

**MEMORIA PARA LA CREACIÓN DE LA CÁTEDRA DE
LA UNIVERSIDAD DE BURGOS DENOMINADA
“CÁTEDRA ROTARY PARA EL ESTUDIO DE LOS
AFECTADOS POR LA POLIOMIELITIS Y
SÍNDROME POSTPOLIO”, PATROCINADA POR
EL ROTARY CLUB DE BURGOS**

ÍNDICE

1. DENOMINACION Y JUSTIFICACIÓN DE CREACIÓN DE LA CÁTEDRA.....	3
1.1. LA DENOMINACION.....	3
1.2. JUSTIFICACION DE CREACION DE LA CÁTEDRA	3
2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMEDAD	
2.1. EL VIRUS DE LA POLIOMIELITIS.....	4
2.2. LAS EPIDEMIAS DE LA POLIOMIELITIS.....	5
2.3. LAS VACUNAS Y LA VACUNACIÓN.....	6
2.4. LA POLIOMIELITIS EN ESPAÑA.....	7
2.5. SITUACIÓN ACTUAL DE LA POLIOMIELITIS.....	9
2.6. SÍNDROME POSTPOLIO.....	11
3. OBJETIVOS DE LA CÁTEDRA.....	13
4. ACTIVIDADES PROMOVIDAS POR LA CÁTEDRA.....	13
5. FINANCIACIÓN.....	14
6. COMITÉ DE DIRECCIÓN.....	14

1. DENOMINACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE CREACIÓN DE LA CÁTEDRA

1.1 DENOMINACIÓN

La cátedra como iniciativa del Rotary Club de Burgos y como reconocimiento Internacional de Rotary por los esfuerzos en erradicación de la Poliomielitis del mundo, se denominara: CATEDRA ROTARY PARA EL ESTUDIO DE LOS AFECTADOS POR LA POLIOMIELITIS Y SINDROME POST POLIO.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE CREACIÓN DE LA CÁTEDRA

Con fecha 24 de noviembre de 2022, se firmó el Convenio de colaboración específico entre el Rotary Club de Burgos y la Universidad de Burgos para la realización de estudios sobre la poliomielitis en el siglo XXI, y la preparación de la Memoria de creación de una cátedra para su desarrollo. Esta Memoria responde al compromiso adquirido en el citado Convenio, con objeto de crear formalmente la Cátedra Rotary para el estudio de los afectados de la poliomielitis y síndrome postpolio.

Rotary International es uno de los miembros fundadores de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio en la que viene trabajando desde hace más de 35 años, promoviendo tanto campañas de vacunación, como colaboraciones y estudios muy avanzados sobre la enfermedad.

La reciente Ley 20/2022 de 19 de Octubre, de Memoria Democrática (BOE 20-10-2022), en su disposición adicional undécima, establece que *En reconocimiento del sufrimiento padecido por las personas que fueron afectadas por el poliovirus durante la pandemia que asoló a España a partir de los años cincuenta del siglo XX, el Gobierno promoverá investigaciones y estudios que esclarezcan la verdad de lo acaecido respecto de la expansión de la epidemia durante la dictadura franquista, así como las medidas de carácter sanitario y social en favor de las personas afectadas por la polio, efectos tardíos de la polio y post-polio, que posibiliten su calidad de vida, contando con la participación de las entidades representativas de los afectados sobrevivientes a la polio.* Todavía no podemos conocer como se sustanciará este compromiso en la práctica, pero ya la Ley obliga a promover medidas de carácter

sanitario y social a las personas afectadas por la enfermedad.

Creemos que dicha obligación legal es muy relevante. En primer lugar para los afectados, que en la actualidad carecen incluso de los más elementales instrumentos de protección social. Ni siquiera existe en toda Castilla y León una asociación que agrupe a los afectados y les sirva como apoyo y protección, como por otra parte sucede en casi toda España. En segundo lugar, el cumplimiento de la disposición legal citada debería llevar a un incremento de los fondos hacia la investigación de la enfermedad y sus secuelas. Por estos motivos, pensamos que la creación de la Cátedra precisamente en este momento es una gran oportunidad y mejorará la visibilidad de los afectados por la polio y el síndrome postpolio, así como de la Universidad de Burgos en el campo biomédico.

