tratando de solventar un simple problema de falta de recursos económicos, el imprudente León X se vio enredado en una controversia político-teológica de consecuencias irreparables.

El de 1517 fue un año nefasto en la vida de León X. Primeramente, en el mes de Abril, un grupo de cardenales descontentos encabezado por Alfonso Petrucci trató de acabar con la vida del Pontífice. El procedimiento ideado para llevar a cabo el asesinato resultó verdaderamente extraordinario, al consistir en el soborno del médico de la Corte Vaticana para que, en vez del remedio acostumbrado, inyectara un veneno mortal en las hemorroides del Papa. Aunque ingeniosa y hábilmente preparada, la trama fue descubierta, y sus principales responsables (incluido el médico) fueron ejecutados. Un segundo acontecimiento, menos aparatoso pero a la postre mucho más dañino para la Iglesia que la abortada conjura de los cardenales, se produjo en Octubre de aquel mismo año cuando el agustino Martín Lutero hizo públicas en la ciudad alemana de Wittenberg sus *“Noventa y cinco tesis sobre la predicación de las indulgencias”*. Apenas unos meses antes, el humanista Pico della Mirandola había advertido a León X de que en caso de perseverar en las viejas prácticas corruptas *“el mismo Dios arrancaría los miembros*

podridos de la Iglesia y los destruiría a fuego y espada”.

Pese a las advertencias recibidas y a lo alarmante de las noticias procedentes de Alemania, el temperamento optimista de León X y su ligereza de juicio le impidieron llegar a comprender la verdadera magnitud de la revolución que significaba el movimiento luterano. En un principio creyó que las airadas voces de protesta que llegaban hasta Roma no eran más que el eco de una simple *“disputa entre frailes”*. En realidad, algo de cierto había en ello, ya que cuando los agustinos apoyaron las tesis de su compañero de orden, los dominicos - encargados de la predicación y recaudación de las indulgencias en territorio alemán- contraatacaron de inmediato con la publicación de ciento seis antítesis. En lo que a Lutero se refiere, el Papa lo tomó por un vulgar monje cargado de presunción, resentimiento y afán de notoriedad. Resulta evidente que León X -quien, aunque sin gran entusiasmo, había tratado de iniciar una tímida reforma de la Iglesia durante el V Concilio de Letrán, celebrado entre 1512 y 1517- no encontró motivos que justificaran la postura de Lutero. Éste, por su parte, si bien al principio se mostró respetuoso con la figura del Pontífice, no rectificó jamás ni una sola de sus afirmaciones y terminó por desafiar abiertamente la autoridad papal.

“

En 1517 un grupo de cardenales descontentos trató de acabar con la vida del Pontífice, inyectando un veneno mortal en las hemorroides del Papa. La trama fue descubierta, y sus principales responsables (incluido el médico) fueron ejecutados

”

Así pues, entre disputas teológicas, acusaciones mutuas y controversias cada vez más agrias, fue abriéndose entre ambas partes un abismo insalvable. En Enero de 1519, cuando los incendiarios discursos de Lutero habían conseguido ganar ya para su causa a buena parte de los príncipes electores alemanes, se produjo el fallecimiento del emperador Maximiliano I. La expectativa fue grande en Europa ante la inmensa concentración de poder que necesariamente había de producirse bajo cualquiera de los dos candidatos que optaban a la sucesión: los reyes Carlos I de España y Francisco I de Francia. Ninguno de ellos satisfacía especialmente al Papa, quien hubiera preferido ver a un príncipe germano de menor importancia ocupando el trono imperial. Sin embargo, el asunto de la reforma religiosa había dividido profundamente a los mandatarios alemanes, de modo que los deseos del Pontífice quedaron frustrados. Una vez más, León X dio muestras de su impericia política al negociar por separado con uno y otro monarca para terminar enemistándose con ambos. Finalmente, Francisco I resultó derrotado en la elección, y Carlos de España fue proclamado emperador el 28 de Junio de 1519.

Ocupado en estos menesteres mundanos, León X continuó sin prestar demasiada atención a la cuestión religiosa alemana, que era precisamente la que constituía su principal responsabilidad. A partir de 1520, los acontecimientos se precipitaron. El 18 de Enero, una comisión de la Curia Romana redactó, a instancias del teólogo Juan Eck, un documento condenatorio de las doctrinas de Lutero. El Papa no pudo ya dejar de hacer frente al problema por más tiempo, y el 15 de Junio aprobó la promulgación de la bula "Exsurge Domine", por la que el fraile agustino quedaba excomulgado. La excomunicación de Lutero significaba la consumación del cisma más grave de la historia de la Iglesia y convertía a León X en un Papa estigmatizado para siempre por su incapacidad de evitarlo. Numerosas voces se alzaron en Alemania en defensa de Lutero. El príncipe elector Federico de Sajonia y el propio



Erasmus de Rotterdam se dirigieron al Santo Padre solicitando clemencia para el disidente. Sin embargo, fue el mismo Lutero quien, llamando a la resistencia contra el Papa-

do, publicó en Agosto de 1520 su famoso "Manifiesto a la nobleza cristiana de la nación alemana", una furiosa denuncia de los abusos de la Santa Sede que hacía imposible cualquier iniciativa de reconciliación por parte de Roma.

