SORIA colegio oficial de Médicos

DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

JULIO - AGOSTO

2026

ESPAÑA

Los 120 'desiertos médicos'

● Más de un millar de plazas MIR de Medicina de Familia han quedado vacantes en los últimos 20 años por falta de incentivos ● «Dispersión, sobrecarga y vulnerabilidad», así es el día a día en las zonas rurales

PILAR PÉREZ MADRID

Tras una fase extraordinaria de adjudicación de plazas de Formación Sanitaria Especializada correspondientes a la convocatoria 2025/2026 han quedado 120 vacantes en Medicina de Familia y Comunitaria. Y de nuevo se pone la diana en por qué los estudiantes de Medicina no quieren ejercer donde la situación es compleja por la localización y los recursos. Rafael Manuel Micó Pérez, vicepresidente de Semergen (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) y médico de familia en el Centro Fontanars dels Alforins (Valencia) lo resume contundente: «Se eligen las grandes ciudades porque la gente vive a su alrededor y luego tienen otras salidas laborales cercanas. Porque si te mandan a un pueblo perdido, aparte de que tienes que poner el coche y la comida, se paga menos. Además, se necesita conciliación familiar en una profesión cada vez más feminizada. Buscan algo más que un sueldo, un lugar donde desarrollarse».

Desde la Fundación de Estudios del Simeg, Vicente Matas explica que «aunque se adjudicaron todas las plazas, este año ha existido una nueva ronda extraordinaria de aquellas que quedaron vacantes por no tomar posesión o renuncia. En otros años estas plazas que quedaban vacantes por no tomar posesión o renuncia no se adjudicaban en otro proceso extraordinario y quedaban vacantes, aunque el Ministerio no daba datos en los últimos años».

Pese a ese esfuerzo, esas 120 renuncias muestran un problema ya enquistado: las dificultades para atraer el talento a las zonas de difícil cobertura en Atención Primaria. En los últimos 20 años, hay contabilizadas 1.123 vacantes en la especialidad formativa de Medicina de Familia y Comunitaria en la convocatoria ordinaria. Y, al contrario que este año, cuesta más conocer quiénes abandonan antes de empezar o durante la formación. Sin embargo, testimonios de médicos al pie del cañón dejan claro por qué: «Dispersión, sobrecarga, vulnerabilidad, envejecimiento, compromiso...». Así describen facultativos de zonas rurales de Extremadura, Aragón y Comunidad Valenciana su día a día.

Eva Trillo Calvo trabaja en un centro rural situado a aproximadamente 52 km de Zaragoza capital, Belchite. Su equipo presta asistencia a una población dispersa en varios municipios y consultorios. «Aragón presenta, además, una característica muy marcada: es una comunidad profundamente *zaragozacéntrica*. En torno al 80% de la población se concentra en la urbe y su área de influencia, y cada vez resulta más difícil cubrir plazas fuera de un radio aproximado de 15 o 20 kilómetros de la capital». En las convocatorias MIR de 2022, 2023 y 2024 esta región acumula 36 vacantes de formación. A la falta de captación de talento, se suma que la «cobertura se ha ido agravando en los últimos años», apunta Trillo que sostiene que llevan tiempo trabajando con dos personas menos.



Eva Trillo Calvo, médico de Familia en el centro de Salud Campo de Belchite (Zaragoza). E. M.



Ignacio Araujo, del Centro de Salud Aldeanueva del Camino (Cáceres). E. M.

La merma de personal supone doblar esfuerzos gracias a la «buena voluntad», pero esto «ha supuesto asumir dos e incluso tres guardias semanales, renunciar en ocasiones al descanso posterior a la guardia porque no habría médico para pasar consulta, realizar dobles jes y hacer que un mismo profesional recorra cuatro o cinco pueblos», añade.

1.123

Vacantes MIR de Familia. El acumulado de plazas desiertas en los últimos 20 años muestra que faltan atractivos para cubrirlas.

Su compañero de Extremadura, en concreto de Aldeanueva del Camino (Cáceres) también pone de manifiesto que la organización y la gestión recaen en ellos. Ignacio Araújo Ramos, que además es presidente de Semergen en la región, explica que a su zona de salud corresponden nueve municipios donde trabajan seis médicos en primaria (dos en activo tras su jubilación y uno es médico extracomunitario) y cuatro en atención continuada (centros sanitarios extrahospitalarios que ofrecen asistencia médica urgente). «Durante las vacaciones, cuando hay más gente que llega a los pueblos, solo tenemos un médico sustituto. En total, unos dos o tres... Una situación insostenible».

Micó comenta que «no es tanto el cupo en sí, como la dispersión de los pacientes, la atención domiciliaria y los cambios en los horarios que nos requieren las urgencias». En su centro solo están él y una enfermera, a lo que se suman profesionales intermitentes, «viene un compañero un par de horas unos días concretos de la semana y luego una matrona dos veces al mes».

Todo esto lleva a configurar los denominados desiertos médicos. Esas zonas de difícil cobertura se quedan sin profesionales. Desde la Organización Médica Colegial (OMC), se ha puesto el foco en el problema. «Debemos implementar incentivos positivos y crear condiciones de trabajo atractivas que motiven a los médicos a trabajar voluntariamente en zonas de difícil cobertura», argumentaba Domingo A. Sánchez Martínez, uno de

los autores de un informe analítico publicado hace ya tres años, *Áreas de difícil cobertura en España. Desiertos médicos y perspectivas de los médicos jóvenes'*. Aunque el fenómeno no es nuevo, su impacto se ha vuelto más evidente en la última década. Las disparidades en la atención médica entre zonas urbanas y rurales, y entre diferentes regiones, son alarmantes, sostienen los médicos.

«Los estudiantes deberían conocer la Medicina de Familia desde la universidad. Y, aquí, en las zonas rurales, tenemos algo que no hay en el resto: la longitudinalidad. Esto es, la relación médico-paciente a largo plazo [el médico de cabecera de toda la vida] reduce la mortalidad un 30% y además, permite una atención mucho más personalizada», reclama Micó. El vicepresidente de Semergen también subraya la calidad de la investigación que se hace en las consultas. «Hay pacientes que llegan y te preguntan: '¿Tienes algo a lo que me pueda apuntar para lo mío?'. Porque en primaria, también se investiga y con mucha calidad. Y esto se tiene que dar a conocer y promocionar más».

Sin embargo, lo que trasciende a los estudiantes es una realidad un tanto desoladora: momentos de soledad, suplencias, sobreesfuerzos sin incentivos y pocas salidas laborales.

Trillo valora mucho el *café-reunión* de primera hora con sus compañeros «es el momento que cohesiona al equipo, hace que surjan proyectos y resuelvan dudas», ya que una vez iniciada la jornada, «cada uno va a su consultorio». Ella echa de menos canales de consulta rápida y operativos con los especialistas de hospital. «Necesitamos sistemas ágiles de teleinterconsulta, acceso homogéneo a pruebas diagnósticas y una red de apoyo clínico para situaciones urgentes o de especial complejidad. No se trata de derivar, sino de atender con calidad desde primaria», recalca.

Araújo sostiene que ha habido mejoras, pero que se enfrentan a una «dolorosa paradoja»: «Tenemos tecnología puntera en las consultas, pero con la actual presión asistencial, las acumulaciones de los cupos de compañeros ausentes y la asfixiante burocracia, no nos queda tiempo real para usarlas». Trillo recuerda algo tan básico en el siglo XXI como tener conectividad sin cortes, «todavía los sufrimos en algunos núcleos rurales». A lo que Araujo suma una buena infraestructura de comunicaciones terrestres: «Un facultativo joven que elige plaza MIR en el norte de Cáceres se encuentra con que es obligatorio tener coche propio y devorar kilómetros por carretera porque no existen trenes ni combinaciones de autobús dignas que conecten los pueblos con Plasencia o Cáceres ni con otras provincias».

Los tres médicos entrevistados insisten en que esa soledad se traduce en presión asistencial. «Aquí estamos solos y nuestras decisiones son las que impactan en la vida de los pacientes», subraya Micó, y añade que para los residentes, «esto puede ser un plus en su formación o un punto de estrés».

Trillo detalla más esta sensación cuando sabe que su recurso de soporte vital avanzado está a 40 minutos. «No es solo la carga de trabajo: es la sensación de estar lejos, asumir decisiones críticas con escaso apoyo inmediato y realizar largos trayectos diarios, con el coste económico, el cansancio y el riesgo en carretera que todo ello implica».

Muchos residentes de Medicina de Familia tan solo pasan unos meses de rotación en estas zonas. Trillo expone que en Aragón esto se ha ampliado recientemente a tres meses. Pero claro, «no es suficiente», lamentan todos.

Desde el terreno, los facultativos proponen soluciones para atraer «ese talento que se nos escapa», apunta Micó, que sostiene que ya hay propuestas europeas que han tenido éxito. «En las zonas nórdicas, imagínate las islas perdidas, esto lo han trabajado hace años y lo que han hecho es una discriminación positiva a la gente que se muda allí: se les buscan ayudas familiares, otorga tiempo para formación e investigación».

El presidente de Semergen Extremadura aborda el delicado asunto de las plazas de difícil cobertura: «Su definición choca contra una paradoja económica escandalosa fomentada por la propia administración», subraya, mientras concluye con la descripción de una situación que empieza a normalizarse: «Muchos graduados (comunitarios y extracomunitarios) que consiguen plaza MIR para hacer Medicina de Familia acaban renunciando antes de empezar porque las gerencias de salud –asfixiadas por la falta de personal– les permiten trabajar con contratos en precario sin especialidad médica, pagándoles el doble o el triple de lo que ganarían haciendo la residencia».

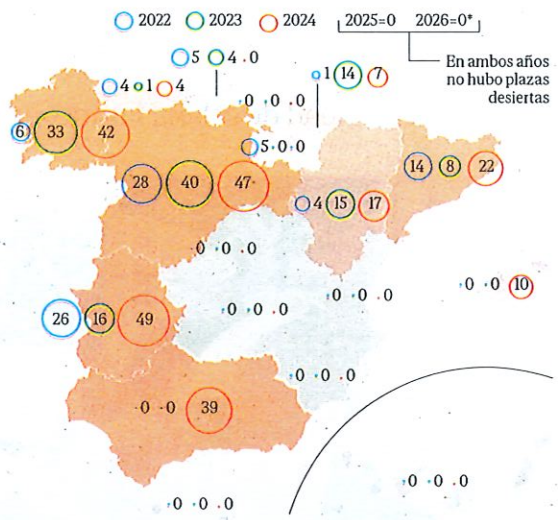
PLANES

MINISTERIO SANIDAD. La cartera de Mónica García elaboró un Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023, aprobado por el Consejo Interterritorial en el que se enumeran los criterios mínimos que permitan anticipar la identificación de los puestos de difícil cobertura e incentivos para atraer talento.

CCAA. El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha puesto en marcha por primera vez un proceso específico de concurso de méritos destinado a cubrir 187 plazas fijas de difícil cobertura, centradas en Medicina de Familia. Aragón y Comunidad Valenciana también han puesto en marcha planes de captación.

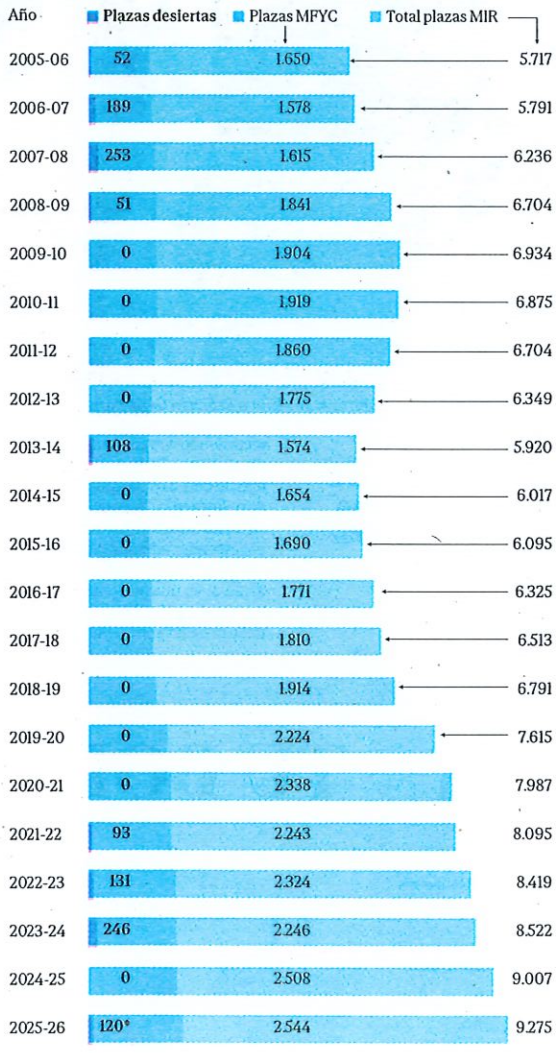
¿DÓNDE HAY PLAZAS VACÍAS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS?

Plazas no cubiertas en Medicina de Familia y Comunitaria (MFYC)



EVOLUCIÓN DE PLAZAS DESIERTAS

* En 2026 hubo una segunda convocatoria extraordinaria para las renuncias que ha dejado 120 plazas.



FUENTE: Ministerio de Sanidad, Simeg y Vicente Matas. EL MUNDO

El cribado vasco en cáncer colorrectal reduce un 50% la mortalidad

P. PÉREZ MADRID

La inversión en prevención del Servicio Vasco de Salud ha recogido sus frutos: su programa de cribado de cáncer colorrectal se asocia con una reducción del 50% de la mortalidad en adultos de 50 a 69 años. Una publicación científica certifica que la vigilancia activa para la detección precoz de este tumor, del que se prevé que se diagnostiquen más de 40.000 casos en España, es efectiva.

La investigación, liderada por Luis Bujanda, del Departamento de Enfermedades Hepáticas y Gastrointestinales del Instituto de Investigación Sanitaria Biogipuzkoa-Hospital Universitario de Donostia y de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), ha analizado si el programa de detección de cáncer colorrectal basado en la prueba inmunoquímica fecal (mediante la realización del test de sangre oculta en heces) puesto en marcha en el País Vasco se asoció con una menor mortalidad por esta causa a lo largo de 21 años.

Los resultados, publicados en *JAMA Network Open*, emplean datos de una cohorte retrospectiva y poblacional, que incluyó a todos los residentes del País Vasco (2,2 millones de habitantes) entre 2004 y 2024. Bujanda cifra en 6.000 las muertes evitadas desde 2009 gracias al programa. Los autores señalan que «la mortalidad ajustada por edad por cáncer colorrectal descendió de 32,8 a 23,1 fallecimientos por cada 100.000 habitantes entre 2004 y 2024». En el grupo diana, el descenso es aún más pronunciado: «en las personas de 50 a 69 años, la mortalidad por cáncer colorrectal se redujo un 50,1%».

Bujanda subraya que la alta participación de la población en estos procesos «ayuda a mejorar los resultados». La media nacional de cribado está en el 43%; «nosotros captamos a más del 70%. Es población sana y asintomática». También pone en valor el efecto arrastre de cribar de forma precoz: «Ya podemos hacer colonoscopias en las que retiramos pólipos que serían susceptibles de convertirse en cáncer en los próximos 10 años».

Por su parte, Antoni Castells, director asistencial del Hospital Clínic de Barcelona y cocoordinador del programa de cribado de Barcelona, valora la calidad del trabajo en SMC: «Es uno de los que cuenta con mayor participación de Europa; lo hace especialmente atractivo para evaluar el beneficio de estas estrategias de prevención».

CASTILLA Y LEÓN

Castilla y León contará con 215 millones de vacunas contra la crisis sanitaria avícola

- Pino defiende un «mando único» ante las emergencias de sanidad animal como la enfermedad de Newcastle
- La Junta establece una zona de restricción adicional en zonas de Ávila, Segovia, Salamanca, Valladolid y Zamora

RICARDO GARCÍA VALLADOLID

La Consejería de Agricultura, Ganadería, Medio Rural y Política Ambiental reforzó ayer la coordinación con los laboratorios fabricantes de vacunas frente a la enfermedad de Newcastle para asegurar un suministro estable de aproximadamente 215 millones de dosis anuales y proteger las explotaciones avícolas de Castilla y León.

El consejero del ramo, Joaquín Antonio Pino, acompañado por el director general de Producción Agrícola y Ganadera, Juan José García García, mantuvo este miércoles una reunión con responsables de varios laboratorios, cuyas plantas de producción están ubicadas en Castilla y León, para analizar las existencias disponibles, la capacidad de fabricación y las previsiones de abastecimiento durante lo que resta de 2026 y a lo largo de 2027.

Según trasladó la Junta en un comunicado, Castilla y León cuenta con uno de los sectores avícolas más importantes de España, con una actividad estratégica para la producción de carne y huevos, la generación de empleo y la actividad económica en numerosas zonas rurales. Por ello, el Ejecutivo autonómico considera esencial reforzar las medidas de prevención y control sanitario que permitan garantizar la continuidad y estabilidad de las explotaciones frente a una enfermedad que continúa haciendo mella en el sector desde hace ya varios meses.

La reunión con los representantes de los laboratorios da cumplimiento al compromiso asumido por el consejero durante su comparecencia de inicio de legislatura en las Cortes autonómicas de situar la sanidad animal y la protección de las explotaciones entre las prioridades de la Consejería. «Las vacunas tienen que llegar a tiempo y, en primer lugar, allí donde existen focos. Cada día cuenta para contener la enfermedad, evitar su propagación y proteger las explotaciones», afirmó Pino a este respecto.

Las necesidades de vacunación de Castilla y León frente a la enfermedad de Newcastle se estiman en torno a 215 millones de dosis anuales. En este sentido, los laboratorios trasladaron al consejero que esta demanda podrá atenderse mediante el aumento del ritmo de fabricación y el suministro que ya se está realizando.