Deseamos que la Cátedra se convierta en una plataforma académica y aspire a coordinar, aunar, canalizar y centralizar todos los esfuerzos e iniciativas que nazcan para dar respuesta, a los niveles sanitario, social y académico, de los requerimientos de los afectados de la poliomielitis y síndrome postpolio en España e incluso a nivel internacional. La Cátedra debería llegar a convertirse en un referente y foro de conocimientos de este tipo de patologías asociadas a las secuelas de la polio y del síndrome postpolio. Asimismo, la Cátedra debe aspirar a convertirse en una referencia ahora para Rotary, en poder abanderar el apoyo a los afectados por la poliomielitis y síndrome postpolio.

2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENFERMEDAD

2.1 EL VIRUS DE LA POLIOMIELITIS

La palabra Poliomielitis procede del griego Polios: Gris. Myelos: Medula. Itis: Inflamación/infección. Es una enfermedad causada por un enterovirus conocido como poliovirus (VP). Es un RNA virus, neurotrófico, del que existen 3 serotipos Salvajes (WILD) ó Naturales (WVP1, WVP2 y WVP3). El WVP1 ha sido el mayor causante de casi todas las epidemias (88%). Los Serotipos WP2 y WP3 ya están certificados su erradicación.

El WVP tiene la característica de ser muy transmisible por vía fecal-oral a través del agua y los alimentos contaminados, al poder soportar altas temperaturas y medios ácidos, pudiendo permanecer largo tiempo en aguas residuales. El único huésped del WVP es el hombre que lo puede transmitir durante un largo periodo de tiempo, por vía fecal, secreciones orales y naso-faríngeas por vía respiratoria. Se transmiten con gran facilidad, más del 90% de las personas que conviven con un enfermo de poliomielitis y que no se han infectado antes por el WVP involucrado resultan infectados. El virus después de pasar por faringe e intestino se propaga por la sangre, pudiendo llegar al Sistema Linfático y al asta anterior de la Medula Espinal.

La infección afecta principalmente a varones entre 2-5 años de edad. En el 90-95% de los infectados no se producen síntomas y solo presentan enfermedad sintomática entre el 5-10%. Con distintas expresiones clínicas de la enfermedad: poliomielitis abortiva (leve) con síntomas gastrointestinales, fiebre y mialgia. Poliomielitis no paralítica (grave) con fiebre y signos de meningitis aséptica y un 50% de estos casos desarrollan la poliomielitis paralítica (1-2% del total de los casos) con debilidad muscular fulminante asimétrica, atrofas musculares y fasciculaciones sobre todo en Miembros Inferiores y en menor frecuencia afectación de los núcleos motores del bulbo raquídeo con parálisis de músculos respiratorios (5-20%). En algunos casos se han descrito encefalitis víricas. El diagnóstico de la enfermedad se hace por estudio virológico de las heces.

No existe tratamiento médico específico para la enfermedad, solo sintomático en la fase aguda. Solo las vacunas pueden prevenir la enfermedad. Posteriormente a la fase aguda, la fisioterapia rehabilitadora puede mejorar los déficits. Las ortesis y la cirugía ortopédica puede aliviar deformaciones articulares.

2.2 LAS EPIDEMIAS DE POLIOMIELITIS

Hace alrededor de 3.000 años que se conoce la poliomielitis. En una estela egipcia fechada entre 1580-1350 años, muestra un sacerdote con una pierna atrofiada con pie equino, probablemente debido a la poliomielitis. Muchas de las escenas de cuadros antiguos, donde se representan personas paralíticas en las puertas de los centros religiosos ó de los que recorrieron el Camino de Santiago padecían de poliomielitis.

Las primeras descripciones clínicas datan de 1795 en Inglaterra, 1813 en Italia, 1823 en la India y 1890-93 en Estados Unidos. No obstante la primera vez que la enfermedad es reconocida como entidad clínica fue en 1840 por el ortopedista alemán Jajob Heine y el pediatra Sueco Karl Oskar Medin, por lo que se conoce como la Enfermedad de Heine-Medin.