Durante el mes de Abril de 1521 Lutero defendió vehementemente sus postulados ante la Dieta de Worms, reunida en presencia del emperador Carlos V. Sus argumentos, sin embargo, fueron rechazados, y él mismo quedó declarado fuera de la ley. El elector de Sajonia, decidido a evitar el prendimiento de Lutero, lo "secuestró" apenas concluida la Dieta y lo recluyó en su castillo de Wartburg, donde lo mantuvo oculto durante cerca de un año. León X, mientras tanto, ratificó la excomunicación del agustino mediante una nueva bula (la "Decret Romanum Pontificem", del 29 de Abril de 1521) y a continuación decidió retirarse a descansar por una breve temporada en su villa de la Magliana. Allí se encontraba cuando, a resultas de una larga caminata por el campo, contrajo un enfriamiento que lo obligó a guardar cama durante algunos días. Aparentemente restablecido, regresó a Roma a mediados del mes de Noviembre, dispuesto a reincorporarse a sus obligaciones. Sin embargo, recién llegado a la ciudad la fiebre reapareció, acompañada en esta ocasión de escalofríos y violentas tiritonas. Su estado alarmó seriamente al médico de la Curia, quien ordenó una copiosa sangría. Por último, y tras un rápido empeoramiento, el Papa falleció (a consecuencia de una bronconeumonía según algunos autores, o de la malaria según otros) el 1 de Diciembre de 1521 Contaba cuarenta y seis años de edad, y sólo su muerte prematura le evitó ser testigo de cómo el movimiento que tan imprudentemente había menospreciado se propagaba veloz desde Alemania hasta alcanzar los confines del Continente.

“
La
excomunicación
de Lutero
significó la
consumación
del cisma más
grave de la
historia de la
Iglesia y
convirtió a
León X en un
Papa
estigmatizado
para siempre
por su
incapacidad
de evitarlo
”

¿Médicos o inquisidores?



JOSÉ LUIS CARCAS
SANSUAN

Desde que Rodrigo de Jerez, compañero de Colón en el descubrimiento de América, adquiriera el hábito de fumar imitando a los indios de lo que hoy es Cuba, no ha habido época en que, con mayor o menor intensidad, no se haya perseguido a los fumadores. Desde la Inquisición, que se ocupó del bueno de Rodrigo, pasando por Felipe II, el zar Michael, el turco Murad VI, el Papa Urbano VIII, el sha de Persia..., hasta la Alemania nazi. Huelga decir que se sigue fumando. Hoy las políticas prohibicionistas son una epidemia.

Imponer la salud del alma era la particular cruzada de nuestros antepasados; fumar se consideraba diabólico. Hoy los gobiernos, las estructuras de salud pública, sociedades científicas y comités de expertos, quieren velar por la salud de nuestro cuerpo. A la fuerza, como entonces. Y además se olvidan del "alma".

Dos son en mi opinión los aspectos fundamentales cuando discutimos en torno al tabaco; mejor dicho, sobre la prohibición de fumar: la libertad y el "fumador pasivo".

De un lado, la libertad y autonomía individual. John Stuart Mill, es elocuente: *"El único propósito por el que el poder puede ejercerse con derecho sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada en contra de su voluntad es evitar que perjudique a otros. Su propio bien, ya sea físico o moral, no es justificación suficiente. No puede ser obligado con legitimidad a hacer o abstenerse de hacerlo porque sea mejor para él, porque lo haga más feliz, porque, en opinión de otros, le haga más sabio, o incluso más acertado. Estos son buenos motivos para desafiarse, o razonar con él, o persuadirle, o increparle, pero no para obligarle o coaccionarle de alguna manera en caso de que obre de otro modo"*.

Si dejamos que controlen nuestros hábitos –hoy es el fumar; mañana el beber, el comer...– ¿Y pasado? Cuando deciden por

nosotros qué productos consumir y dónde, la libertad individual queda constreñida.

Del otro, la limitación de fumar en los "espacios públicos" –entendiendo por espacio público, aquel que es de todos los ciudadanos–. En éstos, parece razonable que haya limitaciones; pero, en el espacio privado abierto al "público", porque presta un servicio y su dueño libremente deja entrar a quien lo desee –como ocurre en bares o restaurantes– las limitaciones debería ponerlas el propietario en función de las exigencias y preferencias de sus clientes. Si un bar no tiene clientes por permitir fumar, ¿que hará el dueño?; ¡claro!, media vuelta al cartel. Y a la inversa. Muchas fueron las empresas que, antes incluso de legislarse las restricciones, ya aplicaban aquellas que consideraban oportunas para la buena marcha de su negocio: espacios específicos o prohibición. Los clientes deciden. Al menos el 66% de las personas no fuman; seguro que se crearán locales para aquellos que les moleste el humo, si tienen clientes.

Dicen (*Europa Express*), los expertos del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, ser partidarios de que las empresas estén totalmente libres de humo, porque, *"el 70 por cien de los fumadores desean dejar de hacerlo"* y, por lo tanto, abogaron porque no haya salas de fumadores en las empresas y *"la prohibición total es mucho más beneficiosa para la salud de to-*

“

Tratamos los médicos de desprendernos del paternalismo y, cada día, aumenta más el del estado
¡Ay! ¡El Estado Terapéutico!

”

dos los trabajadores, incluido los que fuman". Lo beneficioso es no fumar, –la prohibición lo dudo– pero eso no lo decide usted, sino cada persona. Además, lo que seguramente ocurra es que se cambie el patrón de consumo, no el número de cigarrillos.

Dice otro experto: "A partir de la conocida como Ley del Tabaco contamos con un arma legal poderosa para que comience a declinar éste terrible factor de riesgo que tanto sufrimiento ha causado a nuestra sociedad". La sociedad no tiene factores de riesgo ni sufre; acaso las personas. Y los riesgos los asumen ellas. Insisto.

¿Cada factor de riesgo se va a "combatir" con "un arma legal poderosa"?