Granja de engorde de pollos. EUROPA PRESS

Los representantes de los laboratorios mostraron además su disposición a mantener una coordinación permanente con la Consejería para anticipar las necesidades derivadas de la evolución epidemiológica y evitar tensiones en el abastecimiento.

La vacunación obligatoria ha comenzado este mes de agosto en Valladolid y Segovia y se extenderá a partir de septiembre al resto de la Comunidad. El consejero ha solicitado a los laboratorios que, en la medida de lo posible, prioricen el envío de dosis a las zonas donde se hayan detectado focos y atiendan posteriormente las necesidades del resto de Castilla y León y de España.

La Consejería de Agricultura, Ganadería, Medio Rural y Política Ambiental mantendrá el seguimiento del abastecimiento para anticipar posibles dificultades y facilitar que las vacunas lleguen a las explotaciones de forma ágil y continuada.

Según destacó la Junta de Castilla y León en el comunicado, la vacunación es una herramienta esencial para proteger las explotaciones avícolas y facilitar la recuperación de la actividad en las granjas afectadas. Esta herramienta contribuye asimismo a reducir el impacto económico de la enfermedad, preservar la rentabilidad de las explotaciones y mantener la capacidad productiva de un sector esencial para el abastecimiento alimentario. La inmunización será, además, un requisito obligatorio para autorizar la repoblación de las naves una vez superada la enfermedad.

La Consejería de Agricultura, Ganadería, Medio Rural y Política Ambiental insistió también en la necesidad de extremar las medidas de bioseguridad, tanto en las instalaciones como en los procedimientos diarios de trabajo y en el comportamiento del personal. El control de accesos, la limpieza, la desinfección y el cumplimiento riguroso de los protocolos siguen siendo decisivos para reducir el riesgo de transmisión.

Por otro lado, Joaquín Antonio Pino reiteró este miércoles la necesidad de establecer un «mando único» en sanidad animal que permita responder de forma homogénea, coordinada y eficaz ante las enfermedades ganaderas.

Pino defendió una dirección funcional compartida entre el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación y las comunidades autónomas, basada en criterios y protocolos comunes. Asimismo, señaló que la aparición de enfermedades que afectan simultáneamente a varias comunidades autónomas exige una respuesta coordinada y ágil por parte de todas las administraciones implicadas, evitando diferencias de criterio que puedan dificultar el control sanitario. «La sanidad animal necesita una dirección clara, protocolos comunes y capacidad para actuar con rapidez. Nuestro compromiso es proteger a los ganaderos, contener la enfermedad y garantizar la continuidad de la actividad productiva», concluyó Pino.

VIGILANCIA INTENSIFICADA

También en relación con el avance de la enfermedad de Newcastle, la Dirección General de Producción Agrícola y Ganadera de la Junta de Castilla y León ha establecido un plan de control y vigilancia intensificada de la patología en una Zona de Restricción Adicional (ZRA) que incluye medidas especiales de control, vigilancia y prevención.

Para ello ha establecido Zona Restringida Adicional que comprende todos los municipios de las Unidades Veterinarias afectadas por focos incluidos en la Zona de Protección y en la Zona de Vigilancia en las provincias de Ávila (Arévalo y San Pedro del Arroyo), Segovia (Cantalejo, Carbonero, Cuéllar y Santa María la Real de Nieva), Salamanca (Peñaranda de Bracamonte), Valladolid (Medina del Campo, Olmedo, Peñafiel, Tordesillas y Valladolid) y Zamora (Toro), informa Europa Press.

Desde la Zona de Restricción Adicional y mientras haya algún foco activo en la zona sólo se realizarán movimientos de aves de corral vivas desde la zona de restricción con destino directo al matadero más cercano posible dentro de ella, «salvo situaciones excepcionales y previa autorización de la autoridad competente».

Con el fin de asegurar la inmunidad producida por las vacunas en la Zona de Restricción Adicional y como medida de protección será necesario que todas las entradas de animales en la zona se autoricen con varios requisitos, entre ellos realizar una evaluación de la bioseguridad en la explotación con resultado favorable.

Además, los animales deberán acreditar documentalmente estar incluidos en un programa vacunal frente a la EN (Enfermedad de Newcastle) adecuado a su categoría productiva, y la explotación de destino se compro-

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO MUNDO AGRARIO
Todos los lunes en su kiosko



Operarios realizan trabajos de control de los mosquitos transmisores del virus. FRANCISCO J. OLMO / EUROPA PRESS

El Virus del Nilo pone en alerta al suroeste del país

Veinte casos ya en Andalucía y Extremadura con un fallecido

CHEMA RODRÍGUEZ SEVILLA

Para el *Culex perexiguus* el paraíso es un arrozal. No porque le guste el arroz, sino por las inmensas extensiones de agua dulce y estancada donde se cultiva el cereal. Si a eso se suman temperaturas extremadamente altas que cada vez se adelantan y se prolongan más, el resultado es que la principal familia de mosquitos que transmite el Virus del Nilo Occidental encuentra, en el suroeste de España, el paraíso de los paraísos y eso explica que esta enfermedad se cebe, año tras año, con Andalucía y, en menor medida pero también, con Extremadura.

Las intensas lluvias registradas en invierno y en primavera y el calor intenso han hecho que esta temporada se activen todas las alertas ante la previsión de un año que expertos como Jordi Figuerola, investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), califican sin dudar como «complicado».

De momento, ya se han registrado veinte casos confirmados , 19 en Andalucía y uno más en Extremadura, cinco de ellos graves, y un fallecido, un hombre de 82 años que murió esta semana en la localidad sevillana de Dos Hermanas y que presentaba patologías previas que le hicieron especialmente vulnerable a los efectos de la infección.

Los cinco casos graves son los mismos que se contabilizaron durante la temporada pasada, lo que indica, según Figuerola, el riesgo elevado al que se enfrenta la población de las zonas sensibles este año, pero no será, ni de lejos, el peor. Por ejemplo, en 2024, cuando se vivió el peor brote del Virus del Nilo Occidental, la cira de casos graves fue de 158.

No es casualidad, indica este investigador de la Estación Biológica de Doñana del CSIC, que las grandes concentraciones de mosquitos y la mayor intensidad de circulación de la enfermedad estén «vinculados al arroz». Sucede en Sevilla, en la comarca del Bajo Guadalquivir, que con sus 36.000 hectáreas inundadas de cultivo de arroz, es el epicentro de la alerta, pero también en la comarca de La Janda, en Cádiz, o en zonas de Extremadura donde el arrozal está igualmente extendido.

«No todos los casos están vinculados al arroz», señala Figuerola. Y, de hecho, se han detectado casos en Almería o Málaga, pero nada comparado con el paraíso soñado del *Culex perexiguus*, uno de los mejores vectores para la transmisión del Virus del Nilo Occidental.

Para hacerse una idea de la concentración que se produce en estos puntos basta decir que se han llegado a capturar en una trampa hasta 5.000 hembras de mosquito cuando lo normal, en una ciudad cualquiera, es que no superen las cinco hembras atrapadas.

DESDE 2023

Pero el Virus del Nilo Occidental no siempre estuvo aquí. Recuerda Figuerola que se detectó su presencia a partir de 2003 y que llegó hasta estas latitudes viajando con aves migratorias. Se han detectado, apunta, entre seis y siete introducciones diferentes e independientes y los dos grandes brotes ocurridos en Andalucía están vinculados a dos de esas introducciones.

En la Estación Biológica de Doñana llevan años vigilancia la circulación del virus analizando los anticuerpos en caballos o en la focha común y se ha constatado que después de inviernos más calidos, el virus se crece. Como ha sucedido ahora.

«Hace menos frío y más hembras sobreviven y se reproducen más y más tiempo», detalla el investigador del CSIC especialista en el Virus del Nilo Occidental.

En todo esto tiene una influencia determinante, apunta, un factor añadido, el cambio climático, que es lo que explica que el virus se extienda cada vez más al norte y se hayan detectado casos incluso en Holanda o Bélgica y en capitales como París o, incluso, Moscú.

«Llevamos meses avisando», dice Jordi Figuerola acerca de la previsión de que éste vaya a ser un año difícil. «Ha llovido mucho y hay muchas zonas encharcadas», subraya.

Desde 2020 la cifra de fallecidos por el Virus del Nilo Occidental asciende a una veintena. En 2020 hubo siete muertos, cuatro en Sevilla y tres en Cádiz. En 2021 murió una persona, lo mismo que en 2023, pero lo peor se produjo en 2024, hasta el momento el brote más grave registrado, con once fallecidos.

Aislado por hantavirus un turista franco-argentino en Galicia

PILAR PÉREZ MADRID

El Ministerio de Sanidad confirma el aislamiento domiciliario por hantavirus de un turista franco-argentino en Galicia. El departamento de Mónica García apunta que ha contactado con la dirección de Salud Pública de Galicia y con el Gobierno francés, que ha ratificado que se trata de un caso de la cepa Andes. «El caso acudió a los servicios médicos en Francia, con un cuadro respiratorio muy leve, que posteriormente este país identificó como hantavirus. Después viajó a España ya asintomático y por lo tanto ya no podía contagiar», explican desde el ministerio español tras tener conocimiento ayer jueves del caso.

Ambos ministerios de Sanidad han manifestado que «en estos momentos el paciente se encuentra bien y asintomático, tras pasar una fase leve». Desde los servicios de salud pública de Francia se le indicó la necesidad de aislamiento en su alojamiento y esperar al resto de trabajos de los servicios de salud pública de nuestro país. Tanto desde el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) como desde los servicios de Salud Pública de Galicia se están realizando los estudios precisos para determinar qué acciones han de tomarse. «En el caso de España, tenemos todos los protocolos y el conocimiento bien actualizado y listo para adaptarlo a las circunstancias concretas».

En estos momentos, según aseguran desde Sanidad, «se están poniendo en marcha todos los procedimientos necesarios para la gestión del caso y los posibles contactos de manera segura para el conjunto de la población». Y recuerdan que aquí «tenemos todos los protocolos y el conocimiento bien actualizado y listo para adaptarlo a las circunstancias concretas».

Según establece la OMS, el periodo máximo de incubación se considera de 42 días, por ello, se toman los primeros 28 días como el periodo de mayor probabilidad para el inicio de síntomas. La etapa de transmisibilidad se inicia dos días antes de la fecha de inicio de síntomas o de la toma de muestra en los casos confirmados sin desarrollo de síntomas.

Hace un mes que la OMS dio por cerrada la crisis del brote de hantavirus originado en el crucero MV Hondius. En total, se han registrado 13 casos asociados (dos en España) y lamentado tres fallecimientos.

La AECC de Soria aportó 85.800 euros para investigación frente al cáncer

La jornada de la cuestación solicitó la impliación ciudadana

SORIA

La Asociación Española contra el Cáncer, que busca reducir el impacto del cáncer en España, volvió ayer a apelar a la implicación de toda la sociedad a través de una de sus iniciativas más representativas, el día de la Cuestación. Salió a la calle junto a pacientes, voluntariado y socios para pedir la colaboración y la implicación de toda la sociedad para seguir avanzando en investigación oncológica, con el objetivo de alcanzar el 70% de supervivencia en cáncer en 2030, y reforzar la atención integral a las personas afectadas por la enfermedad y sus familias.

Bajo el lema 'Cuando paras, nos movemos contra el cáncer', la campaña pone el foco en el valor de un gesto, pararse frente a una hucha o mesa petitoria de la Asociación, que, aunque parezca un gesto pequeño, activa un movimiento colectivo capaz de impulsar la investigación, mejorar la atención y generar esperanza, indicaron desde la delegación soriana.

En Soria durante 2025 fueron atendidas, por los profesionales de la asociación, 289 personas y 165 enfermos fueron acompañados por los voluntarios en el Hospital de Día (sala de quimioterapia). Y en ese mismo periodo de tiempo se aportaron 85.800 euros para investigación.

Este año se instalaron cuatro mesas petitorias durante la mañana, hasta donde se acercaron representantes de las distintas administraciones, evidenciando el apoyo institucional.

SORIA

La población de la provincia desciende en 111 personas, la mayor caída de la Comunidad

La estadística continua del segundo trimestre del año del INE deja la cifra en 90.559, un 0,12% menos / Castilla y León alcanza 2.427.156 habitantes tras incorporar 4.350 inmigrantes y perder 967 nacionales

M.H./R.G. SORIA/VALLADOLID

La provincia de Soria perdió en el segundo trimestre del año 111 habitantes, el mayor descenso de toda la Comunidad Autónoma, con una bajada del 0,12%, según los datos de la estadística continua del segundo trimestre del año recogida por el Instituto Nacional de Estadística, INE, que fijan la población provincial en 90.559 a fecha de 1 de julio de 2026.

En la comparativa interanual, a Soria también le sale a restar pues en julio de 2025 contabilizaba 90.475 habitantes, por lo tanto, 84 menos, una caída del 0,092%.

Atendiendo al origen de sus habitantes, la provincia soriana vio bajar la cifra de la población española un 0,13 por ciento, 102 personas menos, pero también la foránea pues se contrajo un 0,07 por ciento, con nueve vecinos menos, la única de la Comunidad con balance negativo en lo que a ciudadanos extranjeros se refiere.

Sólo Soria, y Zamora en segundo lugar, son las provincias con bajada poblacional en el conjunto de la región. En territorio zamorano, el descenso es de un 0,01 por ciento, con 20 habitantes menos.

Contrasta con el comportamiento en el conjunto de Castilla y León donde creció la población en el segundo trimestre un 0,14 por ciento, hasta alcanzar los 2.427.156 habitantes, lo que supone 3.383 personas más que tres meses antes.

También aumentó la población de España en 104.178 personas, con 49.801.559 habitantes a 1 de julio de 2026.

Según los datos del INE, únicamente bajan en población, además de Soria y Zamora, provincias como Cáceres, que pierde 336 habitantes, y se queda en 388.265; Córdoba, donde son 983 menos, hasta los 772.913, y Huelva que pierde un habitante en tres meses y se mantiene en 543.302.

Por su parte, Castilla y León continúa ganado población progresivamente, aunque lo hace exclusivamente por la llegada de inmigrantes a la Comunidad que compensan la pérdida de habitantes de nacionalidad española. Son por tanto los extranjeros los que sostienen una tendencia que, además, se extiende a prácticamente todas las provincias.

La Estadística Continua de Población actualizada con los datos del segundo trimestre es tozuda: Castilla y León debe sus cifras crecientes de población a los inmigrantes. De hecho, las personas de nacionalidad extranjera son las que compensan el descenso de nacionales que se produce tanto en la comparativa con el primer trimestre como con el año anterior.

ESTADÍSTICA CONTINUA DE POBLACIÓN

	1 de abril de 2026			1 de julio de 2026			Diferencia		
	Total	Española	Extranjera	Total	Española	Extranjera	Total	Española	Extranjera
Andalucía	8.769.370	7.789.123	980.247	8.778.051	7.791.129	986.922	8.681 ↑	2.006 ↑	6.675 ↑
Aragón	1.385.355	1.165.155	220.200	1.389.298	1.165.714	223.584	3.943 ↑	559 ↑	3.384 ↑
Asturias	1.023.710	942.985	80.725	1.026.726	942.639	84.087	3.016 ↑	-346 ↓	3.362 ↑
Baleares	1.261.745	984.982	276.763	1.266.279	986.864	279.415	4.534 ↑	1.882 ↑	2.652 ↑
Canarias	2.276.948	1.927.274	349.674	2.277.705	1.928.015	349.690	757 ↑	741 ↑	16 ↑
Cantabria	597.861	545.424	52.437	599.056	545.567	53.489	1.195 ↑	143 ↑	1.052 ↑
Castilla y León	2.423.773	2.192.308	230.445	2.427.156	2.192.241	234.915	3.383 ↑	-967 ↓	4.350 ↑
Ávila	162.543	144.805	17.738	162.743	144.777	17.966	200 ↑	-28 ↓	228 ↑
Burgos	367.084	322.684	44.400	367.864	322.625	45.239	780 ↑	-59 ↓	839 ↑
León	450.291	417.237	33.054	450.910	417.043	33.867	619 ↑	-194 ↓	813 ↑
Palencia	160.357	146.696	13.661	160.620	146.510	14.110	263 ↑	-186 ↓	449 ↑
Salamanca	330.923	304.713	26.210	331.264	304.518	26.746	341 ↑	-195 ↓	536 ↑
Segovia	160.893	135.967	24.926	161.261	136.044	25.217	368 ↑	77 ↑	291 ↑
Soria	90.670	78.015	12.655	90.559	77.913	12.646	-111 ↓	-102 ↓	-9 ↓
Valladolid	535.482	488.978	46.504	536.425	489.099	47.326	943 ↑	121 ↑	822 ↑
Zamora	165.530	154.213	11.317	165.510	153.812	11.698	-20 ↓	-401 ↓	381 ↑
Castilla - La Mancha	2.163.094	1.880.880	282.214	2.169.241	1.883.124	286.117	6.147 ↑	2.244 ↑	3.903 ↑
Cataluña	8.211.345	6.629.654	1.581.691	8.233.788	6.635.388	1.598.400	22.443 ↑	5.734 ↑	16.709 ↑
C. Valenciana	5.551.166	4.396.439	1.154.727	5.574.948	4.401.133	1.173.815	23.782 ↑	4.694 ↑	19.088 ↑
Extremadura	1.055.372	1.002.600	52.772	1.055.849	1.001.861	53.988	477 ↑	-739 ↓	1.216 ↑
Galicia	2.729.978	2.531.842	198.136	2.734.494	2.531.258	203.236	4.516 ↑	-584 ↓	5.100 ↑
Madrid	7.188.907	5.971.917	1.216.990	7.201.554	5.972.068	1.229.486	12.647 ↑	151 ↑	12.496 ↑
Murcia	1.611.551	1.343.190	268.361	1.616.189	1.344.809	271.380	4.638 ↑	1.619 ↑	3.019 ↑
Navarra	691.192	596.115	95.077	692.026	596.129	95.897	834 ↑	14 ↑	820 ↑
País Vasco	2.254.688	2.013.654	241.034	2.257.392	2.013.168	244.224	2.704 ↑	-486 ↓	3.190 ↑
La Rioja	330.466	278.917	51.549	330.756	279.069	51.687	290 ↑	152 ↑	138 ↑
Total Nacional	49.697.381	42.347.035	7.350.346	49.801.559	42.354.010	7.437.543	104.178 ↑	16.981 ↑	87.197 ↑

FUENTE: INE

EL MUNDO

Según los datos del INE, Castilla y León se situaba el 1 de julio de este año con 2.427.156 habitantes, 3.383 más que en el trimestre anterior y que representan una evolución positiva, aunque discreta, del 0,14%. Un incremento que es resultado de la incorporación a la estadística de 4.350 ciudadanos con nacionalidad extranjeros y cuyo efecto quedó mitigado por la reducción de 967 de nacionalidad española.