Paradójicamente desde principios del siglo XX, con la mejora de las condiciones sanitarias, se vino observando un aumento en la incidencia de brotes epidémicos de poliomielitis en niños, adolescentes y adultos jóvenes en ciudades de países industrializados (Estados Unidos, Australia, Canadá y Países Escandinavos). Las epidemias de Escandinavia y Nordeste de Estados Unidos en 1916 fueron especialmente virulentas. En la ciudad de New York ocasionó 27.000 enfermos y cerca de 6.000 muertos. También las epidemias de USA, Canadá y Dinamarca (de los años 30 y 50 desencadenan una oleada de temor e impotencia ante las secuelas de parálisis discapacitantes en niños para el resto de sus vidas, que generó una alarma y presión social para poder solucionar la enfermedad en el mas corto espacio de tiempo, iniciándose una carrera de solidaridad e investigación sin precedentes. Puede decirse, sin duda, que en la década de los 50 la poliomielitis constituía la principal preocupación del mundo desarrollado en lo que concernía a las enfermedades infecciosas.

2.3 LAS VACUNAS Y LA VACUNACION

En 1949 F. Enders, T. Huckle Weller y F. Chapman Robbins, informaron sobre el éxito del crecimiento del poliovirus en varios tipos de tejidos (células vero de tejidos renales de mono), paso fundamental para poder desarrollar las vacunas. Por este hallazgo se les concedió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1954.

Jonas Salk, desarrolla entre 1952-1957 en la Universidad de Pittsburg (USA) una vacuna con virus inactivos por formaldehído, inyectable I.M; que tras el éxito de ensayos de campo en mas de 1 millón de alumnos entre 6-9 años en USA, Canada y Finlandia. Se publicita por Thomas Francis Jr como “una vacuna efectiva, segura y potente” el dia 12 de Abril 1955 en rueda de prensa con J. Salk, en el auditorio del Rackham Hall de la Universidad de Michigan.

A la par el polaco Albert Sabin entre 1957-1960, diseña otra vacuna de virus atenuados por la temperatura, via oral, también efectiva con el virus de la Poliomiélitis; que desarrolla en ensayos extensos por el Ministerio de Sanidad de la Unión Soviética, gracias a la colaboración del matrimonio de los virólogos Mikhail Chumanov y Marina Voroshilova.

Desde el 29 de Septiembre de 1979 en que James L. Bomar presidente el Rotary internacional (R.I.) con voluntarios administraron las primeras gotas de la vacuna antipolio a un grupo de niños en un Centro de Salud de Guadalupe Viejo en Makati (Filipinas), donde lanza por medio del programa de Subvenciones de Salud, nutrición y desarrollo humano una campaña masiva de vacunación en Filipinas. RI no ha parado en su empeño de erradicación de la Poliomiélitis en el mundo.

Tras el éxito de la campaña filipina y de PolioPlus en 1985 de RI, con el apoyo del Dr. Canseco, presidente de RI y consultor de la OMS, en 1988 nace Global Polio Eradication Initiative (GPEI), una coalición mundial para la erradicación de la Polio de Rotary Internacional con la OMS, UNICEF, Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, Alianza Mundial para las Vacunas e Inmunización (GAVI) y la Fundación Bill&Melinda Gates. RI ha contribuido hasta ahora con más de 2.100 millones de dólares de los 17.300 millones invertidos desde 1985 para la erradicación de la enfermedad

2.4 LA POLIOMIELITIS EN ESPAÑA

En España las epidemias más severas están documentadas entre 1950-1963, con una incidencia de casos que osciló 1.000-2.500 casos/año de poliomiélitis paralítica. Las zonas del levante y del sur fueron las más afectadas, así como las ciudades de Madrid y Barcelona. Los niños menores de 7 años fueron los más sensibles al virus en un 95%, siendo el WVP1 el responsable del 85% de los casos. En el sexenio 1958-1963 la Polio en España provocaba 2000 casos de polio paralítica y 200 fallecidos al año.