Dado el aumento de la obesidad –para algunos la primera causa de muerte previsible por delante del tabaquismo–, cualquier día nos imponen "una dieta nacional" –bueno, ya han empezado con la hamburguesa XXL y amenazan con la creación del "pelotón de los gordos" en los colegios– y, en lugar de 20 minutos para el bocadillo, a gimnasia ¿Impondrán la "ley seca"? Puesto que los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte entre los jóvenes, ¿les prohibirán conducir? ¿Cuánto despropósito?

Tratamos los médicos de desprendernos del paternalismo y, cada día, aumenta más el del estado ¡Ay! ¡El Estado Terapéutico!

Forzar los comportamientos del hombre con la pretensión de encauzarlos hacia lo que "uno" –persona o institución– considera adecuado y conveniente según sus personales juicios de valor, es hacer "ingeniería social". Y nadie tiene derecho a imponer objetivo alguno –ni siquiera el de la salud–, y mucho menos los médicos. "El médico no es un servidor de la ciencia, ni de su raza, ni siquiera de la vida. Es el servidor de un paciente individual, y siempre debe basar sus decisiones en los intereses individuales mutuos" (ex editor de *Lancet*) ¿De quién somos servidores? ¡Triste papel el de ser agentes de los gobiernos!, que diría Skrabanek.

¿Qué tal si, en lugar de tanta prohibición, se toma alguna medida realmente sanitaria?: vigilar la composición del tabaco, aditivos, papel... más investigación; y ayudamos al fumador que quiera ser ayudado. A sabiendas de los riesgos indiscutibles que el fumar conlleva, siempre habrá personas que por la causa que sea lo harán. Mostrémoslos con honestidad, sin exageración,

sin dogmatismos..., sin militancias.

¿Prohibir? Es aceptable que la venta lo esté, en determinadas edades ¿En cuáles?: mayoría de edad, grado de madurez...; no es fácil.

Pero, veamos: la edad de inicio en el consumo de tabaco supera levemente los 12 años; el 21% de los niños entre 10 y 12 años y el 46% de los adolescentes han fumado alguna vez; el 20% entre 14-18 años fuman habitualmente y por encima de los 15 años el 34,4 %. – ¡Y está prohibido venderles tabaco!

No agobiaré con datos del consumo de alcohol –prohibida su venta a menores– u otras drogas ¡Prohibidas! ¡De qué hablamos pues! De los éxitos de la prohibición desde luego no.

¿Por qué, cada vez más, los adolescentes –niños– se inician antes en el consumo de drogas? Prohibidas están ¿Entonces? Sinceramente, pienso que los remedios van por otros derroteros.

Decía Pitágoras: "Educad a los niños y no tendréis que castigar a los hombres".

Dejé de fumar hace 3 años. Trato en la consulta de ayudar a quien está decidido a dejar de hacerlo y formo parte de un grupo de apoyo para el abandono del tabaco; pero me niego a participar con métodos, campañas –repugnante y mendaz el spot de la niña en la última campaña– y acciones coactivas. Soy médico –humilde, sin duda–, pero no inquisidor. Nadie debería violentar la libertad y responsabilidad individual.

¡Ya! ¡Ya!, el "fumador pasivo". En el próximo número; si la redacción de Panacea sigue tan generosa y a bien lo tiene.

“

Decía Pitágoras:

Educad a los niños
y no tendréis que castigar
a los hombres

”

Acuerdos comerciales

El Centro de Encuentros y Servicios Profesionales (CESEP) ha llegado a ACUERDOS COMERCIALES con diversas entidades para el suministro de productos y artículos, en óptimas condiciones de SERVICIO, CALIDAD y PRECIO a los miembros integrantes de dicho Centro.

Entidades o establecimientos con los que actualmente existen acuerdos preferenciales para los colegiados

ALMACENES ESTAFETA

(Estafeta, 67. PAMPLONA).
(Martín Azpilicueta, 14. PAMPLONA).
(Avda. Zaragoza, 19. PAMPLONA).
(Mayor, 40. BURLADA).

AMA

(Avda. Baja Navarra, 47. PAMPLONA)

AMAT TRADICIÓN

(Avda Sancho el Fuerte, 75, trasera. PAMPLONA).

CAJA DE AHORROS DE NAVARRA

(Avda. Carlos III, 8. PAMPLONA)

CAMERA

(Arrieta, 11. PAMPLONA - Tfno. 948 22 93 18)
(Avda. Sancho el Fuerte, 24. PAMPLONA - Tfno. 948 27 49 03)
(Benjamín de Tudela 8. PAMPLONA - Tfno. 948 19 70 05)
(Olite, 41. PAMPLONA - Tfno. 948 29 15 85)
(Pza. Príncipe de Viana, 4. PAMPLONA - Tfno. 948 22 67 51)
(Y en el Centro Comercial de Itaroa (Huarte) y en Eroski).

COLCHONERÍA SANCHO EL FUERTE

(Avda. Sancho el Fuerte, 24 bis. PAMPLONA).Tel. 948 26 23 49.
(Avda. Marcelo Celayeta, 111. PAMPLONA).Tel. 948 12 00 22.
(González Tablas, 2. PAMPLONA). Tel. 948 24 97 49.
(Avda. Guipúzcoa, 63. Frente a Decathlon. BERRIOZAR.
Tel. 948 30 75 15).

COLCHONERÍA GORRICO- LA Z-BOY

(Tafalla, 26 bis. PAMPLONA. Tel. 948 23 44 92).
(Benjamín de Tudela, 8. Frente a Carrefour. PAMPLONA.
Tel. 948 19 96 11)
(Paulino Caballero, 24. Esq. c/Tafalla. PAMPLONA).