En la comparativa interanual, por su parte, el escenario de la Comunidad es similar. A lo largo de los últimos doce meses, Castilla y León aumentó su población en 18.427 personas, un 0,77%, y consecuencia de que 21.044 habitantes de nacionalidad extranjera pudieron compensar los 2.617 españoles menos.

En cuanto a la distribución por sexos de la población, en Castilla y León continúa habiendo más mujeres que hombres, concretamente 1.229.944 frente a 1.197.212. Si se atiende únicamente a la población española la distribución es prácticamente similar, mientras que en el caso de los extranjeros se invierten las tornas y son los hombres los que predominan, con 19.175 frente a 115.640 mujeres. En este caso, además, conviene señalar que nos se aprecian diferencias destacables en la evolución de las cifras de población por sexos en la Comunidad.

En el conjunto del país, el aumento de población relativo de Castilla y León se sitúa ligeramente por debajo de la media nacional, con ese 0,14% frente a un 0,21%. En todo caso, se sitúa en la parte intermedia de la tabla lejos de las comunidades autónomas que más habitantes ganan, como la Comunidad Valenciana (0,43%), Baleares (0,36%) o Asturias y la Región de Murcia (0,29% en cada caso); pero también mejora los datos de los territorios a la cola del país como Canarias (0,03%), Extremadura (0,05%) o La Rioja (0,09%).

SUDAMÉRICA

En lo que respecta a los inmigrantes que sostienen las cifras crecientes de población en Castilla y León, en este último trimestre la mayoría llegaron de Sudamérica, concretamente de Colombia (1.730), Venezuela (1.400) y Perú (880). Además, este tercer país desbancó en esta ocasión a Marruecos, que en el primer trimestre del año fue el tercero que más inmigrantes aportó a las estadísticas de la Comunidad.

En el caso de las provincias, lo que más llama la atención de la última actualización de la Estadística Continua de Población es que solo dos de las de Castilla y León anotan un aumento de habitantes tanto nacionales como extranjeros. Se trata de Segovia y Valladolid, que aumentan las cifras en ambos casos, mientras que el resto se adhieren a la tendencia autonómica y solo ven crecen los habitantes de nacionalidad extranjera frente a los españoles.

Y no solo eso, sino que al contrario que Segovia y Valladolid, Soria ve reducirse en el último trimestre todas sus cifras, de manera que es, junto con Zamora, la única provincia de Castilla y León que perdió población en este periodo. En el caso del territorio zamorano sí logro elevar su cifra de inmigrantes, pero no lograron compensar el descenso de españoles.

▸ÁVILA. La provincia de Ávila se sitúa en la última actualización de la Estadística Continua de Población con 162.743 habitantes, 200 más que en el trimestre anterior. Esto supone un incremento relativo del 0,12%, y en el que destaca el aumento de la población extranjera frente al descenso de la de nacionalidad española. En el último año, por su parte, Ávila sumó 1.400 habitantes, un 0,87% más con, de nuevo, claro predominio de los inmigrantes sobre los españoles.

▸BURGOS. En lo que se refiere a Burgos, se sitúa actualmente como la tercer provincia con más habitantes de la Comunidad con 367.864, 780 más que en el trimestre anterior y que, una vez más, son el resultado de la llegada de extranjeros frente al descenso de nacionales. Gracias a ello, la población se incrementó un 0,21% en la comparativa intertrimestral, mientras que frente al año anterior el ascenso fue del 0,86%, 3.135 habitantes más.

▸LEÓN. La provincia leonesa tampoco escapa a la tendencia autonómica en la que los extranjeros compensan la pérdida de nacionales. Aquí, 813 inmigrantes compensaron la pérdida de 194 españoles para anotar un aumento intertrimestral de 619 personas, lo que sitúa el total en 450.910 personas, el segundo dato más alto de la Comunidad. En el balance frente a 2025, por su parte, León ganó 2.487 habitantes, un 0,55% más.

▸PALENCIA. La provincia de Palencia se sitúa, según el último balance, con 160.620 habitantes, 263 de los cuales se incorporaron a lo largo del último trimestre con la llegada de 449 extranjeros y la salida de la estadística de 186 españoles. Esto supone un incremento del 0,16% frente al 0,84% de la comparativa interanual, que se salda con 1.332 habitantes más.

▸SALAMANCA. La provincia salmantina alcanza en el último balance del Instituto Nacional de Estadística los 331.264 habitantes, después de sumar en el último trimestre 341, un 0,1%, resultado a su vez de 536 extranjeros más y 195 españoles menos. En la comparativa interanual la población de Salamanca creció en 2.495 personas, un 0,76% más.

▸SEGOVIA. Segovia forma junto a Valladolid el dúo de las dos únicas provincias de Castilla y León que ganan habitantes tanto españoles como extranjeros en el último trimestre. En el caso de la segoviana, incorpora 368 personas que elevan el total hasta las 161.261, mientras que la diferencia interanual es de 2.190 habitantes. Esto supone crecimientos relativos del 0,23 y del 1,38%, respectivamente.

▸VALLADOLID. Al igual que Segovia, Valladolid registra un aumento de población tanto española como inmigrante. Alcanza los 536.425 habitantes tras sumar 943 en el último trimestre, el mayor aumento absoluto de Castilla y León y equivalente a un 0,18%. En la comparativa interanual ganó 5.177 personas, un 0,97%.

▸ZAMORA. Finalmente, en el caso de Zamora, perdió 20 habitantes (-0,01%) en el último trimestre ya que los inmigrantes no pudieron compensar los nacionales, con 381 frente a 401. Se sitúa, por tanto, con 165.510 habitantes totales, 127 más que un año atrás equivalentes al 0,08%. La única que baja, junto con Soria.

Pilates para cuidar el bienestar en el embarazo

El pilates adaptado al embarazo mejora significativamente la salud mental, la percepción de bienestar y la condición física de las mujeres gestantes sanas, según un estudio de las Universidades de Huelva, Granada y Guayaquil. Los resultados reflejan progresos en el ámbito psicológico dentro del grupo que lo practica, con una clara disminución en los niveles de estrés.



78 **POR CIENTO** de las consultas relacionadas con la enfermedad rara con la que conviven los familiares de los afectados las realizan las mujeres. Así lo demuestra un informe reciente que también señala que muchas suelen dejar su trabajo para dedicarse a cuidar a los suyos.

NEUROLOGÍA | AVANCES EN EL ESTUDIO DE LA MENTE HUMANA



La operación tiene varios momentos delicados en los que debe preservarse las conexiones esenciales del órgano. / M. A. PARDO (EFE)

CUANDO EL CEREBRO GUÍA LA CIRUGÍA

El especialista Jesús Martín-Fernández lidera una innovadora intervención en el Hospital Ruber Internacional donde un paciente colabora despierto y sin dolor para delimitar los bordes de la resección

BELÉN ESCUDERO (EFE)

«Inseguro», «avergonzado». Marcel observa una sucesión de rostros en una tableta y pone nombre a las emociones que reflejan. Tiene 32 años, está tumbado de lado en la camilla del Hospital Ruber Internacional y sus respuestas guían al neurocirujano Jesús Martín-Fernández para decidir en tiempo real hasta dónde puede avanzar al extirpar el tumor, sin comprometer las funciones que le permiten seguir siendo quien es.

Se trata de una intervención de un tumor cerebral en la que el enfermo permanece despierto y sin dolor durante una parte del proceso, una hora y media, para colaborar con el equipo y preservar sus funciones cognitivas. «Lo que el paciente nos cuenta y cómo reacciona a las pruebas es la guía para saber hasta dónde podemos llegar», resume Martín-Fernández, el autor de esta técnica de mapeo cognitivo.



El equipo médico analiza la intervención. / MARÍA AGÚILELLA PARDO (EFE)

La parte más sorprendente llega cuando el neurocirujano accede al cerebro. El afectado despierta y empieza a colaborar porque, aunque parezca increíble, «no siente dolor». El anestesista, ha insensibilizado antes las estructuras que hay que atravesar para llegar al cerebro, que carece de receptores de molestias.

El paciente habla, empieza a mover el brazo derecho de arriba a abajo, como había entrenado previamente con el equipo, y a contar en voz alta, «uno, dos, tres...» hasta llegar a 10. Marcel ha dejado de temblar y parece también haberse olvidado de las palabras que dijo nada más entrar al quirófano. «No me preguntéis ni por mi mujer ni por mis hijos». Sigue moviendo el brazo y empieza a participar en el test de las emociones, creado por el neurocirujano, basado en inteligencia artificial, mientras este estimula distintos puntos del tejido cerebral con una corriente eléctrica de baja intensidad para hacer el mapeo de conexiones.

Marcel traza una línea en la tableta de la neuropsicologa Natalia Navarro, y después reconoce las emociones en algunos rostros primero masculinos y luego femeninos. Ahí rompe a llorar. «¿Puedes seguir?», le pregunta el cirujano. «Un minuto», responde. «Uy, un minuto es mucho, Marcel», bromea para sacarlo de ese instante. Y Marcel recupera la calma y vuelve a mover el brazo. «Había puntos donde, al estimular, se generaban crisis de llanto. Eso nos permitía identificar puntos críticos de la regulación emocional», explica Martín-Fernández al finalizar la intervención.

El último paso consiste en localizar los límites profundos, los puntos en los que la resección debe detenerse para preservar las conexiones esenciales del cerebro.

QUIRÓFANO Y ORQUESTA. Con solo 33 años, este neurocirujano se ha convertido en referente mundial en la disciplina de tumores cerebrales con el paciente despierto. Dirige la Unidad de Neurocirugía Despierta Oncológica Cognitiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, en Tenerife, y desde hace tres años y medio viaja con el mismo equipo realizando cientos de operaciones de este tipo.

Fuera del quirófano tiene tiempo también para la música. Compone para orquestas sinfónicas y también bandas sonoras de películas, como la de *La silla*, con Tomas Barrero. Una afición que también le acompaña en el quirófano, donde a veces, antes de empezar, escuchaba una canción de un buen amigo suyo, Jorge Drexler. *Al otro lado del río*, recuerda, «me hacía sentir en casa cuando estaba fuera».

En esta operación, la primera canción que suena es la versión de Willie Colón de *Oh, qué será, qué será*. Horas después llega la respuesta desde el hospital y el doctor Martín-Fernández comunica que la intervención se ha desarrollado bien y que Marcel ya ha sido dado de alta.

Desvelan que un error de limpieza puede originar el alzhéimer y la ELA

EFE / BARCELONA

Un funcionamiento deficiente del sistema encargado de limpiar el cerebro podría estar implicado en el desarrollo de diversas patologías neurodegenerativas, como el alzhéimer y la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), según una investigación de la Universidad de Barcelona.

El estudio demuestra que los pacientes con estas patologías presentan una mayor acumulación de cuerpos amiláceos, pequeñas estructuras que actúan como contenedores de residuos en zonas fundamentales del sistema de limpieza cerebral.

Los investigadores analizaron muestras cerebrales de 185 donantes, tanto sanos como afectados por estas patologías. Los resultados enseñaron que los citados depósitos se acumulan de forma reiterada en áreas vinculadas a las vías de drenaje del órgano y son más numerosos en los enfermos. Según los expertos, esto sugiere que el sistema glinfático sufre una insuficiencia crónica, perdiendo su capacidad para eliminar sustancias de desecho de manera prolongada.

CÁNCER

Consumir más carne procesada aumenta el riesgo de tumores

EUROPA PRESS / BARCELONA

Un estudio liderado por el grupo de investigación en Nutrición y Cáncer del Idibell-ICO reveló recientemente que incrementar 30 gramos el consumo de carne procesada aumenta un 9 por ciento el riesgo de cáncer gástrico y en un 13 el de esófago.

Este tipo de alimento es aquel que ha sido modificado, ya sea para mejorar el sabor, la conservación, mediante varios mecanismos (el curado, el ahumado, la salazón o la adición de conservantes), como los embutidos, el jamón o las salchichas.

CONMEMORACIÓN | LACTANCIA MATERNA

Soria cuida «cada vez mejor» a las madres que eligen amamantar

Sanidad y sociedad van de la mano hacia la concienciación en la importancia de cuidar un proceso en el que se inician, cada año, unas 350 mujeres. Mimamá sigue siendo su bastón

ENCARNA MUÑOZ / SORIA

Coincidiendo con la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, el papel de las redes de acompañamiento a las madres cobra un protagonismo especial. En la provincia de Soria, este amparo ha tenido durante años un nombre propio, 'Mimamá', el colectivo de apoyo a la lactancia materna que encabeza Reyes Laguna. Aunque la entidad ha tenido que reducir notablemente su ritmo de actividad presencial debido a condicionantes personales y familiares de sus fundadoras, continúa siendo ese bastón invisible al que acuden las mujeres.

En la actualidad, el colectivo ya no celebra las habituales reuniones de carácter mensual, pero mantiene operativos sus canales de contacto, garantizando asistencia presencial en los casos que la requieren. Desde la atención de consultas hasta visitas domiciliarias personalizadas, el grupo sigue respondiendo a la llamada de quienes necesitan orientación, estando además abiertas a recibir a cualquier persona que desee implicarse y tomar el testigo sin necesidad de una titulación sanitaria.

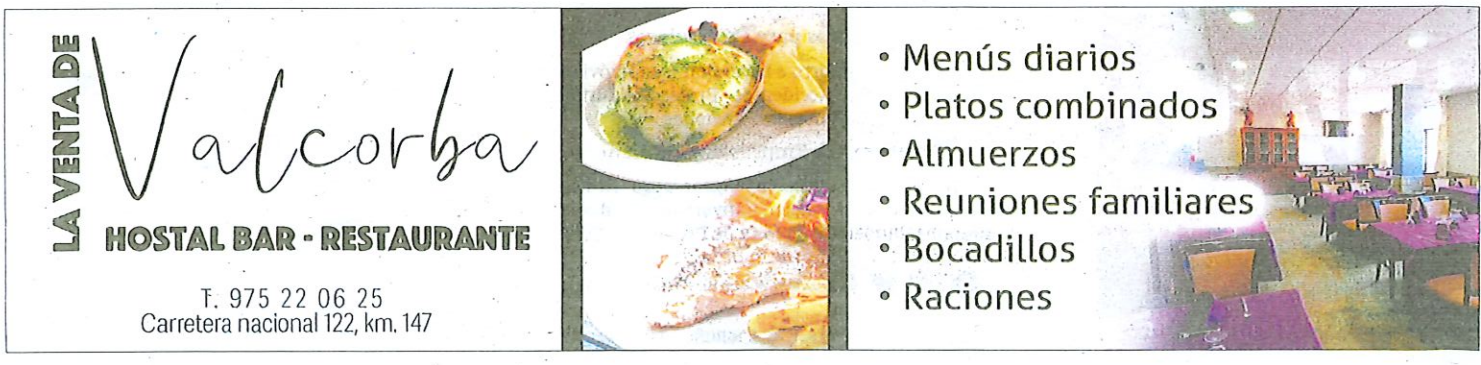
CARENCIAS SUPERADAS. Estos grupos de apoyo surgieron para suplir las carencias del sistema de salud, una realidad que ha experimentado un cambio «radical» en los últimos años. Laguna destaca la evolución dentro de la sanidad pública soriana, donde la creación de la Comisión de Lactancia Materna en el Hospital Santa Bárbara (de la que 'Mimamá' forma parte) ha permitido articular una «sólida» red asistencial. Hoy en día, cuando una mujer da a luz, se la deriva desde los servicios de paritorio y maternidad hacia las enfermeras de pediatría y las matronas en un plazo de 48 a 72 horas, garantizando «un seguimiento profesional continuado antes inexistente».



Esta implicación del sistema sanitario público responde al respaldo científico respecto a los beneficios del amamantamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, prolongándola junto con la alimentación complementaria hasta los dos años y hasta que «la madre y el niño deseen». Diversas investigaciones publicadas en revistas de referencia como *The Lancet* ratifican que la leche materna previene infecciones respiratorias y gastrointestinales en los lactantes, mientras que en las madres reduce significativamente el riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. A estos, hay que añadir «los beneficios medioambientales, pues la lactancia materna reduce plásticos y contaminación», añade Reyes Laguna.

EN DATOS. El alcance de esta práctica a nivel local refleja la importancia del acompañamiento. Aunque cuesta encontrar datos provincializados, las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) y las encuestas de salud del Ministerio de Sanidad señalan que en España cerca del 70% de las mujeres optan por la lactancia materna. En Soria se registran anualmente unos 500 nacimientos, lo que permite calcular que más de 350 familias inician cada año el proceso de amamantamiento en la provincia, requiriendo en mayor o menor medida algún tipo de asesoramiento.