En 1957 la vacuna de Salk de virus inactivados, inyectable intramuscular se encuentra disponible. El Pediatra Dr. Bosch Marin fue quien defendió su utilización. La Dirección General de Sanidad entre 1958-1963 realiza una vacunación de baja intensidad y entre 1961-1962 se vacunó al 10% de la población susceptible. El Dr.

Boch reconoce en la Real Academia Nacional de Medicina el 13-3-1962, el importante número de casos de poliomielitis, apelando a la obligatoriedad de la vacunación. El Dr. Perez Gallardo, médico del cuerpo de Sanidad Nacional defiende la utilización de la vacuna oral de Sabin.

Entre ambos médicos y sus apoyos, tanto de ámbito nacional como internacional, se desarrolla en Madrid durante los primeros meses del año 1963, lo que ha sido en llamarse la “Batalla de Madrid”, que fue una pugna por dilucidar que tipo de vacuna era la más conveniente de utilización en España. Se escenificó en Madrid, en distintas conferencias científicas en la Real Academia Nacional de Medicina, Escuela Nacional de Sanidad, Sociedad de Pediatría de Madrid y Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Fue decisiva en esta batalla, la presencia del Dr. Sabin en Madrid, invitado por el Dr. Perez Gallardo. Estuvo 6 días en los que dio 3 conferencias en la Escuela Nacional de Sanidad y en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y varias ruedas de prensa, aceptando los científicos españoles la vacuna oral como mejor opción para una vacunación rápida, gratuita y universal en España. Tras el éxito de una campaña piloto de vacunación en niños en las provincias de Lugo y León en Mayo de 1963 con la vacuna de Sabin. El 14 de Noviembre de 1963 el Ministerio de la Gobernación D. Camilo Alonso Vega anunció la Primera Campaña Nacional contra la Polio. Nunca en tan poco tiempo y con tan baja inversión se dio un paso tan trascendental por la administración sanitaria de España (Dirección General de Sanidad).

Los casos de Polio se redujeron de forma drástica, lo que avalaba la efectividad de la vacuna oral. En los años posteriores sobre todo en 1969 hubo un nuevo brote epidémico que se achacó a dosis incompletas, desabastecimiento de vacunas, bolsas de no vacunados en zonas rurales, periodos de meses sin vacunación etc.

España está libre de polio (WPV) desde 1989 y del poliovirus asociado a la Vacuna (PAV) desde el 2001. En la actualidad la vacuna inyectable de la polio está dentro del calendario vacunal de los niños en España (con dosis a los 2º, 4º y 12º meses y una recuerdo a los 6 años), que mantiene desde 1966 una cobertura de primovacunación del 95%, aunque en los últimos años ha ido descendiendo con 92,3% en el año 2021.

Actualmente en España, ante el riesgo de aparición de nuevos casos, se realiza una vigilancia epidemiológica estrecha, por medio del seguimiento de todas las Parálisis Flácidas en menores de 15 años y de los enterovirus. Los últimos casos de poliomielitis en territorio español, son casos de polio provocados por la vacuna en niños inmunodeprimidos el último en años 2001 o exportados de otros países (Marruecos (2005), Pakistan (2019) y Senegal (2021)).

2.5 SITUACION ACTUAL DE LA POLIOMIELITIS

2.5.1 LA POLIOMIELITIS EN EL MUNDO

En 1988 cada año se registraban 350.000 casos de polio en 125 países. Desde entonces cada año se vacunan a 400 millones de niños con 2.000 millones de dosis de vacuna (OPV2-Bivalente) y gracias a ello 19 millones de personas caminan y 1,5 millones más viven. La vacunación universal tiene la finalidad de detener la transmisión y prevenir la aparición de brotes epidémicos, consiguiendo una inmunidad colectiva. El virus al no encontrar huéspedes sensibles se extingue; para eso se precisa en el caso del virus de la Polio una tasa de vacunación del 80% de la población.