EL VENDRELL.

Turismo en la Costa Dorada. www.elvendrellturistic.com.
Tel. 977 684 770

GRÁFICAS PAMPLONA

(Río Alzania, 31. PAMPLONA - Tel. 948 15 04 52).

IRUÑA MOTOR

(Pol. Landaben, calle D, esquina L. PAMPLONA
Tel 948 23 98 54).

JOYERÍA-RELOJERÍA REINAS DE NAVARRA

(Sangüesa, 12 (Pza de la Cruz) PAMPLONA. - Tel. 948 24 27 25).

MUEBLES MONTORI

(Ctra. Guipúzcoa-Pol. Plazaola, Manz. C-Nº 8. AIZOAIN.
Tel. 948 30 35 55).

ÓPTICA UNYVISIÓN

(Trav. Acella, 3. Frente Clínica Universitaria. PAMPLONA).

PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

(Avda. Baja Navarra, 47. PAMPLONA)

SALINAS. Selección y Diseño S.L.

PAMPLONA:
(Avda. Zaragoza, 55. Milagrosa). Tel. 948 23 65 83
(Navarro Villoslada, 10. Plaza de la Cruz). Tel. 948 23 56 45
(Plaza Obispo Iruñeta, s/n. San Juan). Tel. 948 26 67 07
VITORIA-GASTEIZ:
MODA BAÑO DECORACION
(Ortiz de Zárate, 7. Tel. 945 23 28 56).

SANTANDER CENTRAL HISPANO

Despacho de atención personal
(Avda. Baja Navarra, 47. PAMPLONA)
Tel. 948 22 57 80

VIAJES ECUADOR

PAMPLONA
* Paulino Caballero 39. Tel. 948/243.550
* Avenida Pío XII, 8-10. Tel. 948/266.411
* Avenida Pío XII 41. Tel. 948/274.600
BURLADA. Tel. 948/245.810
ESTELLA Tel. 948/553.799
TUDELA. Tel. 948/822.118

VIAJES HALCON

PAMPLONA
VIAJES HALCON
PAMPLONA
Avda Roncesvalles 11 Tel. 948/210.802
BARAÑAIN. Tel. 948/189.744
BURLADA. Tel. 948/246.656
ALSASUA. Tel. 948/562.412
ESTELLA Tel. 948/546.892
TAFALLA. Tel: 948/755.142
TUDELA. Tel. 948/410.512

VIAJES NAVARRA

(Navas de Tolosa, 27. PAMPLONA. Tel. 948 24 68 67).
Próximamente en: Navarro Villoslada, 7.

Los PACTOS standard firmados con estas entidades contienen:

- Condiciones o descuentos aplicados sobre todos sus artículos.
- Ofertas especiales sobre algunos de ellos.
- Condiciones preferenciales equivalentes a su mejor oferta existente.
- Acreditación del profesional por medio de la tarjeta colegial.

Seguimos trabajando con el fin de ampliar los ACUERDOS a sectores como deportes, telefonía, novias... Si está interesado puede ponerse en contacto con nosotros, llamando al Teléfono 948 22 60 93.

Adiós a la Clínica "San Francisco Javier"

Hace algo más de un año, al finalizar 2005, la Clínica de San Francisco Javier, sita en la capital navarra, cerró sus puertas definitivamente. Atrás quedaban muchos años de asistencia a pamploneses y foráneos por parte de eminentes médicos que en ella ejercieron su labor y dejaron buena muestra de su magisterio. Fue un adiós callado, sigiloso, escondido. Apenas una breve reseña en la prensa local informando de su clausura con el escueto resumen de su trayectoria y una breve entrevista a sus actuales responsables, descendientes del fundador. Bien es verdad que, en los últimos tiempos, su vida había languidecido y sus actividades se limitaban a chequeos a los trabajadores de diferentes empresas y a consultas ginecológicas, pero nadie esperaba este final.

“

La Clínica nació en 1935
bajo la dirección del
prestigioso médico
Ildefonso Labayen

”

También con sorpresa y asombro se recibió la noticia en el Colegio de Médicos de Navarra, vecino frente por frente de la Clínica y amigo cercano por la continua comunión de personas, saberes y experiencias comunes a ambas instituciones que compartían, además, espacio en una de las calles más bonitas de Pamplona, la señorial Avenida de la Baja Navarra.

En casos como éste, es conveniente echar la vista atrás, rebuscar entre las sombras del pasado, recordar anécdotas casi olvidadas y evocar, por un momento, un lugar que fue mucho más que un bello edificio a las afueras de Pamplona, porque ha formado parte de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad de varias generaciones

MARIA
DOLORES
MARTÍNEZ
ARCE

que allí vieron la luz, recuperaron las fuerzas perdidas o nos dejaron entre los abnegados y sabios cuidados de sus profesionales.

Para datar su origen, como el de otras instituciones similares, hay que remontarse a las primeras décadas del pasado siglo, cuando poco a poco a los hospitales públicos se unieron las clínicas particulares y los seguros privados que consiguieron muy buenos resultados en el aspecto sanitario-asistencial, por lo que muchos fueron los médicos que establecieron clínicas privadas en Navarra dedicadas a las diferentes especialidades médicas, ampliando así la dotación sanitaria y el número de camas disponibles. La primera de ellas fue la Clínica San Miguel fundada en 1919 por los doctores Victoriano Juaristi, Daniel Arraiza y Joaquín Canalejo. En esa misma época nació un establecimiento poco conocido, la Clínica de Cadena y Huder, instalada en el edificio donde hoy está la estación de autobuses.