A pesar de los avances en la esfera sanitaria y el aumento de la concienciación, el factor humano sigue siendo irreemplazable. Las dudas sobre el agarre del bebé, la inseguridad ante la ganancia de peso o la aparición de dolor continúan generando una gran carga emocional en las madres. Frente a estos temores, la escucha activa y la validación entre iguales que ofrece 'Mimamá' resultan determinantes para tranquilizar a la mujer en una fase de profunda vulnerabilidad hormonal y personal.



El GOe Tech Center de San Sebastián diseña un patrón de alimentación basado en el producto local y el disfrute



Algunas personas intentan cambiar sus hábitos y abandonan el empeño porque puntualmente se han salido de su rutina.

COMER SALUDABLE SIN RENUNCIAR AL PLACER

C. LÓPEZ IZQUIERDO (EFE)

«Comer saludable no debe ser visto como un castigo sino como una manera de cuidar nuestra salud sin renunciar al placer». Usune Etxeberria, investigadora del área de Salud y Gastronomía del GOe Tech Center de San Sebastián, tiene clara la receta: dieta mediterránea, una pizca de conocimiento culinario y no recomendar, aunque tampoco demonizar, los ultraprocesados.

«No me gusta hablar de prohibición ni de restricción, me gusta más hablar de diversidad, de flexibilidad, de placer a la hora de comer, porque es la única manera en la que las personas se pueden adherir a patrones de alimentación saludables y mantenerlos de forma sostenible en el tiempo», explica la experta del espacio vasco.

Este centro tecnológico, ubicado en el GOe-Gastronomy Open Ecosystem y dependiente del Basque Culinay Center (BCC) -la universidad gastronómica del territorio-, aspira a ser una referencia internacional en la promoción de la alimentación del futuro mediante la investigación, la generación de conocimiento y la innovación, tanto de la mano de empresas como de otros referentes del ámbito de la nutrición.

Experta en microbiota intestinal, Etxeberria profundiza ahora en el ámbito de la «medicina culinaria», una «herramienta multidisciplinar» que sitúa a la alimentación como «determinante para la salud» ya que, entre otras ventajas, permite prevenir ciertas enfermedades y «mejorar su sintomatología» cuando ya se han manifestado. Todo ello, explica, «mejorando la calidad de vida» de las personas, pero como «un complemento» y nunca «como un sustituto del tratamiento médico» que ya tiene asignado un paciente.

Un contexto en el que este nuevo ámbito permite «traducir» las recomendaciones nutricionales científicas al plato, a través de una disciplina que «aúna conocimiento químico, en medicina, a nivel de evidencia científica nutricional y a nivel culinario». Se trata de «interpretar» todo este saber llevándolo a preparaciones «que sean apetecibles, realistas y sencillas» y que se puedan incorporar al día a día, porque sabemos que unas recomendaciones alimenticias sólo van a tener impacto si son «sostenibles en el tiempo», resume la investigadora.

Para ello, concreta, también es importante «favorecer la diversidad de nuestra microbiota intestinal a través de un patrón saludable, como la dieta mediterránea, que ya se ha demostrado efectiva para personas afectadas por la diabetes mellitus tipo 2, uno de los últimos ámbitos de investigación de Etxeberria. «Al final se trata de comer alimentos de origen vegetal, frutas, verduras, hortalizas, legumbres, frutos secos y semillas, con lo que estamos aportando al organismo fibras de diferente tipo que son alimento para las bacterias beneficiosas».

Un modelo alimenticio de este tipo también facilita «compuestos bioactivos» que favorecen además que «el terreno sea el adecuado para el crecimiento de esas bacterias». Una microbiota que, por otra parte, es diferente en cada persona, al igual que ocurre con sus huellas dactilares, según la investigadora.

«Por estas razones tanto en verano como durante el resto del año no debemos dejar de comer alimentos de origen vegetal, frescos y de temporada y mínimamente procesados, junto con alimentos de origen animal que nos aporten proteína de calidad».

«No obstante, en el ámbito de la nutrición, deberíamos dejar de hablar de productos que pueden tener un beneficio para la salud o de aquellos que son los culpables de todos nuestros males y centrarnos en un conjunto: en un modelo de alimentación saludable», insiste, antes de añadir que «al final el bienestar no depende de lo que comemos un día sino de las elecciones diarias que realizamos y de nuestros hábitos mantenidos en el tiempo», recalca la experta.

Etxebarria también advierte del peligro de que algunas personas que intentan cambiar sus hábitos alimenticios se frustren y abandonen su empeño «porque puntualmente se han salido de su rutina o han comido algo que no debería entrar en ese patrón». «Más vale ir dando pequeños cambios, mejorando hacia un objetivo, que intentar hacerlo todo perfecto, frustrarnos y abandonar a mitad de camino», asegura.

> Conviene favorecer la diversidad de la **microbiota del intestino** con la dieta mediterránea

«Ahí es donde la gastronomía y los chefs pueden ayudarnos a aprender algunas habilidades culinarias que son sencillas y que no tienen por qué ser complejas, pero que pueden guiar a las personas a saber que se puede comer perfectamente saludable sin invertir ocho horas en un plato y que además esté rico», remarca. «Se trata de adquirir un conocimiento culinario porque hasta ahora nos hemos centrado únicamente en el nutricional y lo que realmente nos lleva al éxito es el *pack* completo», subraya Etxeberria, quien también incide en la importancia de la educación alimentaria desde la infancia y de saber leer bien el etiquetado.

En conclusión, la propuesta de la experta del GOe Tech Center redefine la nutrición al demostrar que el bienestar físico y el placer gastronómico no son excluyentes, sino dos caras de una misma moneda cuyo éxito radica en alejarse de las restricciones extremas y los absolutismos alimenticios.

ALGO NUEVO EN LA DESPENSA...

'TIPS' DEL MARIDAJE

Maridar es armonizar vino y comida con el fin de que interaccionen creando una experiencia gastronómica única. Para algunos sumilleres supone una ciencia, para otros un oficio basado en la práctica; hay quien lo ve como una herramienta de seducción e incluso como una percepción puramente emocional. Pero para algunos otros, combinar alimento y bebida es un arte. En esta nueva edición especial con cantos tintados de *¿Qué vino con este pato?* (Planeta Gastro), Ferran Centelles, sumiller durante 13 años en *elBulli*, Premio Nacional de Gastronomía 2011 y mejor sumiller de España 2006, investiga y ahonda no solo en la técnica sino también en la experiencia sensorial que supone el maridaje.



GASTOS EN VERANO

El 65 por ciento de los españoles destinará el mismo presupuesto a restaurantes este verano que en el de 2025, otro 23 prevé aumentarlo y el 12 lo reducirá, según una encuesta de la plataforma de reservas *online TheFork* realizada entre unos 4.500 de sus usuarios. Además, el restaurante es para casi la mitad de los entrevistados su opción preferida a la hora de organizar comidas en la playa o la piscina, mientras que otro 33 por ciento aseguró que disfruta con el plan de prepararla para llevar y solo un 7 confirmó que esta es su opción como medida de ahorro. A la hora de recortar gastos en vacaciones, más de dos de cada 10 personas de la muestra respondió que sería capaz de reducir sus salidas a los bares con el fin de no ver mermados sus ahorros.



CRÓNICA

El doctor almeriense que propaga el 'virus' de la neurocirugía en los países más necesitados

Entramos al quirófano marbellí de Miguel Ángel Arráez, una eminencia que se enfrenta a los tumores más complicados. Ha llegado a operar el cerebro de un músico mientras tocaba el saxofón. Ha formado a colegas de países como Irak y Perú y ha llevado su conocimiento hasta los lugares más remotos

Por **Angélica Reinosa**
Marbella

Miguel Ángel Arráez ha dedicado su vida a «un ordenador extraordinariamente sofisticado» con una capacidad de almacenamiento asombrosa, que alberga «funciones metafísicas», controla al ser humano y configura lo que siente. El ordenador al que se refiere no tiene inteligencia artificial, sino natural. «El cerebro es el órgano que ha presidido mi actividad, mi dedicación, mi ilusión, mis sueños, mis fracasos y mi desesperación», expresa este neurocirujano que ha salvado vidas tocando cerebros, literal y metafóricamente. Ha estado en la cabeza de sus pacientes con un bisturí y ha dejado huella en la de sus colegas con el conocimiento acumulado durante más de 40 años de profesión.

El *virus* de la neurología no atrapó a Arráez a la primera. Nacido en Almería en 1958, de niño soñaba con ser ingeniero mecánico. «Me gustaba armar, desarmar, arreglar cosas, arreglar motos, coches». En un verano como voluntario de la Cruz Roja decidió que quería ser médico. Estudió Medicina y Neurocirugía en la Universidad de Granada. Su inclinación por la mecánica de alguna forma siguió con él: usaría sus manos para armar y desarmar cerebros y columnas.

Crónica visita al doctor Arráez en el Hospital Recoletas Salud Marbella, donde dispone de un quirófano con la última tecnología. Tiene una forma de hablar reposada, casi quirúrgica. Asoma cierta incomodidad cuando debe hablar de él. A pesar de tener un currículum de 126 páginas que podría alimentar la vanidad, es amable y respetuoso en el trato, algo que elogian de él sus colegas y pacientes. Ha presidido sociedades internacionales, como la Academia Mundial de Neurocirugía y la Federación Mundial de Sociedades de Neurocirugía. Ha publicado más de un centenar de artículos científicos y lleva más de 20 años formando especialistas.

El almeriense es profesor titular de Neurocirugía en la Universidad de Málaga desde hace ocho años. Además, es fundador y director del Instituto Arráez de Neurociencia Avanzada, con el que ha formado a neurocirujanos de distintos países con escasos recursos a través de distintas organizaciones benéficas vinculadas a su especialidad. Para él, formar a otros colegas ha sido de las actividades «más satisfactorias» de su carrera. «El médico tiene una serie de obligaciones morales», subraya el también jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Carlos Haya, en Málaga. Varios de sus pupilos se han convertido en sus amigos.

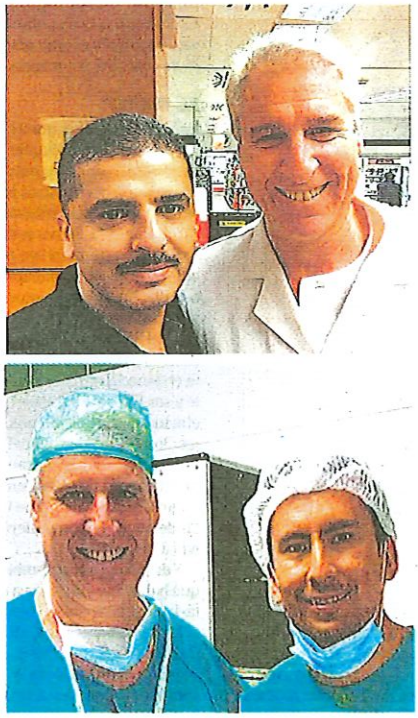
«Con nosotros estuvo un joven iraquí en un tiempo muy difícil para él, durante la reconstrucción de Irak», ejemplifica el neurocirujano español. Su nombre es Yasser Saber y ambos se profesan una profunda admiración, cariño y respeto. Saber tiene mucho que decir sobre su mentor. «Su grandeza va mucho más allá de los quirófanos, las publicaciones científicas y el reconocimiento internacional. Su verdadero legado reside en algo más perdurable: su humanidad».

El médico iraquí viajó a Málaga en 2017 para formarse con el equipo de Arráez. Llegó con una historia tan inspiradora como dramática a cuestas. En 2008, cuando aún era residente de Medicina, recibió en Urgencias a su padre herido por varios disparos de Al Qaeda. «Murió en mis brazos», recuerda. En 2014, el avance del Estado Islámico sobre Mosul le obligó a huir con su familia pocas horas antes de que la ciudad cayera. La guerra no sólo destruyó vidas, sino que aisló la medicina iraquí de los avances del resto del mundo.

Consciente de que necesitaba ampliar su formación para ofrecer a sus pacientes la atención que merecían, decidió mirar más allá de las fronteras de Irak. Así dio con el doctor Arráez, que fue a recibirlo personalmente al aeropuerto de Málaga en plena Navidad. «Allí estaba uno de los neurocirujanos más respetados del mundo, recibiendo a un becario al que nunca había visto», recuerda. Arráez lo invitó a pasar la Nochevieja en su casa. Para Saber, que había olvidado lo que era una celebración familiar, ese gesto significó mucho más que una simple invitación. «Aquella noche, sentado a la mesa junto al profesor Miguel, me sentí en casa. Hubo risas, conversaciones que no necesitaban formalidades, gestos de cariño y una calidez que ninguna barrera idiomática podía disminuir».

Durante los tres meses que se formó con el neurocirujano almeriense, Saber aprendió no sólo técnicas quirúrgicas, sino también una forma de entender la medicina «basada en la dignidad, la compasión, la humildad y la esperanza». Cada lección sirvió para perfeccionar sus conocimientos y descubrir otra forma de ejercer la especialidad en su tierra. «Sabía que jamás podría reconstruir por mí mismo todo un sistema sanitario, que no borraría el enorme retraso que décadas de guerra provocaron en Irak. Pero sí podía mejorar una pequeña parte de esa realidad», afirma.

El doctor peruano Víctor Enciso fue otro de los neurocirujanos que amplió sus conocimientos en Málaga. Conoció a Arráez en el congreso NeuroCuba 2017 y después viajó a España para aprender técnicas de cirugía de base de cráneo. «Me sorprendió gratamente la sencillez, la amabilidad y la disposición con la que respondió a mis inquietudes. A pesar de ser una figura de gran prestigio internacional, me hizo sentir escuchado desde el primer momento».



"MAESTRO, REFERENTE Y EJEMPLO"

Sobre estas líneas, el doctor Arráez junto a sus pupilos Yasser Saber (arriba) y Víctor Enciso (abajo). MARTÍN MESA / ARABA / CRÓNICA



En el quirófano aprendió su destreza técnica y, fuera de él, su forma de relacionarse con los demás. «Trataba a los pacientes con cercanía y respeto, enseñaba con paciencia y generosidad». Arráez le pidió que, después de crecer profesionalmente, ayudara a quienes vinieran detrás. Él siguió el consejo y hoy multiplica en Perú lo aprendido en Málaga: «El conocimiento no se ha quedado sólo en mi práctica profesional».

La última acción de Arráez al frente de la Federación Mundial de Neurocirugía fue de película. Tuvo como escenario Afganistán, poco después del regreso de los talibanes al poder. Preocupado por las mujeres que ejercían su profesión, utilizó sus contactos para conseguir que dos jóvenes neurocirujanas salieran del país con la



excusa de formarse. Cuando finalmente llegaron a España, una de ellas desapareció durante una escala en Barcelona. Había aprovechado la oportunidad para escapar.

Esta red de intercambio de formación —y hasta de salvación— es parte del concepto de neurocirugía global, que busca garantizar un acceso equitativo. «Si un niño de seis años se cae de un árbol y sufre un traumatismo craneoencefálico, en África se muere por falta de asistencia neuroquirúrgica. Pero si tiene cerca un hospital con neurocirugía, ese paciente puede tener una intervención sencilla y salvar su vida», ejemplifica Arráez.

El neurocirujano español está especializado en tumores del tronco del encéfalo. «Es una zona relativamente pequeña por la que pasan todos los centros nerviosos que hay entre el cerebro y la médula, y que albergan la mayoría de los órganos de los sentidos. También incluyen estructuras que nos permiten estar despiertos... Con un mal paso quirúrgico, el paciente puede quedar en coma, no despertarse nunca o fallecer». Este tipo de operaciones pueden durar hasta 17 horas.

Entre sus intervenciones más emblemáticas destaca la que hizo a un saxofonista. En 2015, su equipo operó a Carlos Aguilera, un joven músico que tenía un tumor cerebral, mientras tocaba el saxofón durante la cirugía. La finalidad era comprobar en tiempo real que no estaba dañando las áreas cerebrales relacionadas con el lenguaje musical. El caso tuvo una enorme repercusión y el equipo recibió ese mismo año la Medalla de Andalucía.

La vida profesional de Miguel Ángel ha estado repleta de gratificaciones. «He peleado como un auténtico jabato, pero he tenido mucha suerte, me ha ido muy bien y le doy gracias a Dios, aunque he pagado un peaje brutal», confiesa. Incluso llegó a pasar hambre durante su estancia formativa en Edimburgo. Menciona, a su vez, su sacrificio y el de su familia por las largas horas en el quirófano. Pero lo más duro es el «sufrimiento» cuando un paciente va mal: «En las operaciones más complicadas, la noche anterior no duermes».

En sus manos tiene la responsabilidad de que en un milímetro está la diferencia entre la vida y la muerte de una persona. «Es estar sometido a una presión constante. Es una vida presidida por el sufrimiento, la preocupación y la exigencia». Por eso, cuando su hija Cinta le informó de que seguiría sus pasos y estudiaría Neurocirugía, él experimentó un «sentimiento agridulce», aunque hoy presume de una colega «preocupadísima por sus pacientes, con gran sentido del deber y manos de ángel».

¿Cómo es que alguien decide dedicar su vida a un oficio en el que un milímetro puede separar la vida de la muerte? «Cuando uno es joven tiende a ver lo más fascinante de la profesión. Cuando uno se hace mayor y se da cuenta de la verdadera trascendencia de lo que tiene entre manos, ya es tarde», comenta. Pero lo cierto es que no se arrepiente. «Sólo puedo agradecer a Dios».

«Es maestro, referente y ejemplo». Así describe Enciso a su colega Arráez. «Me enseñó el valor de la generosidad. Cuando necesitaba una oportunidad para crecer, él me tendió la mano y confió en mí. Un verdadero maestro no sólo transmite conocimientos, también inspira, abre oportunidades y motiva a sus discípulos a seguir creciendo». Ese agradecimiento lo comparte con el neurocirujano iraquí. «Espero con ilusión volver a España para abrazar al maestro que me recordó que, incluso después de la guerra, de la pérdida y de un sufrimiento inimaginable, la esperanza sigue teniendo el poder de cambiar una vida. España me dio un maestro. El profesor Miguel me dio esperanza», expresa Saber.