Año tras año se han ido reduciendo los casos de Poliomielitis en el mundo y se han ido certificando zonas libres de Poliovirus salvaje (WVP). Europa está libre de WPV desde el 2002 y aunque África se certificó su erradicación en el 2020, tras la campaña “ Kick Polio out of Africa”, nuevamente se han notificado casos aislados del WVP; aunque lo más preocupante en África es la existencia de un gran número de casos de poliomielitis asociada a la vacuna lo que supone un importante reto todavía por resolver por los vacunólogos. En la actualidad a fecha de 29-8-2022 los casos de poliovirus salvaje (WVP) son:

- Pakistán: 14 casos.
- Afganistán: 1 caso
- Mozambique: 5 casos
- Malawi: 1 caso

Recientemente (verano/2022) se han detectado virus derivados de la vacuna tipo 2 (VPdv2) en aguas residuales en países con altos índices de desarrollo humano. Nueva York declaró el estado de emergencia por la Polio, al detectarse un caso de

Polio paralítica. También en Londres han lanzado una campaña de vacunación urgente a un millón de niños. El virus de la polio aprovecha cualquier resquicio como la infrainmunización para volver a infectar, sobre todo en países con brechas vacunales. Mientras haya circulación del poliovirus en el mundo existe la posibilidad de introducción de poliovirus salvaje o derivados de la vacuna.

El desplazamiento de millones de personas desde Ucrania, con coberturas vacunales deficientes, supone también un reto para toda Europa

Los objetivos del GPEI para 2023 es romper la cadena de transmisión del poliovirus salvaje, para su certificación de erradicación en el 2026.

2.5.2 LOS AFECTADOS POR LA POLIOMIELITIS

20 millones de niños y adultos siguen afectándose a diario o viven con secuelas, que asociadas ahora a la morbilidad de otras enfermedades propias de la edad, provocan una importante discapacidad, como reflejan N. Ellen Groce *et al.* en el trabajo “The global eradication initiative-polio eradication cannot be the only goal”, Publicado en Lancet Sept 2021, donde no solo la erradicación de la Polio puede ser el objetivo principal cuando existen tanto afectados en el mundo por esta enfermedad.

En la actualidad se desconoce el número de personas con secuelas con la polio en España, tras las epidemias de los años 50 y 60. Hay una gran variabilidad según las fuentes que se consulten y van desde 300.000-20.000. Se les ha llamado los “niños de la Polio” y los afectados tienen en la actualidad entre 55-72 años. El Síndrome Post Polio podría afectar en España a unas 36.000 personas, según el informe del Instituto de Salud Carlos III.

Es un colectivo olvidado y la sociedad está en deuda con ellos. El poder desarrollar estudios de investigación epidemiológicos, situación clínica y social, es un deber que la sociedad científica tiene con ellos para su visualización. La batalla contra la Poliomiélitis no se ganará hasta que la comunidad mundial pueda garantizar que las necesidades de las personas que viven con las consecuencias incapacitantes de la Poliomiélitis puedan ser atendidas.

2.6 EL SINDROME POSTPOLIO

El síndrome postpolio (SPP) es un síndrome específico que se caracteriza por el desarrollo de nuevos síntomas neurológicos. En especial, por la aparición de debilidad, atrofia y fatiga muscular que no son explicables por otra causa médica, y que aparecen después de más de 15 años de la infección aguda.

En 1875 M Raymond describió la aparición de una atrofia y debilidad muscular progresiva en tres individuos supervivientes de una poliomiелitis aguda en la infancia. Jean-Martin Charcot sugirió que la lesión inicial dejaría a las neuronas de estos individuos más sensibles para desarrollar enfermedades medulares posteriores y que la nueva debilidad era consecuencia del sobreuso de los músculos afectados. En 1979, tras la publicación de la descripción realizada por un paciente de 57 años que desarrolló dificultades motoras tras el padecimiento de una poliomiелitis, se produjo un incremento importante de comentarios de otros individuos con síntomas similares, llegando a acuñarse en los años 80 el término de SPP.

La prevalencia es poco conocida y varía según los estudios y los diferentes criterios diagnósticos que se apliquen, estimándose que afecta del 20% al 85% de individuos con antecedentes de poliomiелitis en la infancia.