En los años 40 la fundación de clínicas privadas se multiplicó. De esta década datan la Clínica San Fermín fundada por Arturo Arrondo y especializada en traumatología (1941); la Clínica de Julián Alcalde dedicada a ginecología y obstetricia, cuyo nombre oficial era Clínica Nuestra Señora del Pilar (1942); y la Clínica médico-quirúrgica de San Juan de Dios (1943). Además,

*Ildefonso
Labayen,
fundador de la
Clínica de San
Francisco Javier.
Dibujo de
Baltasar Soteras.*



en 1944 se creó el Iguatorio Médico Navarro. Todas ellas, como las ya existentes, estaban atendidas por órdenes religiosas y sus Doctores titulares también asistían a pacientes del Seguro según el régimen establecido en los conciertos económicos.

Posteriormente se fundaron la Clínica psiquiátrica de Andrés Caso (1951); la Clínica de Oscar Gortari especializada en ginecología y obstetricia (1953); y la Policlínica 18 de julio de los Montepíos laborales. A la sombra del Estudio General, más tarde Universidad de Navarra, se creó la Clínica Universitaria de Navarra. Y la más reciente es la Clínica Ubarmin promovida en los años 70 por una asociación vasco-navarra de mutualidades patronales de accidentes de trabajo para traumatología y rehabilitación.

Si la primera clínica privada fue la de San Miguel, la segunda fue puesta bajo la advocación del Santo por antonomasia del Antiguo Reino, a quien durante el año 2006 se tributó el homenaje que su excelsa figura merecía. Porque en 1935 nació la Clínica de San Francisco Javier bajo la dirección del prestigioso médico Ildefonso Labayen. La elección del nombre no debió ser accidental, sino una decisión muy meditada por su fundador, ya que sabemos que, unos años más tarde, fue uno de los que colaboró más activamente con abundantes ayudas económicas para la edificación de la Parroquia homónima muy cercana a su Clínica, a cuyos feligreses atendió siempre con especial dedicación.

En el libro del Dr. Jesús Elso, recientemente publicado por la Fundación del Colegio de Médicos de Navarra, aparece este dato, que obtuvo del entorno familiar más próximo del Dr. Labayen, sus hijas, y se glosa su grandeza como persona y como mé-

“
Con su
desaparición se
cierra una de
las páginas
más brillantes
y entrañables
de la sanidad
navarra

”

Clínica de San Francisco Javier. Fachada principal fotografiada desde el despacho del Presidente del Colegio de Médicos para el libro sobre la historia colegial en 2001



dico, poniendo de relieve su religiosidad, su caridad y su generosidad, lo que le hizo acreedor del afecto de todos los que tuvieron la suerte de conocerlo.

No nos resistimos a resumir brevemente su vida. Natural de Ituren, Ildefonso Labayen Zubieta nació el 21 de enero de 1897. Estudió el bachillerato en Lecároz y la carrera de medicina en la Facultad de Zaragoza. Al terminar sus estudios en 1923, fue nombrado médico titular de Los Arcos en sustitución de otro grande de la Medicina navarra, el Dr. Repáraz. En este pueblo trabajó durante nueve años, en él organizó un pequeño hospital regido por las Hermanas de la Caridad al que acudían enfermos de toda la merindad. Alternando la medicina

con la cirugía, su verdadera pasión, asistió a cursos en la Escuela del Dr. Madinaveitia. En Los Arcos, ante la imposibilidad de hacer cirugía mayor se forjó quirúrgicamente realizando operaciones en animales. Fue como un “ensayo general” de lo que pondría en marcha poco después. Ya que su vocación de cirujano le indujo a establecerse en Pamplona y a fundar la Clínica de San Francisco Javier en la avenida Galán y García Hernández (después avenida de Franco y hoy Baja Navarra). Pero no fue ésta su única dedicación, ya que también ejerció como médico del Seminario Diocesano.

El éxito en su trabajo profesional le acompañó hasta su muerte en Pamplona el 4 de enero de 1952, a los 55 años de edad, a consecuencia de un infarto de miocardio. Según relató el Dr. Arazuri, el duelo en la ciudad fue tan sentido que sus funerales en la catedral fueron una de las mayores manifestaciones de condolencia conocidas.

Le sustituyó al frente de la clínica el Dr. Abascal y, con el paso de los años, la Clínica de San Francisco Javier se convirtió en un referente para todos los navarros. En los libros de actas donde se recogen los ingresos y las altas sabemos que aparecen algunos nombres muy conocidos junto a otros de personas casi anónimas que pasaron por sus salas y recibieron el tratamiento, el alivio y el consuelo que precisaban.

Con su desaparición se cierra una de las páginas más brillantes y entrañables de la sanidad navarra.

Nuevo Curso Taller Easter School

La edad idónea, el ambiente perfecto

OBJETIVOS:

- Conseguir que el niño/joven cambie su concepto del inglés. El inglés no es una "asignatura", es una lengua, un "instrumento" que sirve para comunicarse con otras personas que no hablan nuestra lengua.
- Reforzar el aprendizaje de inglés de forma relajada.

CARACTERISTICAS:

- Inmersión en un ambiente inglés toda la mañana.
- Clases dinámicas en grupos reducidos.
- Programa pedagógico innovador.
- Actividades variadas en inglés: vídeo, teatro, juegos al aire libre, etc...

FECHAS:

Del 10 de abril al 13 de abril (16 horas)

DURACION:

Horario: De 9 a 13 h.

DIRIGIDO A:

Niños/jóvenes de 6 a 16 años.