"Su grandeza va más allá de los quirófanos, reside en algo más perdurable: su humanidad"

Estos neurocirujanos no tienen reparos en expresar su cariño hacia el médico almeriense. Quizás porque saben mejor que nadie que los sentimientos emanan del cerebro; y no del corazón, como tan erróneamente ha calado en la cultura popular. «Con todo mi respeto y cariño hacia los cardiólogos, el corazón es simplemente un músculo que tiene dentro tuberías», bromea Arráez. De nuevo habla del ordenador «más sofisticado» en el que lleva cuatro décadas adentrándose. Primero, para salvar vidas; después, para enseñar a otros a hacerlo. *@AngelicaArv*

¿QUÉ HACER SI EL FUEGO LLEGA A TU URBANIZACIÓN? GUÍA DEFINITIVA ANTE UN INCENDIO FORESTAL

Prevención. Conocer las rutas de escape o eliminar el combustible alrededor de la casa son medidas clave para proteger nuestra vida y nuestro hogar y no malgastar recursos

*Por **Rocío R. García-Abadillo**. Infografía de **Gracia Pablos***

Niebla (Huelva). Burgohondo (Ávila). La Mierla (Guadalajara). Los Gallardos (Almería). Villa del Prado (Madrid). Cinco Villas (Zaragoza). Fermoselle (Zamora). Hace meses, la mayoría de los españoles hubiera sido incapaz de ubicar estos nombres en un mapa. Pero, tras un verano fatídico de incendios, estos pueblos se quedarán grabados en la memoria colectiva. Las cifras oficiales del Sistema Europeo de Información sobre Incendios Forestales (EFFIS) de Copernicus ponen dimensión a esta triste realidad: en lo que va de año, las llamas han devorado ya más de 222.000 hectáreas en España, lo que sitúa a esta temporada como una de las peores de la última década. Tragedias como las de este verano evidencian que los incendios forestales no son solo un problema medioambiental, sino una emergencia civil que impacta de lleno en zonas habitadas.

Los profesionales que se enfrentan a las llamas en primera línea –bomberos y agentes forestales, brigadas helitransportadas, técnicos de medio ambiente...– llevan años denunciando la precarización y la falta endémica de prevención durante todo el año por parte de las administraciones públicas responsables. Se quejan de cortafuegos abandonados, pistas forestales intransitables, montes cargados de matorral y restos de talas sin gestionar. Un cóctel que en el argot técnico se conoce como *modelo 12-13*, uno de los escenarios de combustible más peligrosos que un bombero puede encontrarse sobre el terreno.

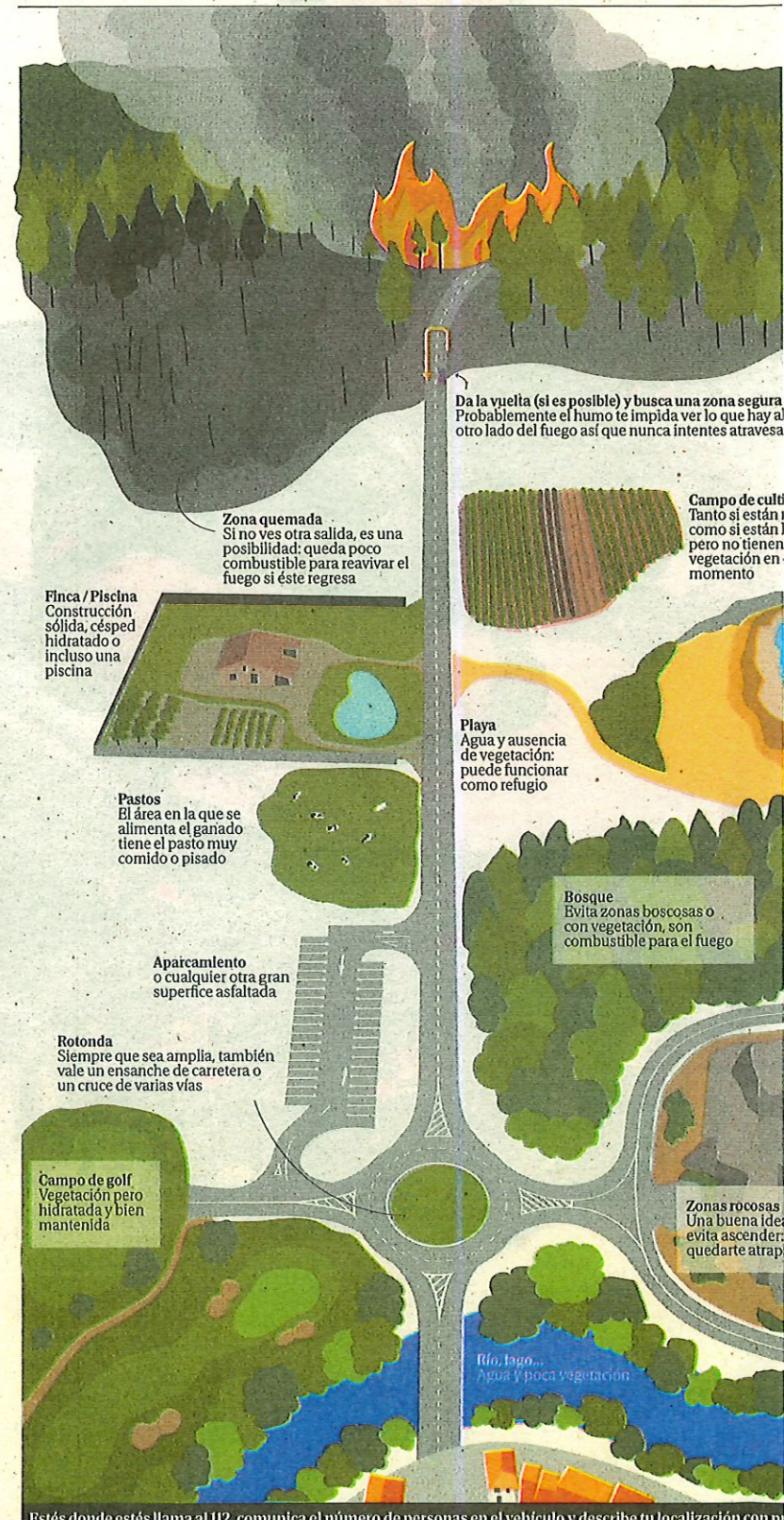
A estas deficiencias se suman otros problemas como la falta de formación o que las personas que gestionan qué hacer en los incendios «muchas veces no tienen suficiente experiencia», indica José Pedro Hernández, capataz y bombero forestal de la Brigada de Refuerzo de Incendios Forestales (BRIF) de Iglesuela del Tiétar (Toledo). Para este profesional es resultado de que cada autonomía tenga las competencias en esta materia. «Debería de haber un sistema en el que los bomberos forestales fueran nacionales, ir todos a una, bien organizados y sabiendo de qué podemos disponer». Hernández explica que ni siquiera tienen la misma equipación o el mismo sistema de comunicación en las frecuencias de radio.

También habla de «picaresca»: «Cuando se pide ayuda a las comunidades, solo mandan un convoy o dos, no todos los que tienen disponibles, que los dejan aparcados. La extinción y prevención depende de las CCAA, pero luego activan un nivel dos para que salga la BRIF [dependiente del Ministerio para la Transición Ecológica] y salga la UME, o piden ayuda a Europa para que vengan de Portugal, Italia, etc. y sus flotas las tienen aparcadas».

Al margen de la dejadez de las distintas administraciones, los profesionales han ido poniendo también el foco cada vez más en la responsabilidad de los ciudadanos. La población vive de espaldas al riesgo forestal, se ha roto el vínculo con el entorno natural y no es raro escuchar «ahí

ESCAPAR DEL FUEGO POR CARRETERA

Si te cruzas con un incendio forestal mientras conduces has de tener claro qu
de áreas podrían servirte como refugio mientras esperas la ayuda



Fuente: José Pedro Hernández (responsable del proyecto divulgativo Axel Bombero Forestal).

UN INCENDIO EN DOS ESCENARIOS

Un coche o una casa pueden acabar siendo el lugar en el que refugiarnos del fuego, ¿qué debemos hacer en cada caso?

DENTRO DEL VEHÍCULO

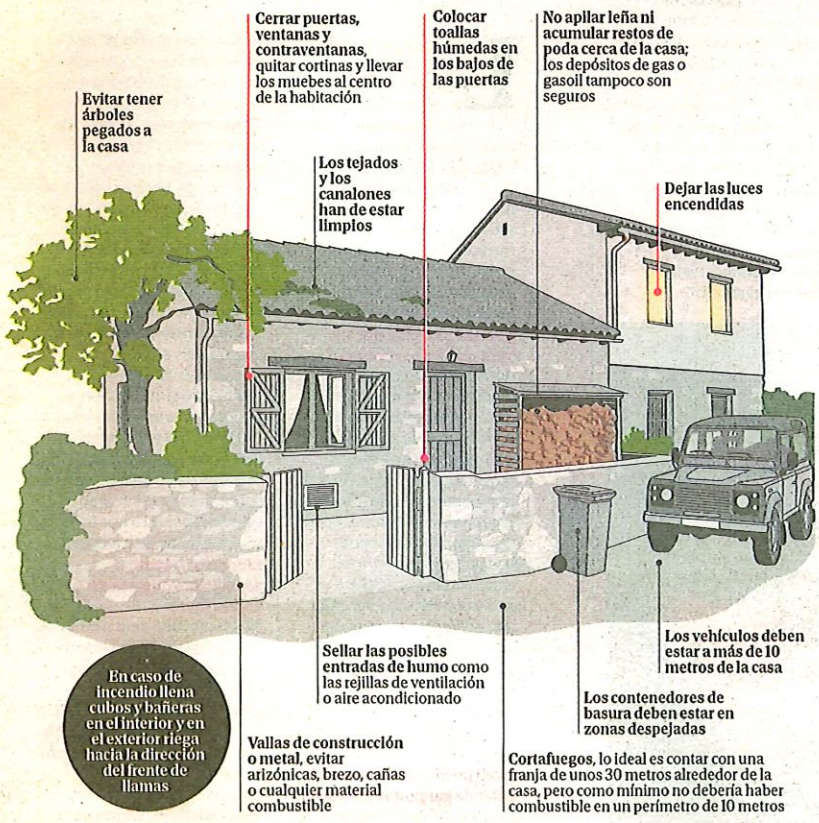
Mantén la calma, busca una zona segura en la que permanecer hasta que pase el frente del incendio y sigue siempre las indicaciones de los profesionales



PREVENCIÓN Y EMERGENCIA EN EL HOGAR

Si hablamos de una vivienda, hay una serie de medidas que nos permitirán prepararla para una situación de este tipo, y otras que nos ayudarán a convertirla en un refugio si es necesario

● Prevención ● En caso de incendio



GRACIA PABLOS | EL MUNDO

tengo una finca que no me pide de comer», señala Hernández, que apostilla: «Claro, porque la dejas crecer salvajemente poniendo en riesgo al vecino». Este bombero realiza muchas charlas por los pueblos y tiene un proyecto divulgativo enfocado a los niños llamado *Axel, el bombero forestal*, que puede seguirse en redes, «porque la prevención empieza en la educación», sostiene.

Denuncia la falta de conciencia situacional y de conocimiento de las personas que viven en zonas donde puede haber incendios y no hacen trabajos preventivos. En este sentido, muchos profesionales se quejan de que con frecuencia los servicios de emergencia se ven obligados a desviar recursos necesarios en el corazón del monte para atender fuegos en parcelas en el interfaz urbano porque la gente no hace los deberes.

Las prioridades establecidas para los equipos de extinción son: primero, vidas humanas; segundo, los bienes materiales, y, por último, la naturaleza. «En vez de apagar esos montes donde tenemos una vegetación formidable y unos animales que han muerto por cientos, tenemos que estar apagando las arizónicas del chalet», se lamentaba hace unos días un peón forestal en una entrevista en la radio. Esas arizónicas son «pura gasolina». «Son peligrosísimas. La gente para tener un poco de privacidad pone vallas de cañizo, de rafia, plásticos... todo eso es como una mecha y además emana gases supertóxicos», expone Hernández.

Eliminar esos elementos y desbrozar y podar los alrededores es básico. «Es hora de que cada uno mire lo suyo y se asuman las responsabilidades que corresponden», piden los profesionales.

La mayoría de la población desconoce cosas como el comportamiento del fuego o los protocolos de preparación de sus viviendas y no tiene planificada una ruta de escape. Al margen de iniciativas particulares y altruistas como el proyecto divulgativo de Hernández (en el que se basa la infografía que acompaña a este reportaje), los ciudadanos tienen disponibles manuales y guías de autoprotección oficiales en la web de la Dirección General de Protección Civil y Emergencias, donde se detallan pautas y recomendaciones para afrontar el riesgo por incendios forestales.

A grandes rasgos, ante un incendio forestal en primer lugar hay que leer el entorno. La columna de humo es el indicador más fiable: su inclinación y trayectoria marcan siempre la dirección del viento y, por tanto, hacia dónde avanzará el fuego. Asimismo, la topografía es determinante: el fuego es ascendente por naturaleza y sube las pendientes de las montañas a gran velocidad. La huida a pie debe realizarse siempre cuesta abajo y en dirección opuesta al viento.

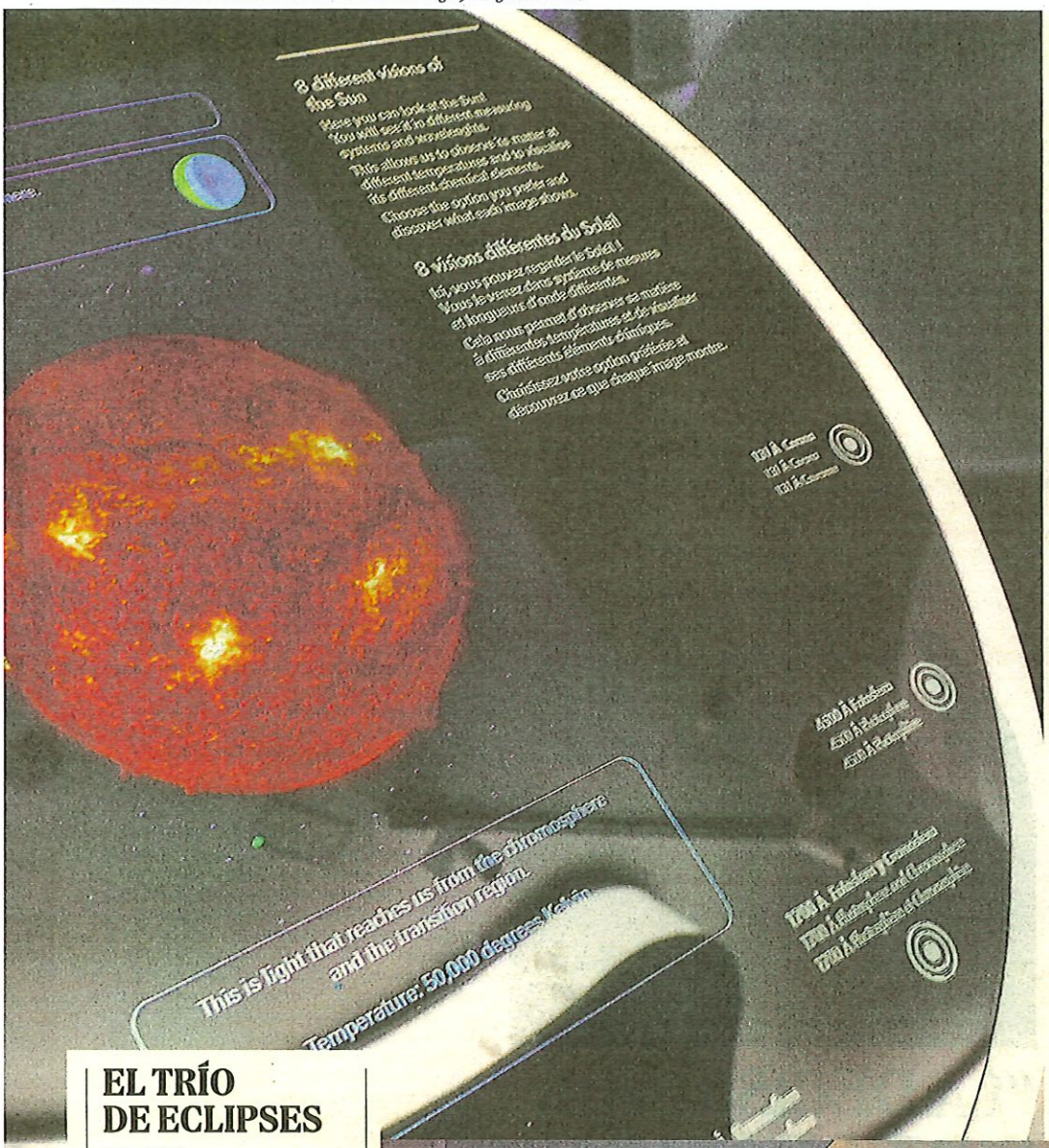
Dependiendo de las directrices que emitan los servicios de emergencia, las actuaciones varían radicalmente entre la evacuación y el confinamiento. En el segundo caso la idea es hacerse fuerte en casa y convertirla en un búnker. Para ello, entre otras cosas, hay que cerrar a cal y canto todas las puertas, ventanas y persianas; taponar las rendijas inferiores de las puertas con toallas empapadas en agua para frenar la entrada de humo; y apagar por completo los sistemas de aire acondicionado y ventilación. También se deben quitar las cortinas de las ventanas porque el choque térmico extremo hace que los cristales colapsen y revienten, y el fuego prenda esas cortinas y devore el interior.