Existen diferentes criterios diagnósticos, siendo los más comunes los siguientes:

- Episodio previo de poliomiелitis con pérdida residual de motoneuronas (confirmado mediante historia clínica, examen neurológico o electromiografía).
- Periodo de estabilidad neurológica y funcional tras la recuperación del episodio agudo (habitualmente superior a 15 años).
- Desarrollo gradual, o más raramente abrupto, de nueva debilidad o fatiga muscular anormal o atrofia muscular.
- Los síntomas persisten al menos un año.

Debe excluirse la presencia de otras causas neurológicas, médicas o traumatológicas que expliquen los síntomas y se describen unos criterios electromiográficos.

Los pacientes presentan síntomas y signos variados como consecuencia del deterioro de las neuronas motoras espinales. Entre ellos se encuentran la fatiga, que

es el síntoma más frecuente afectando al 80% de los individuos con SPP. También la debilidad muscular progresiva, que puede afectar tanto a territorios clínicamente afectos previamente como a otros nuevos, así como nueva atrofia muscular. Además puede aparecer dolor muscular, fasciculaciones, síntomas bulbares y respiratorios, alteraciones del sueño e intolerancia al frío.

En la exploración se observa una debilidad flácida y asimétrica con hiporreflexia en los territorios afectados, sin alteraciones sensoriales. Los estudios de laboratorio son normales salvo leve elevación de creatinquinasa en algunos individuos, y el líquido cefalorraquídeo (LCR) también es normal. El electromiograma muestra signos de afectación neurógena de larga evolución, indistinguible de aquellos individuos con secuelas estables de una poliomielitis aguda. Los estudios de anatomía patológica muestran predominio de fibras tipo I, reagrupamiento por tipos de fibras, fibras anguladas atróficas y fibras con hipertrofia, todo ello característicos de reinervación crónica.

No existe un factor de riesgo claramente definido para desarrollar un SPP. Sin embargo, este cuadro es más frecuente en función del sexo siendo más frecuente en mujeres, de la gravedad del proceso inicial, del grado de recuperación funcional, de las secuelas, de la edad en el momento del cuadro agudo y del tiempo de latencia desde el episodio agudo.

La etiopatogénesis del SPP es desconocida. La presencia de secuencias del genoma mutado del virus de la poliomielitis en LCR de algunos pacientes sugiere que una infección crónica en las neuronas infectadas pudiera ser el mecanismo. También se considera que el proceso normal de envejecimiento podría contribuir a la aparición de los síntomas, no sólo en territorios clínicamente afectos, sino también en aquellos sin debilidad aparente en la fase de recuperación. Otra hipótesis es la presencia de un cuadro inflamatorio persistente que condicionaría una respuesta inmune aberrante tardía. Además, se ha implicado el estrés o sobreuso, y factores genéticos.

No existe un tratamiento farmacológico que haya demostrado eficacia. La terapia actual más eficaz se basa en tratamiento sintomático y de soporte. Se recomienda ejercicio físico moderado evitando inactividad y sobreesfuerzo, reducir el peso y hacer uso de ayudas técnicas y soporte ventilatorio no invasivo si es necesario. Para el tratamiento de la fatiga se han probado diferentes fármacos como modafinilo,

amantadina, piridostigmina, prednisona, coenzima Q10, sin resultados concluyentes. También se ha utilizado lamotrigina para fatiga y dolor, así como inmunoglobulinas intravenosas, cuyos resultados pueden ser beneficiosos, pero se necesitan estudios de investigación adicionales.

La presentación insidiosa, la edad de aparición y la inespecificidad de los síntomas hacen que sea un proceso difícil de diagnosticar. Además, los nuevos síntomas, la reducción en la capacidad funcional y el deterioro en la calidad de vida condicionan un gran impacto en los pacientes. Todo ello determina que el SPP constituya un reto tanto para profesionales como responsables de los sistemas sanitarios y sociales que deben proveer de recursos asistenciales apropiados.

3. OBJETIVOS DE LA CÁTEDRA

La Cátedra, haciéndose eco de lo previsto Disposición Adicional Undécima de la Ley 20/2022 de 19 de Octubre, de Memoria Democrática, tiene como objetivos los siguientes:

- a) Promover la investigación y el conocimiento sobre la polio y efectos del síndrome postpolio, tanto desde el punto de vista médico como el social.
- b) Dar cobertura a los afectados mediante el impulso del movimiento asociativo.