UBICACION:

Colegio de Médicos: Centro Baja Navarra, 47.
Mendebaldea: Irunlarrea, 8. Entreplanta.
Rechapea: Avda. Marcelo Celayeta, 75.



Para más información dirigirse a
CLEN College. Tfno.: 948 17 23 91

VERANO'2007

Cursos intensivos de verano en Pamplona

Aprender inglés, francés o alemán, en grupos reducidos de forma rápida, muy intensa y eficaz con profesores especializados en este tipo de enseñanza.

Como complemento a las 4 horas de clases lectivas diarias, el alumno puede reforzar lo aprendido haciendo uso ilimitado del Centro de Recursos, abierto todo el día. Allí dispone de tecnología punta (multimedia), audio-libros, películas en v.o., etc...

DIRIGIDO A:

Niños de 6 a 16 años.
Adultos. A partir de 17 años.

DURACIÓN:

Dos semanas (40 horas)
De lunes a viernes.
Mañanas de 9 a 13 horas (niños y adultos)
Tardes de 16 a 20 horas (adultos)

FECHAS:

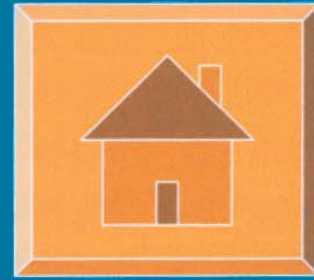
Del 16 de julio - 27 de julio
Del 30 de julio - 10 de agosto
Del 13 de agosto - 24 de agosto
Del 27 de agosto - 7 de septiembre

*Aulas
Climatizadas*



Para más información dirigirse a
CLEN College. Tfno.: 948 17 23 91

VIAJA & APRENDE IDIOMAS



Año académico en Irlanda.

Alojamiento en familias o residencias.

Cursos intensivos.

Habitación individual.

Centros seleccionados con ambiente familiar.

En régimen de media pensión o completa.

Elige Calidad - Elige

CLEN College

Centros reconocidos por el Mtro. de Educación en cada país.

Trabajamos con escuelas visitadas personalmente y seleccionadas en Irlanda, Inglaterra, Francia y Alemania.

Asesoramiento personal y línea directa en el caso de problemas en el país de acogida.

Pide información sin compromiso

CLEN College

Marcelo Celayeta 75, Nave B2, Puerta 2A, Of. 58

31014 Pamplona

Tel: 948172391

E-Mail: noel@medena.es

Anecdulario

“Vivimos con nuestros defectos igual que con nuestros olores corporales: nosotros no los percibimos y no molestan salvo a quienes están con nosotros”

(Anna Teresa Lambert. Escritora y moralista francesa. 1647-1733)

IÑAKI SANTIAGO

¡Milagro! ¡Milagro! –gritarían extasiadas y perplejas, a la vez que emocionadas e incrédulas, aquellas buenas mujeres.

¿Milagro? –responderíamos nosotros extrañados ante semejante actitud.

¡Pues sí! ¡Milagro! ¿O no es un milagro el hecho de que accionando una pequeña llavecita surja un torrente de agua fresca y cristalina, cual manantial de la agreste montaña, en nuestra propia casa?

Y es que aquellas buenas mujeres tenían que acudir diariamente, con el cántaro más o menos gracilmente apoyado en la cadera o en la cabeza, al pozo más cercano, para proveerse del preciado agua. Cómo no iba a parecerles un milagro. ¡Pues claro que sí! ¡Milagro! El agua del grifo es un milagro diario al que no le otorgamos la importancia que se merece.

Y es que... ¡Ay! En este mundo relacionado con el agua hay mucho personaje de poca fe. Demasiados refranes del tipo: “Agua que no has de beber, déjala correr” o “Agua pasada no mueve molino”. Pero yo me atrevo a añadir:

¡Pero hombre de Dios! Aunque no mueva molino o no la vayas a beber... ¡por lo menos utilízala para asearte!

Vamos, que no me explico cómo hoy en día todavía hay gente, demasiada, que no ha descubierto los innegables beneficios de ese líquido elemento que te hidrata, te sacia la sed, te ayuda a regar los campos, te permite realizar exquisitos guisos y... ¡señores! ¡Sí, sí! ¡Y también sirve para lavarse el cuerpecito!

Los médicos nos hemos convertido en auténticos expertos de la ausencia de higiene. Verdaderos *sommelier* de nuestros pacientes. Que si ésta huele a pises con antigüedad de unos 3 años y cierto toque a “*parfum de culotte*”; Que si éste otro huele a sudor con indudable bouquet “*eau de sobaq*”; Que si éste huele a caquita envejecida en gayumbo de algodón; Que si los pies de aquél tienen una pincelada añeja a “*essence du chaussette*”; Que si esa halitosis en de record Guinness;... Porque, la verdad sea dicha, hay halitosis de todo tipo en cuanto

a condición, calidad, cantidad y estilos se refiere, muchas de ellas adornadas con sonrisas que son la pura antítesis de la mítica “*sonrisa Profidén*”. En fin, lo dicho, auténticos expertos en el arte, no sé si de oler, de soportar olores o de “qué le vamos a hacer”.

¿Y qué decir de las lesiones cutáneas que decoran los cuerpos de algunos de nuestros pacientes? Auténticas joyas de la higienodermatología. La envidia de muchos diseñadores de tatuajes. Las hay de todo tipo. Y con denominación de lugar y origen: las lesiones *hidrosolubles*, que recubren las diferentes partes de la superficie cutánea, también llamadas, dependiendo de la D.O., lesiones saponificables; los tumorcillos que crecen de forma descontrolada a nivel del ombligo, auténticos *piercings* naturales, bautizados de forma muy apropiada por algún cirujano como *mierdomas umbilicales*; las excrecencias interdigitales a nivel de los dedos de los pies (os juro que yo los he llegado a ver en los dedos de las manos), que a alguien oí en una ocasión denominar como filisteos, que en hebreo significa invasores.