Si se dispone de suministro de agua, hay que llenar la bañera, el lavabo, el fregadero y cubos, y mojar el suelo interior cercano a los accesos. En las inmediaciones de las ventanas y fachadas hay que retirar cualquier elemento combustible: toldos, ropa tendida, hamacas y futones o muebles de jardín de plástico.

En caso de que haya que evacuar, cuidado con el coche: las carreteras pueden convertirse en ratoneras mortales por el colapso de vehículos, por eso conviene no frenar en seco si se pierde visibilidad. En su lugar y antes de que se pare el motor por falta de oxígeno, hay que aparcar a un lado de la calzada y apagar el motor y la ventilación. No se debe huir a la desesperada a pie, es mejor buscar una zona ya quemada y refugios naturales, como campos de cultivo labrados, ríos, olivares limpios, zonas asfaltadas anchas o playas.

Los profesionales recomiendan que toda familia que resida en una zona de interfaz urbano-forestal cuente con una mochila de emergencia preparada siempre para casos de evacuación rápida. Este kit debe contener linterna, radio de pilas, silbato, agua, alimentos energéticos, un botiquín básico y mascarillas de alta protección. «En las evacuaciones muchas personas cogen cosas que no tienen sentido. Hay que tener una pequeña lista hecha con las cosas importantes para meterlo en el maletero y salir rápido. Y para no perder documentos, fotos y recuerdos, conviene digitalizarlos en un disco duro o subirlos a la nube», aconseja Hernández.

Por último, si a causa del incendio hay quemadura o intoxicación por humo, antes de que lleguen los servicios médicos el Instituto Español de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería (CGE) recomienda alejar a la víctima del foco de las llamas, aplicar de forma inmediata agua corriente fresca (nunca por debajo de los 8ºC) sobre la superficie quemada durante 5-20 minutos y abrigar a la persona para evitar que entre en hipotermia. Retirar anillos, cinturones o ropa ajustada que puedan comprimir la zona cuando se inflame, pero solo si no están pegados a la piel (no debe arrancarse). Y no aplicar nada sobre las lesiones, cubrirlas exclusivamente con gasas estériles o con un paño limpio y seco.



del OAJ, el impacto de este ecosistema astronómico en la provincia de Teruel es ya visible en varios niveles, tanto académicos como económicos: «Tener un observatorio de referencia que pone de manifiesto la calidad del cielo de ésta y otras comarcas turolenses está sirviendo de catalizador para todo lo relacionado con el turismo de estrellas», asegura.

«El proyecto bandera de esa línea de negocio es Galáctica, pero cada vez hay más zonas de Teruel que están teniendo distintos tipos de certificación Starlight, que acredita la calidad del cielo para la astronomía. Más del 60% de la superficie de la provincia tiene esa certificación», subraya. Y es que «una de las consecuencias de la España vaciada es que no hay contaminación lumínica y hay cielos transparentes».

En la misma línea de impacto turístico, destaca que «en dos ocasiones, una etapa de la Vuelta Ciclista a España ha terminado en el Observatorio, lo que supone un publirreportaje a nivel mundial porque permite que millones de espectadores vean la provincia de Teruel. Y de cara al eclipse, la ESA lo ha seleccionado para retransmitirlo para todo el mundo desde aquí».

Pero, para Marín-Franch, uno de los impactos más importantes es que ha surgido «una oportunidad de trabajo de primer nivel en el campo de la investigación y el desarrollo tecnológico en una región en la que estas oportunidades son mucho más escasas que en otras zonas del país. Para los jóvenes, contar con una infraestructura como ésta es un estímulo», sostiene.

La Universidad de Zaragoza imparte en su campus en Teruel carreras de ingeniería. Varios de los ingenieros de CEFCA y del OAJ se han formado allí y está previsto inaugurar un nuevo grado en Ingeniería Aeroespacial para 2027: «Teruel está apostando fuerte por el ecosistema aeroespacial, pues cada vez hay más empresas de este sector que usan como banco de pruebas el aeropuerto de Caudé, que se concibió para el estacionamiento y mantenimiento de aviones».

Destaca también la perspectiva académica, pues desde hace varios años una treintena de estudiantes chinos de Física de centros como la Beijing Normal University vienen a Arcos para un programa inmersivo de dos semanas de estudio y observaciones: «Los vecinos ya están acostumbrados, pero el primer año la imagen resultaba llamativa. En el único bar del pueblo, veintitantos estudiantes chinos sentados en la mesa grande viendo por televisión los Sanfermines y en la barra, los vecinos», cuenta sonriendo. «Para los que vienen de fuera, encontrarse en un espacio así es algo único. Y Teruel cada vez está más en el mapa».

EL TRÍO DE ECLIPSES

Con el eclipse total de Sol del 12 de agosto de 2026 dará comienzo el llamado *trío de eclipses ibéricos*.

02-08-27. Eclipse total de Sol. Volverá a caer en agosto, pero será más largo, durará casi cinco minutos y tendrá lugar en torno a las 10.50 horas, por lo que la elevación del Sol facilitará su observación. La franja de totalidad cruzará el estrecho de Gibraltar de oeste a este, cubriendo las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, casi toda la provincia de Cádiz, parte de Málaga y las zonas más meridionales de Granada y Almería.

26-01-28. Eclipse anular de Sol. La Luna se alineará entre la Tierra y el Sol, pero al estar en su punto más lejano de la Tierra, se ve más pequeña que el Sol y no lo cubre por completo, dejando ver un anillo de fuego alrededor del disco oscuro. A última hora de la tarde, cruzará la Península desde el suroeste al noreste, cubriendo gran parte del país: Andalucía, la parte sur de Extremadura, Castilla-La Mancha, zonas de Madrid, Aragón, Murcia, Comunidad Valenciana, parte de Cataluña y las islas más occidentales de Baleares. Desde el resto del país se disfrutará como un eclipse parcial de Sol.



INVESTIGADORES ESPAÑOLES DISEÑAN CÓMO DETECTAR EL RIESGO DE MALARIA DESDE EL MÓVIL

Iniciativas. La herramienta para 'smartphones' analiza la imagen del resultado del test rápido de diagnóstico de la infección. "Ayuda a una clasificación rápida de casos"

Por ***Carmen Fernández***

La malaria causa medio millón de muertes anuales globalmente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS); es la primera causa de fiebre en personas migrantes y viajeros y, de las enfermedades parasitarias, es la que tiene peor pronóstico en nuestro medio, donde no es endémica. Las mutaciones en el parásito que la causa y las resistencias a antimaláricos complican el abordaje de esta enfermedad transmitida por mosquitos. Y hay otro problema añadido: es importante tratar precozmente a los pacientes que pueden evolucionar rápidamente hacia formas graves de la enfermedad, pero detectarlos a tiempo no es fácil, y menos en zonas donde la experiencia clínica es limitada y el acceso a recursos especializados se concentra en muy pocos hospitales, tal y como sucede en España.

Justo en una solución para paliar este último hándicap trabajan científicos de la Universidad Rovira i Virgili (URV) de Tarragona y el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal).

Están desarrollando una herramienta para teléfono móvil que permite analizar la imagen del resultado del test rápido de diagnóstico de la malaria, una prueba que funciona mediante flujo lateral y su interpretación se basa en la aparición de líneas de color (rosadas, rojas o violetas). Con la combinación, además de detectarse la infección (es lo que hace el test) se puede identificar a los pacientes que pueden desarrollar formas graves de la enfermedad (es lo que hace la herramienta de móvil). Además, esta última hace el análisis en menos de seis minutos, permitiendo así decidir el traslado inmediato de la persona infectada a un dispositivo asistencial en el que puedan tratarla precozmente.

Los resultados de esta nueva herramienta (que complementa los test) los han publicado en *Biosensors and Bioelectronics*. En el artículo concluyen que «este estudio ilustra cómo las tecnologías de biodetección establecidas, combinadas con herramientas de salud digital, pueden adaptarse para abordar la creciente necesidad de evaluar la gravedad de la malaria». En concreto, «demostramos que el pan-pLDH, si bien es menos específico que el PfHRP2 para el diagnóstico, aporta valor añadido como biomarcador pronóstico al ayudar a diferenciar los casos graves de los no complicados en cuestión de minutos en el punto de atención. Junto con la interpretación de vídeo mediante *smartphone*, las pruebas de flujo lateral pueden leerse de forma más rápida y consistente, reduciendo la variabilidad del usuario y extendiendo su utilidad más allá del diagnóstico para apoyar la clasificación temprana de los pacientes».

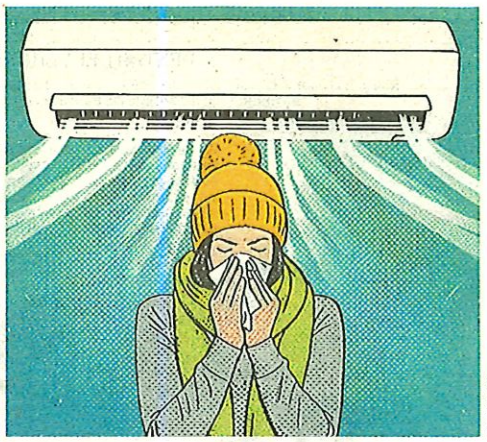
Como se ha citado, el análisis se centra en dos biomarcadores producidos por el parásito: la proteína Pf HRP2, específica de *Plasmodium falciparum* (suele generar la forma más grave de la enfermedad) y la enzima panlactado deshidrogenasa (pan- pLDH), presente en *Plasmodium spp*. Mediante inmunoensayos de laboratorio y test de flujo lateral (similares a los test de embarazo o los utilizados en la pandemia de covid-19), los investigadores compararon la capacidad de los dos marcadores tanto para diagnosticar la malaria como para identificar los casos de más gravedad.

Los resultados muestran que, aunque Pf HRP2 es muy precisa para confirmar la infección, el pan-pLDH es especialmente útil para distinguir a los pacientes con riesgo de gravedad, incluso cuando se utiliza en tests rápidos sencillos. «Esta diferencia es clave desde el punto de vista clínico, ya que permite obtener información relevante para la toma de decisiones sin necesidad de equipamiento de laboratorio complejo», según Claudio Parolo , investigador Ramon y Cajal del Departamento de Ingeniería Química de la URV e investigador externo asociado del ISGlobal.

La investigación la lideran Parolo y Daniel Camprubí, investigador del ISGlobal y especialista del Servicio de Salud Internacional del Hospital Clínic Barcelona, y se ha desarrollado en el marco de la tesis doctoral de Júlia Pedreira, investigadora predoctoral en ISGlobal. Ha contado también con el apoyo del equipo de ciencia de datos coordinado por Paula Petrone, del Barcelona Supercomputing Center-Centro Nacional de Supercomputación (gestiona el superordenador MareNostrum 5), para el análisis cuantitativo.



ALBERTO DI LOLLI



LUIS PAREJO

ENFERMERA SATURADA

RESFRIADOS VERANIEGOS Y DOLOR DE GARGANTA, ¿POR EL AIRE CONDICIONADO?

Riesgos. Los enterovirus son los culpables habituales de infecciones leves y pasajeras típicas de esta época. Los sistemas de climatización a muy bajas temperaturas resecan e irritan más las vías respiratorias

Lo más frecuente suele ser asociar los resfriados o el dolor de garganta al invierno, a los meses fríos del año, cuando en estas mismas páginas hablamos de gripe, de virus respiratorio sincitial o de neumonía, pero no siempre es así. Y es que el 20% de los casos anuales de resfriados se producen durante los meses de verano, así que veamos de quién puede ser la culpa.

¿Cómo es posible que me haya resfriado en verano?

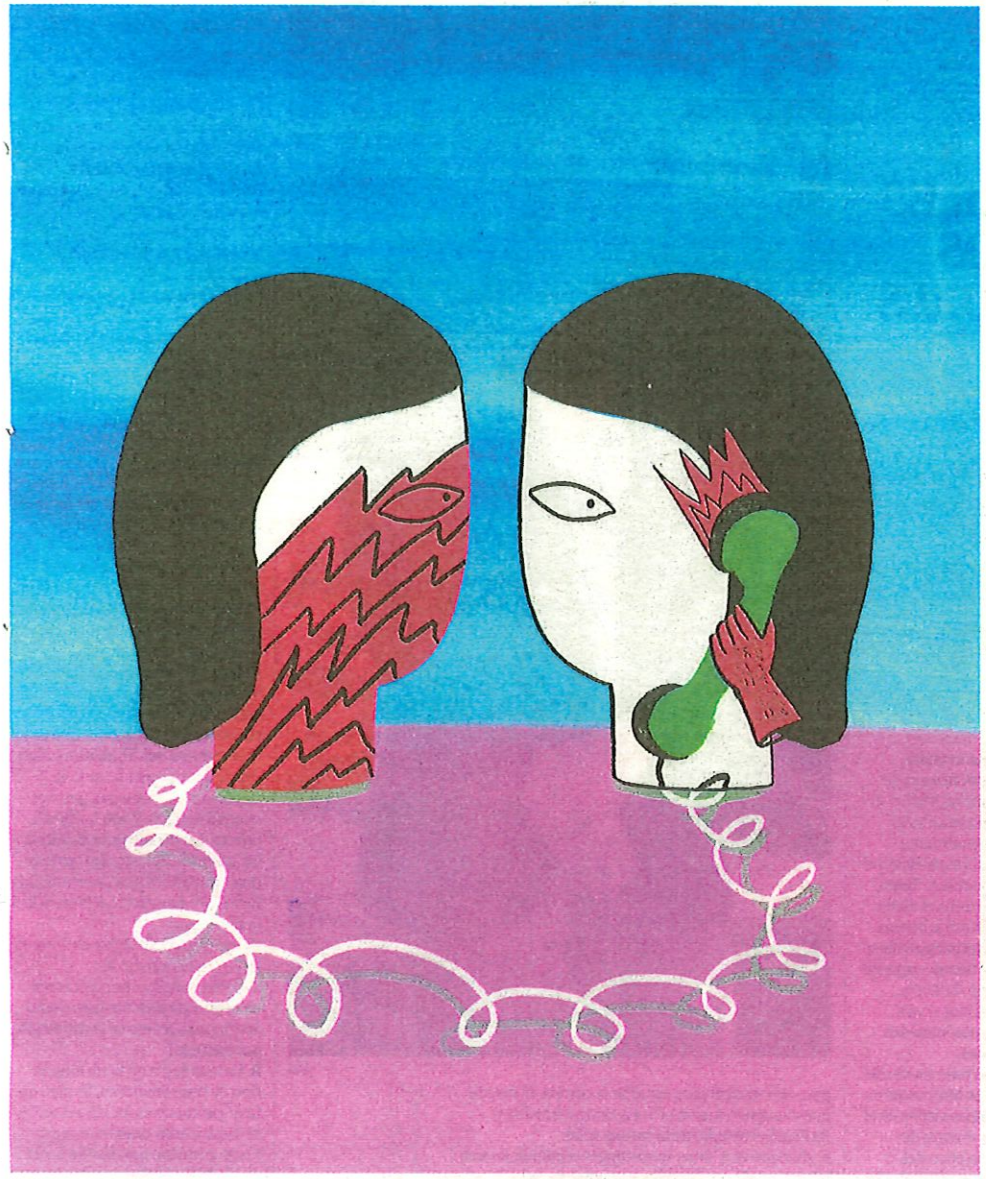
Aunque sea verano sí podemos sufrir una infección en las vías respiratorias altas, es decir, que afecte a la nariz y a la garganta. Suelen estar provocadas por algún virus de la familia de los rinovirus, pero eso durante el invierno, ya que durante el verano apenas tienen actividad y son los enterovirus los culpables habituales. Hay que recordar que suelen ser infecciones leves y pasajeras, que mejoran en un par de días y para las que el único tratamiento es sintomático con el fin de aliviar la congestión nasal, el dolor de garganta y el malestar.

¿Cuál puede ser la causa del dolor de garganta en verano?

Que nos despertemos con dolor de garganta durante las vacaciones puede ser por una pequeña infección, o no serlo en absoluto. En el 70% de los casos, ese dolor de garganta se deberá a la inflamación que nos está provocando un virus. El microorganismo causante puede ser muy variado: rinovirus, adenovirus, enterovirus, Epstein-Barr... que suelen causar faringitis leves o moderadas que mejoran solas en tres o cinco días. En el 20% de los casos será una infección por una bacteria, como por ejemplo un estreptococo o un *Fusobacterium necrophorum*, y en este caso sí puede ser necesario tratamiento antibiótico si la infección no mejora y tras una valoración médica. En el 10% se debe a una causa no infecciosa. Hablamos por ejemplo de una sobrecarga de la voz, haber estado expuesto a aire frío y seco o a humo, una alergia...

Entonces, ¿el aire acondicionado provoca resfriados?

No los provoca, pero sí influye. Si lo ponemos a temperatura muy baja o hacemos un uso excesivo, estos equipos de enfriamiento llegan a resecar el ambiente. Ese aire seco y frío durante un tiempo prolongado acaba provocando que las mucosas de las vías respiratorias se resequen, irritan la garganta y nos hacen más vulnerables a contraer infecciones en la zona.



"EL DOLOR NO OCURRE EN EL LUGAR DONDE NOS LESIONAMOS, SINO EN EL CEREBRO"

Los porqués de la salud (III). Este mecanismo, nuestro guardaespaldas biológico, tiene que ver con la parte inconsciente de la mente: memorias, creencias y expectativas

*Por **Rocío R. García-Abadillo.***
*Ilustración de **Marina Bonilla***

Imaginemos una especie de mutación genética que eliminara por completo el dolor. Para cualquiera que haya lidiado con una migraña o una lumbalgia sería lo mejor que podría pasarle, pero la realidad es que esa persona estaría sentenciada a una muerte prematura. Sin la señal del dolor, una apendicitis pasaría desapercibida hasta provocar una peritonitis mortal y una quemadura, al no retirar la mano, no solo destruiría la piel, sino que afectaría a su funcionalidad. Puede parecer un tormento, pero el dolor es nuestro guardaespaldas, una herramienta biológica básica para la supervivencia de nuestra especie.