Adicionalmente, es un objetivo de la Cátedra contribuir a la visibilización de la Universidad de Burgos como una referencia dentro del ámbito biomédico en España.

4. ACTIVIDADES PROMOVIDAS POR LA CÁTEDRA

Con el objeto poder cubrir los objetivos enunciados en el punto anterior, la Cátedra promoverá cualquier actividad orientada a cubrirlos y, en concreto, las siguientes:

- a) Promover y financiar investigaciones de profesores, profesionales y/o alumnos en los ámbitos de la polio y síndrome postpolio mediante ayudas directas y/o convocatorias competitivas para becas y proyectos de investigación.

- b) Premiar a los mejores trabajos de investigación en la materia, así como a las mejores iniciativas de carácter social a favor de los afectados por la polio y síndrome postpolio.
- c) Organizar y participar en foros, congresos, seminarios, jornadas, conferencias, charlas o exposiciones relativas a las materias expresadas.
- d) Editar o colaborar en publicaciones relacionadas con las materias indicadas.
- e) Realizar cursos de formación y acciones de divulgación sobre la poliomielitis y sus secuelas.
- f) Cualquier otra actividad dedicada a la investigación, estudio, conocimiento, divulgación o formación en temas relacionados con el Síndrome Postpolio y la determinación de las secuelas de la Poliomielitis.
- g) Promover la creación de una página web para la difusión de los objetivos, finalidades y actividades de la Cátedra.
- h) Promover una Asociación de Afectados de Poliomielitis en Castilla y León.

5. FINANCIACIÓN

La financiación de las anteriores acciones contará un presupuesto mínimo anual de 2.400 €. Esta cantidad será aportada por el Rotary Club de Burgos a partir de sus fondos propios. Dicho importe podrá verse acrecentado con las aportaciones realizadas por administraciones o donantes privados que reciba el Rotary Club de Burgos para tal fin.

6. COMITÉ DE DIRECCIÓN

El Comité de Dirección de la Cátedra tendrá como funciones:

- Aprobar los presupuestos anuales
- Programar las actividades y convocatorias

- Decidir el destino de los fondos disponibles
- Aprobar la memoria anual de actividades

El Comité de Dirección estará formado por los siguientes miembros:

- Director: El Presidente del Rotary Club de Burgos o miembro del Club en quien delegue
- Director Académico: El Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud o profesor de la UBU en quien delegue
- Vocal: Rector Magnífico de la Universidad de Burgos o persona en quien delegue
- Vocal: Profesor de la UBU de la Facultad de Ciencias de la Salud, estrechamente relacionado con la materia de la Cátedra
- Vocal: Miembro del Rotary Club de Burgos
- Secretario (sin voto): miembro del Rotary Club de Burgos

El Comité de Dirección se reunirá en reunión ordinaria, dos veces al año, La convocatoria le corresponde al Secretario por orden del Director. Estas reuniones ordinarias tendrán lugar en los meses de junio, para aprobar la memoria de actividades, y en el mes de septiembre u octubre para aprobar las actividades del año.

El Comité de Dirección se reunirá en sesión extraordinaria siempre que así lo decida el Director o lo soliciten dos de los miembros del Comité.

El Director podrá invitar a las reuniones de la Comisión con voz pero sin voto a cuantas personas considere, de acuerdo al Orden del Día de las mismas.

El Comité de Dirección, como órgano colegiado, se regirá por lo previsto en la Sección Tercera, Capítulo II, Título Preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público", en lo no previsto en esta Memoria.

A propuesta del Director y con la aprobación del Comité, se podrá constituir un Comité de Expertos formado por Científicos en las diversas ramas asistenciales y médicas implicadas en la Poliomiélitis y sus secuelas como: Traumatología ortopédica, Rehabilitación, Cirugía Plástica, Virología, expertos en vacunas, Neurofisiología,

Neurología, Servicios sociales y otras..., con el objetivo de asesorar en la consecución de los objetivos.

En Burgos, 4 de diciembre de 2022