No obstante, son lesiones que, médicamente hablando, son de fácil resolución, aunque de dudoso cumplimiento terapéutico.

En fin, como vemos, la higiene, da para mucho. Pocas veces por exceso; la mayoría por defecto. Y si no, ahí van dos perlas.

El mejor jabón del mundo

Era la época de la gripe. Esa en la que a nuestros colegas de Primaria les toca patear domicilios a troche y moche. De aquí para allá, de allá para acullá y vuelta a empezar. A nuestro compañero le pusieron un aviso a domicilio: “Ha llamado una señora diciendo que su marido está con fiebre en la cama”. Así es que nuestro protagonista coge solícito su maletín y acude al susodicho domicilio. Amablemente atiende al paciente y diagnostica:

No se preocupen ustedes. Es una gripe. En una semana curado –apostiyó quitando importancia al tema.

Gracias, doctor –contestó con sinceridad



la mujer, ya más tranquila (ya sabéis que estando presentes las mujeres, los maridos no suelen decir ni mu). Y le invitó a nuestro colega a ir al baño –Haga el favor de pasar por aquí para lavarse las manos.

Muy agradecido, señora.

El baño estaba reluciente, con una toalla limpia preparada al efecto. Nuestro protagonista cogió el jabón de la jabonera, de esos jabones de trozo de los de toda la vida, tipo *Chimbo*, y, ante la atenta mirada de la dueña de la casa, por dar conversación, comentó:

Este jabón si que es bueno, señora.

¡Hombre que si es bueno! ¡Como que yo me lavo mis partes con él!

Nuestro compañero tragó saliva, se aclaró rápidamente las manos, se despidió con la mayor educación que le permitió la urgencia que le corroía su interior y salió raudo y veloz hacia el centro de salud, donde, me consta, se lavó las manos hasta casi dejárselas en carne viva, creo que hasta con alguna pequeña náusea.

Acto criminal

La ambulancia llegó a Urgencias con gran celeridad. Más de la habitual. ¡Vamos, como si pasara algo grave! De ella bajaron rápidamente, los dos técnicos con cierto mal color de cara y, sin decir palabra, descargaron a la paciente: una mujer gitana cuyo olor es inexplicable, tanto por la difi-

cultad en su descripción, como por lo arduo que sería intentar definirlo en tan corto espacio. Sólo se me ocurre traducirlo en dos palabras: espeluznante y nauseabundo.

Bueno. Visto que la patología de la paciente no revestía gravedad, el médico de urgencias ordenó:

¡¡Que la laven!! por favor –sonando más a súplica que ha mandato.

Y así, la mujer fue pasada al baño, duchada, se le lavó el pelo y se le perfumó. Parecía otra. Pero...

Llegó el marido. Huelga decir que el aroma que desprendía no difería en demasía al de su consorte.

¡¡Aaaaaayyy!! ¡¿Ande está mi mujeeeeeelllll?!

Tranquilícese –le dijo amablemente la enfermera que lo atendió, mientras intentaba aguantar las bascas que le acudían irremediadamente a la garganta, ante tamaño hedor –Pase por aquí, por favor.

Y fue entonces cuando se armó la marimorena:

¡¡Aaaaaayyy!! ¡¡Sirvelgüeeeeeeenzas!! ¡¡¿Pero c’abis heeeeeecho?!!

Pero... ¿qué le ocurre?

¡¡¡Sus vi a mataaaaaaalllllll!!! ¡¡¿Pero c’abis heeeeeecho?!! –insistía el hombre, ante la incrédula mirada del personal de urgencias y del resto de enfermos y familiares, mientras se movía nerviosamente de lado a lado del pasillo.

Pero ¿qué le ocurre? – insistía la enfermera.

¡¡¡¿Pero no véééééis lo c’abis heeeeeecho?!!! ¡¡¡C’abis cometiioo un cliiiiiimen!!! ¡¡¡Que l’abiiiiis quitao a mi mujeeeeeel el olor a jeeeeembra!!! ¡¡¡Qué vi hacé yo ahoooooora con eeeeeella!!!

No me preguntéis cómo acabó el tema porque tras aquel escándalo monumental se llevó a su pobre mujer a casa, supongo yo que con la idea de que recuperara su “olor a hembra”. Verídico.

¡Angelicos!

Las "Meninas" de Zuriguel



Francisca Zuriguel en la inauguración de la exposición.

La obra de Francisca Zuriguel ha permanecido en la Sala de Exposiciones de la Fundación Colegio de Médicos del 20 de febrero al 20 de marzo. En la obra expuesta, la pintora ha mostrado lienzos inspirados en "Las Meninas" de Velázquez. Con su especial acento se ha acercado a esta obra, mostrando los diversos y diferentes ángulos que encierra "saltando por encima de la barrera de la dificultad" como expresa Salvador Martín Cruz, crítico de arte. Añade que "con independencia de lo que este esfuerzo tiene de ensayo, representa un ejercicio de bien hacer", que se añade a los éxitos ya alcanzados por una artista conocida y reconocida en Navarra.

Próximas exposiciones

Del 17 de Abril al 17 de Mayo
Jesús López: interacción de colores para los amantes del paisaje.