Para entender cómo funciona, pensemos en una escena cotidiana: ¿Quién no se ha golpeado el dedo pequeño del pie con la esquina de la cama o de un mueble? En un milisegundo es como si todo se congelara procesando el golpe hasta que llega la señal del dolor y entonces... la tormenta se desata. Un sudor frío cae por la frente, gritos, maldiciones y un intento instintivo de calmar el dolor del pie agarrándolo y haciendo presión.

Lo que hay detrás de este momento es un proceso neurobiológico en cuatro pasos. Ante una lesión –como un corte o una quemadura– los nociceptores (la red de estructuras nerviosas especializadas distribuidas por todo el cuerpo) activan la transducción: transforman ese impacto en un impulso eléctrico inicial mientras los tejidos liberan una «sopa inflamatoria» cargada de sustancias que aumentan la sensibilidad de la zona. Después comienza la transmisión: esa señal eléctrica viaja por dos vías hacia la médula espinal y sube hacia el cerebro, utilizando «las fibras nerviosas A-delta, que son rápidas y transmiten ese dolor agudo e inicial que nos hace reaccionar, y las fibras nerviosas C, más lentas, responsables del dolor sordo y latente que sentimos después», explica Hermann Ribera, presidente de la Sociedad Española del Dolor (SED).

Antes de llegar, la señal pasa un filtro de seguridad (modulación): la médula y el tronco encefálico actúan como un peaje que puede amplificar o frenar (modular) la señal liberando analgésicos propios como las endorfinas. El último paso es la percepción, cuando la señal llega al cerebro y se distribuye en una red compleja: la corteza somatosensorial identifica dónde duele, el sistema límbico le añade el sufrimiento y la angustia emocional, y la corteza prefrontal interpreta el significado del daño. «Para entender el dolor, primero debemos desmontar un mito: no ocurre en el lugar donde nos lesionamos, sino en el cerebro», subraya Ribera.

Precisamente porque este mecanismo de defensa ocurre en el cerebro, es imposible explicarlo de forma exacta porque «hay muchos datos que se desconocen, ya que tienen que ver con la parte inconsciente de nuestro cerebro y con las memorias, creencias, expectativas (muy diferente en las personas) que pueden aportar, por ejemplo, datos de peligrosidad», ejemplifica Maritxu Muñoa Capron-Manieux, médica de familia y comunitaria y coordinadora del Grupo de Trabajo de Dolor Persistente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc). Muñoa añade que la intensidad del dolor «no tiene por qué guardar relación con lo que ocurre en los tejidos, sino con lo peligrosa que el inconsciente considera esa situación».

Ese factor explica por qué unas personas tienen más tolerancia al dolor que otras. «El cerebro es un órgano predictivo basado en la experiencia. Traumas físicos pasados, vivencias de dolor mal gestionadas en la infancia o la exposición prolongada a la nocicepción dejan 'huellas de memoria' en las redes neuronales. Si el cerebro ha aprendido a interpretar un estímulo como una amenaza grave, reaccionará aumentando la señal de dolor como mecanismo de protección», dice Ribera.

Para el presidente de la SED, hay otros factores que al interaccionar dan como resultado distintos umbrales de dolor y tolerancias al mismo, como una predisposición genética, la eficiencia para frenar el dolor liberando endorfinas y serotonina, el estado neuroinflamatorio del organismo y variables psicoemocionales.

En cualquier caso, este mecanismo tan necesario se convierte en un problema «cuando pierde su función protectora respecto a lo que informa, es decir, si aparece dolor en una zona, pero no hay lesión en esa zona», apunta Muñoa. «En realidad, en esos casos, el dolor informa de algún otro tipo de valoración de problema que debería ser abordado, sin centrarnos en los tejidos de la zona dolorida –que están sanos–», señala.

Ribera explica que los mecanismos por los que se pasa de un dolor agudo a un dolor crónico todavía no se comprenden del todo, aunque no es de un día para otro, sino «un proceso progresivo de reorganización del sistema nervioso central», que pasa por varias etapas, según el experto, en las que persisten los estímulos dolorosos, hay una sensibilización progresiva (estímulos leves que antes no generaban respuesta comienzan a enviar señales eléctricas continuas a la médula espinal y éstas cambian las neuronas centrales, apareciendo dolor incluso por un roce) y al cronificarse el dolor el sistema para producir endorfinas que lo mitiguen se agota, remata Ribera.

"Las fibras nerviosas A-delta transmiten el dolor agudo e inicial y las nerviosas C, el dolor latente de después"

"Si el cerebro aprende a interpretar un estímulo como una amenaza, aumentará este mecanismo de protección"

ESPAÑA

Cambios en la ley de reproducción asistida: «Está obsoleta para ellas»

La norma facilita a los hombres la destrucción de sus gametos, pero limita a las mujeres

PILAR PÉREZ MADRID

Laura García Sánchez nunca tuvo claro si quería ser madre, pero no lo descartó. Simplemente pospuso esa decisión. Con 45 años sabía que estaba en el último intento y gracias a un proceso de ovodonación llegó Noa a su vida. En el camino hay cuatro embriones congelados que no alumbrará. Una decisión encorsetada por una norma diseñada hace 20 años.

«Está obsoleta porque una mujer no puede decidir sin 'tutela médica' sobre sus óvulos congelados. Y, en mi caso, no puedo decidir sobre mis embriones. O bien espero a cumplir 50 años, mientras sigo pagando su conservación en la clínica, o pido dos informes médicos que avalen que ya no voy a poder ser madre», explica. Ella ha optado por donarlos a otras mujeres que los necesiten.

Laura reclama que las mujeres puedan tener potestad sobre sus óvulos y embriones: «Si hablamos de espermatozoides, es más fácil. A ellos no los examinan si pueden o no, simplemente les dan luz verde para destruir lo donado».

«A nosotras se nos exigen dos informes médicos, a ellos nada»

«En la destrucción de embriones hay cuestiones éticas a tener en cuenta»

Joaquín Llácer, ginecólogo especialista en Medicina Reproductiva y miembro de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), lo deja aún más claro: «En este país es más fácil que una mujer aborte un embrión que no quiere que deshacerse de ellos antes de la implantación». Esta afirmación podría dejar de ser así en los próximos meses si prospera en las Cortes la Proposición de Ley de modificación de la regulación sobre la crioconservación de ovocitos, que ya ha dado el primer paso.

En abril, una amplia mayoría del Congreso (303 votos a favor, 33 en contra y 8 abstenciones) admitió a trámite esta reforma propuesta por el PSOE, que busca igualar la crioconservación de óvulos y semen y reforzar la autonomía de las mujeres frente a la normativa actual.

Vanessa Vergara, directora médica de Clínicas IVI España y Portugal, aplaude esta modificación porque puede tener un impacto positivo «al facilitar la toma de decisiones reproductivas más libres, informadas y adaptadas a cada mujer, mejorando el uso de la técnica y reduciendo barreras innecesarias». Hoy en día lo que permite la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida (LTRHA) es la destrucción de los gametos masculinos, pero no la de los femeninos, «al menos con tanta facilidad. A ellos les basta con decir 'ya no los quiero' y listo», apunta Laura. Sin embargo, ellas lo tienen más complicado.

Los obstáculos contribuyen a producir una acumulación de ovocitos en los bancos autorizados, «como consecuencia de las limitaciones que la norma establece para cesar su crioconservación», advierte Llácer. Y añade: «La situación casi nos conduce a que los ovocitos tienen que quedar congelados de forma indefinida».

A través de su caso, Laura subraya que «todavía hay mucho desconocimiento. Y mucho estigma. Ni se cuenta qué se pasa por este proceso, ni se sabe qué ocurre después de que ya no vas a necesitar el material reproductivo. También está el tema económico, no todas pueden seguir pagando una vez finalizado el proceso, que ya de por sí es caro».

Llácer hace hincapié en esto: «Las mujeres abandonan porque no quieren seguir costeando la conservación. Y entramos en una dinámica donde no hay igualdad porque no pueden decidir sobre esas muestras». No hay otro país, asegura, que establezca estas trabas para destruir el material genético congelado de las mujeres.

Para la directora médica de IVI todo esto es especialmente relevante en un contexto social muy claro: «En España las mujeres están retrasando la maternidad hasta cifras de las más altas de Europa, con una edad media del primer hijo por encima de los 32 años y tasas de natalidad por debajo de 1,2 hijos por mujer».

La proposición de ley que se debatirá en los próximos meses se reduce únicamente a la regulación de los ovocitos, aunque quedaría pendiente la situación de los embriones, que es lo que le preocupa a Laura. Los grupos parlamentarios, durante el debate para considerar su tramitación también apuntaron la necesidad de reformar qué ocurre con los óvulos fecundados, pues los requisitos para poder destruirlos son los mismos. Vergara se muestra prudente sobre la posible enmienda de los preembriones de dos y tres días: «Aquí entran en juego consideraciones éticas adicionales que no son comparables exactamente con los gametos».



Laura García Sánchez ha sido madre gracias a ovodonación y donará los embriones que ya no necesita. ABEL F. ROS / ARABA PRESS

ESTO ES LO QUE SE PERMITE CON LA NORMA ACTUAL: «LIMITA LA GESTIÓN EFICIENTE»

¿Por qué médicos, pacientes y sociedad civil reclaman la reforma? «La sociedad y los avances científicos han cambiado mucho en 20 años y debemos ajustarnos a ellos», reclama Llácer. La ley actual establece unos protocolos burocráticos en los que se tutela la decisión de la mujer en el cese de la conservación de los ovocitos y no así la del hombre con los espermatozoides. En primer lugar, la norma actual establece que la crioconservación en bancos autorizados de ovocitos podrá prolongarse hasta el momento en que se considere por responsables médicos, con el dictamen favorable de especialistas independientes y ajenos al centro correspondiente a través de dos informes, que determinen que la receptora no reúne los requisitos clínicamente adecuados para someterse a una técnica de reproducción asistida. En segundo lugar, la ley marca diferentes destinos posibles para los ovocitos crioconservados: el uso por la propia mujer o su cónyuge; la donación con fines reproductivos; la donación con fines de investigación; y el cese de su conservación sin otra utilización. En la práctica, los diferentes al uso por la propia mujer son «poco frecuentes», si bien en el caso de Laura sí se da, aunque con el matiz de que ella lo que dona ya es el óvulo fecundado. En el caso del fin de la conservación sin otro fin, sólo puede llevarse a cabo cuando se haya superado el plazo máximo de conservación fijado por la ley, es decir, cuando acabe el periodo fértil de la mujer (en nuestro país fijado en los 50 años), sin que se haya optado por alguno de los otros destinos mencionados. «Sabemos que no todas las mujeres acabarán usando esos ovocitos, y la normativa actual limita en cierta medida la gestión eficiente de esta realidad», apunta Vergara.

La Airef vincula las listas de espera al tiempo de baja, que llega a 62 días de media en la región

● La autoridad fiscal señala que a mayores demoras en ramas como 'Trauma', Digestivo o 'Neuro' «se observan duraciones más largas de incapacidad temporal» ● Estas tres especialidades acarrean una espera media de 151, 103 y 86 días en Castilla y León

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

Aún resuenan las palabras de Alberto Núñez Feijóo cuando etiquetó las bajas laborales como «un cáncer». Al margen de la apreciación pronunciada por presidente del Partido Popular, desencadenando consigo el habitual rifirrafe político, un informe de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (Airef) refleja que el tiempo de incapacidad temporal de los trabajadores está vinculado directamente al incremento de las listas de espera, ya sea para someterse a una cirugía o para acudir a una consulta. Es por ello que desde el organismo se dirigen al Ministerio de Sanidad para analizar las «causas, determinantes y el impacto» de esas demoras sobre las bajas médicas.

El análisis de los tiempos de espera realizado por la Airef se enfoca en el periodo comprendido entre 2017 y 2024, abarcando el acceso tanto a las consultas de especialidades como a las intervenciones quirúrgicas. Eso sí, no incluyen únicamente este determinante para explicar el incremento de los procesos de incapacidad temporal, sino que también hablan del efecto de los convenios colectivos, que consideran que han ampliado la «protección económica» durante los episodios sin trabajar. «El análisis muestra que aproximadamente la mitad de los convenios sectoriales y casi dos tercios de los convenios de empresa incorporan complementos retributivos que elevan sustancialmente la cobertura económica durante la incapacidad temporal, llegando en muchos casos a equiparar la prestación con el salario habitual», reflejan al respecto.

Asimismo, la AIReF aporta evidencia causal sobre el impacto de reformas normativas recientes. En particular, la restauración del complemento retributivo del 100 % para los empleados públicos en situación de incapacidad temporal –incluido en el Real Decreto 956/2018– incrementó en un 40 % la probabilidad de iniciar una baja. «Pone de manifiesto la relevancia que el grado de generosidad de la prestación ejerce sobre la incidencia de los procesos de incapacidad temporal», consideran.



Un paciente espera su turno en las consultas del Hospital Universitario de Burgos. E.M.

Por otra parte, el análisis de la reforma laboral de 2021, que eliminó la figura del contrato por obra y servicio, muestra para la autoridad fiscal que el tránsito desde contratos temporales hacia contratos indefinidos incrementó en torno a un 30 % la probabilidad de iniciar un episodio de incapacidad temporal. «Sugiere que una mayor estabilidad en el empleo reduce el coste percibido de acogerse a la prestación», señalan en este caso.

En conjunto, la Airef aprencia una «deficiencia estructural» entre los organismos involucrados en la prestación de la incapacidad temporal, que sólo en 2024 alcanzó un desembolso de 16.500 millones de euros, únicamente superado por las pensiones. Así, por un lado se encuentra la parte «principal» del esquema, que es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), responsable de la financiación y dependiente de la Administración central; y por otro, el «agente, que es el Sistena Nacional de Salud (SNS). De esta forma, el INSS delega la decisión clínica sobre su concesión en los médicos de Atención Primaria, pero para la Airef no debería ser así. «Esta configuración dificulta la correcta internalización del coste económico, ya que la decisión de reconocer la incapacidad temporal recae en los facultativos de Atención Primaria, mientras que el coste es asumido por el INSS», afirman en su análisis publicado en febrero.

«Esta configuración dificulta la correcta internalización del coste económico y genera riesgos de sobreutilización y prolongación innecesaria de los procesos en ausencia de supervisión y coordinación reforzada», añade la Airef.

Este diagnóstico estructural se produce, además, en un contexto de «deterioro» de las listas de espera, según considera la autoridad fiscal. Con una perspectiva general y sin entrar en detalle por autonomías, la autoridad fiscal sitúa un aumento próximo al 60% en la incidencia de las bajas por contingencias comunes entre 2017 y 2024, mientras que la duración media de los procesos se incrementó «de forma significativa» en las patologías de mayor gasto público, en particular los trastornos mentales y las enfermedades musculoesqueléticas.

En números absolutos, los episodios de contingencias comunes pasan de 4,7 millones en 2017 a casi 8,6 millones en 2024, por lo que la evolución porcentual de los episodios que representan las incapacidades temporales asciende del 87,5 al 92%.

Desde la Airef se apoyan en un estudio realizado en Noruega para justificar que «las demoras en el acceso a la atención sanitaria pueden tener consecuencias más allá del ámbito clínico, afectando a la recuperación funcional y la reincorporación laboral». Al respecto, estimaban que cada diez días adicionales de espera para una cirugía ortopédica crecía en 2,6 días la duración total de la baja laboral. Un estudio posterior no solo confirmó esos resultados, sino que los amplió, mostrando que los mayores tiempos de espera quirúrgica incrementan la ausencia laboral por motivos de salud en 8,7 días acumulados durante los cinco años siguientes.

Pese a las «deficiencias» que desde la Airef reconocen para realizar un análisis exhaustivo sobre la incidencia de las listas de espera, la autoridad fiscal halla una «correlación positiva» entre la duración de la incapacidad y el tiempo de espera para cirugías tras desarrollar un procedimiento de mapeo que vincula cada baja con las especialidades médicas y quirúrgicas disponibles en los datos publicados en el Sistema de Información sobre Listas de Espera del SNS. En concreto, se ejemplifica esa tendencia positiva en especialidades como Angiología, Oftalmología o Cirugía Maxilofacial, «en las que la intervención quirúrgica constituye con frecuencia un paso decisivo en la resolución del proceso clínico», y que en Castilla y León registraron una espera media al cierre de junio de 78, 55 y 94 días, respectivamente.

«En cambio, en otras especialidades con cirugías más programables o de carácter electivo, la dispersión de los puntos sugiere una ausencia de patrón claro, lo que indica que los retrasos quirúrgicos no siempre se correlacionan con bajas más prolongadas», añade la Airef.

La relación entre los tiempos medios de espera y la duración media de la incapacidad temporal también es positiva en el ámbito de las consultas de especialidades, según la Airef, aunque «más débil y heterogénea» que en las cirugías. De esta forma, en disciplinas como Neurología, Aparato Digestivo o Traumatología, en las que «la evaluación especializada puede ser un paso clave para confirmar el diagnóstico o definir el tratamiento», la organización refleja que a mayores tiempos de espera se observan duraciones más largas de bajas laborales. Esas especialidades, conviene recordar, acumularon 86 días de es-

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO MUNDO AGRARIO
Todos los lunes en su kiosko

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR
pera de media al cierre de junio en Castilla y León para una primera consulta de 'Neuro', 103 para Digestivo y 151 en 'Trauma', rama esta última que suele acaparar los peores registras de demora en la región.

En cambio, en especialidades con menor dependencia para la reincorporación, como son Cirugía General, Dermatología o Ginecología, la Airef observa «falta de correlación» con la duración de la incapacidad temporal. En los casos de estas disciplinas, la demora es mucho menor que las citadas anteriormente, con 67, 66, 64 días de espera respectivamente al finalizar el segundo trimestre de 2026.