Con gran dominio de las perspectivas, como corresponde a quien ha seguido los estudios de arquitectura, el artista Jesús López, figurativo y con reminiscencias impresionistas, expone 24 de sus obras en la Galería del Colegio de Médicos. Largos años pintando en Madrid, donde colaboró en importantes eventos le permiten también, conocer y practicar la interacción de los colores; en lugar de plasmar la pintura mediante contrastes cromáticos, consiguiendo así una temperatura mucho más nivelada y amable, sin bruscos contrastes que tenderían a endurecer la obra. Tanto en los paisajes urbanos como en los rurales podemos disfrutar de una rica paleta pródiga en

colores fríos para los espacios lejanos que van adquiriendo calor, suavemente, a medida que se aproximan al primer plano. La estudiada composición de las luces, queda patente, sobre todo, al comparar los paisajes pintados con la luz de Navarra, con los paisajes pintados con la luz del Mediterráneo, de mayor luminosidad, consiguiendo los contrastes luminosos, principalmente al acentuar los tonos calientes, terrosos de aquellas latitudes. En la presente exposición Jesús López nos ofrece la posibilidad de disfrutar también de retratos, figuras y bodegones. Quiero destacar las copias, o interpretaciones más bien, de las bailarinas de Edgar DEGAS. En resumen, una exposición que hará las delicias de los amantes del paisaje, que podrán contemplar y hasta comprar interesantes obras.

AITA Comisario de la Exposición.



"Plaza del Castillo" del pintor Jesús López.

Del 25 de Mayo al 25 de Junio
Exposición colectiva del Taller de Cerámica Gero Arte.

Exposición colectiva de obras realizadas en cerámica y procedentes del Taller de Cerámica Gero Arte (dirigido por Estrella Los Arcos). Obras modeladas o esculpidas en barro de diferente composición y tratamiento, y que incorpora otros materiales como metal o cristal.



Prometer no es dar sino alegrar...

En breve, los partidos y asociaciones políticas comenzarán a martillearnos, de modo implacable, con sus mensajes electorales o electoralistas. Los que se enclaven en el grupo de potenciales gobernantes adoptarán programas verosímiles que luego llegarán a cumplirse o no en función de la economía, de otras prioridades políticas o de las circunstancias que les enfrenten a la oposición. Aquellos que, de antemano, se saben imposibles para encabezar gobierno, adoptarán sin rubor promesas inalcanzables que enferboricen al electorado con su carácter utópico. Y para hacer vibrar la fibra emocional, sin duda que se presentará un extraordinario plan de salud. No hay escaparate mejor donde se vean reflejadas las ansias de todos los ciudadanos. No olvidemos el eslogan: "La salud es lo que importa". Se prometerá una sanidad pública sin listas de espera, dotada con los medios diagnósticos más sofisticados, con una atención urgente inmediata y sin demoras... Se recalcará el tópico de que hay que contar con los médicos y ATSs porque "el factor humano" es lo esencial en la asistencia, pero... ¿realmente se cuenta con este sector o simplemente se manipula su función?

La sociedad Navarra, en particular, ha cambiado de modo ostensible en el último lustro. Los parámetros económicos y de bienestar social apuntan a las mejores cotas observadas en el país. La renta "per cápita" y el nivel de empleo han ascendido al podium del Estado. Analizando la sanidad, desde un punto de vista macroscópico, cuenta con el beneplácito del resto de las comunidades como ampliamente destacada, pero ¿es sostenible el ritmo de marcha al que cabalgamos? ¿Se hallan satisfechos los profesionales o más bien se encuentran desbordados por una demanda creciente de servicios únicamente alcanzables gracias a la vocación, entrega y denodado sacrificio de ellos mismos? Imposible atender a cuarenta o más pacientes diarios sin echar mano de ese sentido profundo de responsabilidad acompañado de hastío. La plataforma "10 minutos", que encabeza un movimiento de mejora global de calidad asistencial bajo ese lema, junto a otras agrupaciones, viene reivindicando un modelo sanitario de atención más acorde con las necesidades sociales. A día de hoy, no hay



JOSÉ
MANUEL
CENZANO

médicos suficientes en el erario público para una correcta asistencia; la atención primaria se halla sobrecargada por una demanda insaciable; nos estamos quedando sin médicos sustitutos que reciben ofertas de contrato miserables a tiempo parcial; los servicios de urgencia hospitalarios están convirtiendo sus consultas en despachos de atención primaria continuada durante todo el día con la ventaja de disponer de atajos para la realización de pruebas complementarias; las fuertes inversiones en salud no mejoran proporcionalmente las tasas de morbilidad... y finalmente la calidad de la asistencia va deteriorándose en aras a poder conseguir quitarse de delante la cantidad abrumadora.

Creo que un grupo de expertos, íntimos conocedores de los escollos que plantea la práctica diaria, debería definir el patrón básico de la asistencia que permita una buena relación médico-paciente: tiempo adecuado por consulta, una atención primaria con mayor capacidad de resolución que descargue el sobrepeso innecesario de la atención especializada, una adecuación de cada puesto de trabajo a las funciones a realizar, la escucha atenta a los dictámenes de salud laboral para mermar al máximo los riesgos en el trabajo y el conocimiento de las necesidades (tanto de formación como crematísticas) de los profesionales sin temor a la equiparación con los homólogos europeos, deben ser aspectos a tener en cuenta a la hora de actualizar el modelo sanitario, acorde a la realidad social que vivimos.

¡Ánimo políticos! Y a aguzar el ingenio. Profesionales motivados y pacientes satisfechos: ese es el reto.

“ Los mensajes electorales recalcarán el tópico de que hay que contar con los médicos y ATSs porque “el factor humano” es lo esencial en la asistencia, pero... ¿realmente se cuenta con este sector o simplemente se manipula su función? ”