«Los análisis realizados muestran que, por lo general, los incrementos de los tiempos de espera para cirugías y consultas coexisten con aumentos de las duraciones de incapacidad temporal», refleja la Airef al respecto.

Con todo ello, la autoridad fiscal extrae de su análisis que entre 2017 y 2024, la mayoría de las comunidades autónomas registran un aumento tanto en los tiempos de espera como en la duración media de los procesos de incapacidad temporal, que al término de ese último año el promedio se situó en los 46 días de baja en el conjunto nacional. Por encima, Extremadura, Galicia y Asturias destacan por registrar las mayores duraciones medias, con 88,6, 82,8 y 73,3 días respectivamente; mientras que Castilla y León, con 61,8 días, está por encima de regiones como la Comunidad Valenciana (61,5), Cantabria (56,9), Andalucía (55,8), Canarias (55,1), Aragón (48,4) y Navarra (31,3).

Más allá de consultas y cirugías, la Airef detalla que las enfermedades musculoesqueléticas y las respiratorias presentan los niveles más altos de incidencia en la incapacidad temporal, con 6,8 y 6,1 casos por 1.000 afiliados en 2024. Los trastornos digestivos aparecen en el tercer escalón, con 4 casos por cada 1.000 afiliados, mientras que las enfermedades infecciosas se cifran en 3,6.

En cuanto a la duración de la baja laboral, los trastornos mentales presentan las mayores duraciones medias, con 98,5 días en 2024. Las enfermedades muscoeesqueléticas llegan a 77,2 días en el mismo periodo, abriendo una amplia brecha con otras afecciones, como las digestivas (21), respiratorias (10) e infecciosas (6). «En conjunto, se observa una tendencia general hacia el aumento de la duración media en los procesos de carácter crónico, frente a la estabilización o reducción en los episodios agudos», explica la Airef, que a su vez apunta que el incremento de la incapacidad temporal se produce en un contexto de creciente demanda asistencial en Atención Primaria desde el fin de la pandemia del Covid-19.

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Miércoles 12 de agosto 2026

Un palentino, en cuarentena por ser contacto del último contagiado por hantavirus

El hombre, que se encuentra aislado y asintomático, coincidió con el franco-argentino en un vuelo entre Santiago de Chile y Madrid

PALENCIA

Una persona residente en Castilla y León, concretamente un palentino, se encuentra en cuarentena y con seguimiento domiciliario al ser contacto del ciudadano franco-argentino que se ha convertido en la última persona afectada por hantavirus Andes de la que se tiene constancia, según el último informe del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).

Esta persona, que se encuentra asintomática y vigilada por las autoridades de salud pública de Castilla y León, tuvo contacto con el ciudadano franco-argentino en el vuelo entre Santiago de Chile y Madrid del 18 de julio, en el que ambos viajaron como pasajeros, según recoge Europa Press.

El Ministerio de Sanidad mantiene así en seguimiento a cuatro contactos del ciudadano franco-argentino, de modo que son ya seis los contactos estrechos registrados desde la detección del caso.

Además de la persona residente en Castilla y León, otro de los contactos en el mencionado vuelo es un residente de la Comunidad de Madrid, mientras los otros dos contabilizados coincidieron con el individuo con hantavirus en el trayecto Madrid-Burdeos del 19 de julio.

Las autoridades sanitarias francesas notificaron la existencia de estos dos nuevos contactos del tren. Ambos se encuentran asintomáticos y realizan cuarentena domiciliaria en Cataluña.

A fecha del 10 de agosto en el que se redacto el informe del CCAES, Sanidad estaba pendiente de la realización de las pruebas microbiológicas, siguiendo el mismo procedimiento que a los contactos anteriores, según marca el Protocolo de manejo de los casos y contactos de hantavirus en España.

Precisamente, este martes, 11 de agosto, el ciudadano franco-argentino que desde el pasado jueves permanecía aislado en Galicia tras haberse contagiado de hantavirus en Francia, ha sido dado de alta tras dar negativa la prueba PCR que se le ha realizado.

Asimismo, los dos contactos estrechos iniciales, de su entorno familiar, que guardaban cuarentena con él en el mismo domicilio también fueron dados de alta al dar negativo en las pruebas PCR que se les han realizado, aunque continuarán aislados tal y como señala el protocolo establecido por el Ministerio de Sanidad para estos casos. Así, serán 42 días de aislamiento que se han determinado se cuentan, especifican también, desde el 28 de julio.

Sanidad considera que el riesgo de transmisión es actualmente «muy bajo» para los profesionales sanitarios y, fuera del entorno sanitario de cuidados, «el riesgo para la población general en España es extremadamente bajo», ya que la transmisión persona a persona del hantavirus Andes, aunque posible, requiere generalmente un contacto estrecho y prolongado.

«Más allá del evento actual, el riesgo de infección por hantavirus Andes en España es extremadamente bajo, debido a la ausencia de reservorios y de circulación conocida de este virus en nuestro país», recuerda el informe.

Según el Ministerio de Sanidad, los hantavirus son una familia de virus que pueden causar enfermedades graves y la muerte.

Se propagan principalmente a través de roedores. La probabilidad de contagio interpersonal es muy poco probable, solo en casos de contacto muy estrecho y directo con un caso sintomático.

Estos virus causan enfermedades como el síndrome pulmonar por hantavirus (HPS, por sus siglas en inglés) y la fiebre hemorrágica con síndrome renal (HFRS, por sus siglas en inglés). Los hantavirus pueden infectar a personas en todo el mundo y causarles enfermedad grave.



EL MUNDO

URGENCIAS AL LÍMITE. *Los servicios de Urgencias del Hospital Universitario de Ceuta han multiplicado por cinco los pacientes que atienden. La vicesecretaria de Sanidad del PP ha apuntado de se ha pasado de atender a 150 pacientes al día a más de 500. Los médicos también echan de menos un mayor cribado de enfermedades infecciosas.*

Los médicos exigen «un plan» para «esta auténtica catástrofe asistencial»

Critican la falta de apoyo de Sanidad y apuntan a la ministra «que mira para otro lado»

PILAR PÉREZ MADRID

«Esto va a explotar con una auténtica crisis de salud poblacional como no se prevea algún plan». Son denuncias que llegan al Sindicato Médico de Ceuta y son un fiel reflejo de la realidad de los sanitarios desde el pasado 30 de julio. «Llevamos 11 días de abandono por parte del Ministerio de Sanidad», lamenta Enrique Roviralta, presidente del Colegio de Médicos de Ceuta y del colectivo sindical. «Estamos en manos de una dirección ausente y una ministra que mira para otro lado».

Roviralta sostiene que la situación requiere de la puesta en marcha del Plan de Actuación de Catástrofes Externas, que contempla las necesidades que exponen los médicos: «Hacen falta tres puntos de atención en la ciudad para descongestionar las urgencias. Con carpas u hospital de campaña en las naves, en el Trampolín y El Príncipe»; «en urgencias hospitalarias, 061, SUAP y Atención Primaria llevamos desde el día cero reclamando un plan de contingencia. Y nadie hace caso. En medicina catastrófica se debe establecer un mando único y desde Medicina Preventiva, Medicina de Familia y Comunitaria, e Interna con Medicina Tropical, establecer el protocolo del inmigrante». El plan sí contempla este tipo de medidas, pero lo primero es activarlo, reclaman los médicos. «Se activará el Plan de Catástrofes cuando los servicios sanitarios del Ingesa sean requeridos para la asistencia masiva de pacientes procedentes de una catástrofe, IMV o situación anormal, producida en la ciudad de Ceuta», contiene la hoja de ruta. Los facultativos consideran que la situación ya lo exige: «El Ingesa debe reconocer que existe el problema que constantemente niega diciendo que todo está bien». Y subrayan que ahí está el obstáculo: la supuesta normalidad. «Ese es el dilema para empezar a reforzar y gestionar la crisis».

Hasta la ciudad, ayer se desplazó la vicesecretaria de Sanidad y Política Social del PP, Carmen Fúnez, que se reunió con representantes de los colectivos sanitarios y exigió también la puesta en marcha del plan «ya que no se ha enviado ni una sola comunicación por escrito dando indicaciones a los profesionales sanitarios de cómo actuar en esta crisis».

Uno de los motivos para la activación que quedan recogidos en ella es el «flujo masivo de víctimas», como puede ser «el salto masivo de migrantes en límites fronterizos. En definitiva, toda aquella situación que pueda suponer un aumento considerable de la presión asistencial que no sea la habitual en el día a día de los servicios de urgencias».



Carmen Fúnez, vicesecretaria de Sanidad del PP, ayer en Ceuta. EFE

En calidad de presidente del colegio de médicos, la semana pasada envió una carta dirigida a la ministra en la que solicitaba ayuda porque «la respuesta sanitaria desplegada hasta el momento resulta insuficiente para afrontar una emergencia de estas dimensiones». Ayer, Mónica García contestó a la misiva con una promesa de visitar Ceuta «en las próximas semanas», justificando los recursos ajustados a los procesos realizados y recordando que la salud pública es una competencia de la ciudad.

Sin embargo, los médicos acusan la desidia: «En Medicina Interna en próximos días se prevé una avalancha de ingresos y, de momento, no hay refuerzos en la plantilla ni ningún plan de contingencia establecido... Como siempre, improvisando sobre la marcha ante una situación claramente previsible».

También dejan patente que en epidemiología el éxito estriba en prevenir el brote, «no en actuar cuando ya tienes los casos». Los médicos cuestionan la situación paradójica en Ceuta: «Si es un punto de entrada de inmigrantes, ¿por qué no está establecido el protocolo del inmigrante? El inmigrante pasa y no se le hace ningún control». También el sindicato recuerda lo que sí se hace en otras regiones: cribados de tuberculosis, virus de la hepatitis C y B, cribados de esquistosomiasis, sífilis, sarna...

Roviralta destaca el riesgo de aparición de posibles brotes de enfermedades transmisibles, «favorecidos por el hacinamiento, la falta de condiciones higiénico-sanitarias adecuadas y el desconocimiento del estado vacunal y epidemiológico». Algunos de sus compañeros ya informan de casos de sarna, «pero necesitamos un buen cribado de la salud de los migrantes, por ellos primero y por el riesgo de salud pública que suponen para la ciudad». También tienen constancia de casos de diarrea con fiebre.

Para afrontar el abanico de escenarios, el presidente de los médicos ceutíes sostiene que «no puede ser que no haya protocolos, ni refuerzos del exterior», y vuelve a pedir que los ministerios de Sanidad y Defensa desplieguen «ya una logística adecuada para tratar esta auténtica catástrofe asistencial».

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA | **Jueves 13 de Agosto de 2026.** Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA | AÑO CXIII. Número: 19694



El eclipse solar emudece a Soria

Miles de personas se reunieron en Valonsadero como punto neurálgico, muchos con telescopios y equipos fotográficos para inmortalizar el momento ● El silencio se impuso cuando el día se oscureció en el punto álgido Págs. 2 A 7

MARIO TEJEDOR

PP, Vox y FOES alegan a la tarifa del agua y piden un impuesto 'proporcionado'

Instan al equipo de Gobierno a que dé marcha atrás en sus planes de la nueva regulación

SORIA

PP, Vox y FOES abren otra batalla al Ayuntamiento de Soria por la tarifa del agua. Las tres entidades, como ya ocurrió con la normativa de la ZBE, instan al equipo de Gobierno a que dé marcha atrás en sus planes y piden un impuesto «más proporcionado». La nueva regulación, aprobada de forma provisional por el Pleno, acaba de completar sus proceso de exposición pública y al menos estas entidades han presentado alegaciones. La nueva ordenanza suprime el mínimo de 40 metros cúbicos y el recibo establecerá tres tramos de consumo. Pág. 8



La Junta impulsa nuevas investigaciones arqueológicas en el yacimiento de Uxama

Pág. 11

Segundo amistoso con empate (2-2) del Numancia

Pág. 14

Los riesgos sanitarios en Ceuta: «Hay infecciones que no se tratan»

Para para frenar brotes epidémicos hay médicos que se desplazan hasta la playa

PILAR PÉREZ MADRID

«No entendemos por qué se dice que vivimos una situación de normalidad, porque no es así». Desde el servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ceuta, Siham Yakhloufi ha sido testigo de la gran «cantidad de procesos a los que tenemos que hacer frente cada día». Y no solo eso, añade, «ahora –a 12 días más tarde– pasamos a una segunda fase en la que vamos a ver problemas más graves o leves que se agudizan».

A unos cinco kilómetros de distancia, en la playa del Trampolín, «permanece un grupo de miles de subsaharianos que cruzaron hace casi dos semanas a los que vamos a ver, de forma voluntaria, algunos médicos para supervisar que estén bien y calibrar la situación de salubridad», dice Francisco García Lanzas, cardiólogo y director del grupo de Cooperación Internacional del Colegio de Médicos de Ceuta, quien lleva una semana pasando «consulta voluntaria» en esta zona «hasta que se hace de noche» tras acabar su jornada en el hospital –de 8 a 15 h–.

Lanzas calcula que debe de haber unos tres mil, pero «podemos atender a unos 300-400 como mucho al día y a veces se nos quedan sin ver unos 100 porque nos quedamos sin luz». ¿De qué se ocupa? Presta atención junto a un dispositivo de Cruz Roja bajo la vigilancia de la Policía, «por cuestiones de seguridad», matiza. «Hacemos labores de control y prevención, sobre todo. Hay infecciones que no podemos tratar porque no tenemos antibióticos orales que suministrar en el único punto de atención extrahospitalaria. Sí que hay en el hospital, pero si tú le das una receta a un migrante, ¿cómo la recoge en la farmacia? Eso hace que haya patologías recurrentes y resistentes».

«Vemos hasta 350 migrantes al día en la playa, hasta que se va la luz»

Sanidad sostiene que están en el nivel 1 del plan de catástrofes

Yakhloufi pone el acento en este punto. «No solo es que tengamos más, es que no podemos dar un servicio de calidad si estas personas solo vienen de forma puntual. No se les hace seguimiento. Algunos sí que han vuelt o dos y tres veces». A esta médica le preocupa la cantidad de niños y jóvenes con diabetes, «porque no están bien controlados» y también la de aquellos migrantes que «tienen miedo a venir a Urgencias. O la de aquellos que se hicieron cortes y sabemos que tienen tétanos, pero no vuelven al hospital». También, en esa lista de pacientes menciona el problema de no tomar bien los antibióticos: «No basta con la dosis que se da en el hospital, hay que seguir la pauta de los siete días, si no, aparecen las celulitis y los casos de resistencias y fiebre».

«Hay que crear entornos salubres», demandan. «No sabemos de dónde obtienen agua, que no es potable, porque muchos vienen con diarreas», cuenta Yakhloufi. «Se deben instalar más duchas y urinarios. Estas personas viven con una sola comida al día. Y si no se mejoran sus condiciones, las enfermedades irán aflorando poco a poco», subraya Lanzas, que lamenta que en Madrid no se vea que la situación está mal, «¿por qué? A mí no me compete, solo sé lo que mis compañeros y yo atendemos y nuestro sobresfuerzo».



Francisco García Lanzas.

La situación que tienen en Madrid difiere de la que se vive en Ceuta. Desde el Ingesa se apunta que no hay necesidad de poner en marcha el Plan de Actuación de Catástrofes Externas. En concreto, fuentes de Sanidad señalan que «en estos momentos nos encontramos en el nivel 1 de un plan que contempla tres niveles de actuación». Este nivel, explican desde el Ingesa, corresponde a una situación a la que el hospital puede dar respuesta con los recursos existentes en el momento de la emergencia, sin que sea necesario aumentar el personal ni los medios materiales del servicio.

Desde el Ministerio de Sanidad, explican que no entienden la «petición de mando único ni de coordinación», cuando el equipo del Ingesa «está formado por los gestores, las direcciones médicas y de enfermería de atención primaria y hospitalaria y por los jefes de servicio del Hospital que están directamente involucrados: todo ellos son profesionales sanitarios». Y sobre los planes de apoyo, sostienen que «estamos atendiendo en los puntos apoyando a la Cruz Roja».

En esta entidad, en materia sanitaria, explican que «durante los primeros días de la respuesta, los esfuerzos se centraron en primeros auxilios y atención sanitaria de emergencia, apoyando tanto a la población local como a las personas que llegaban con heridas como cortes y moratones sufridos durante el trayecto, así como a otras personas en situaciones vulnerables».

Sin embargo, las reclamaciones de los médicos contrastan con las decisiones que llegan desde Madrid. «Falta mucha comunicación entre políticos y administraciones», apunta Lanzas, que prefiere centrarse en lo sanitario. «Hay infecciones que no se están tratando. Hay cuadros de fiebre y problemas gastrointestinales y hay neumonías que no se tratan más allá del diagnóstico».

La médica de Urgencias también hace hincapié en «las analíticas que acompañan a casos de sepsis con fiebres». Porque, advierte, «no solo se trata de lo que sufren los inmigrantes, sino de que eso se convierta en un problema de salud pública para el resto de la población». Ambos médicos y testigos de la situación día tras día insisten en el desgaste «personal». «La situación es tensa, dentro y fuera del hospital», remacha Yakhloufi.



Numerosos inmigrantes permanecen en la playa del Trampolín, transformada en asentamiento desde la entrada masiva en la ciudad Ceutaa. EFE

INFANCIA REÚNE HOY A LAS COMUNIDADES PARA ABORDAR LA SITUACIÓN DE LOS MENORES

El Ministerio de Infancia reúne este jueves a las comunidades en una Comisión Sectorial para abordar la situación de los menores migrantes no acompañados que permanecen en Ceuta. La cita servirá para preparar la Conferencia que se celebrará a final de mes, a la espera de conocer si se incluye en el orden del día de esta la redistribución de los niños por la Península.

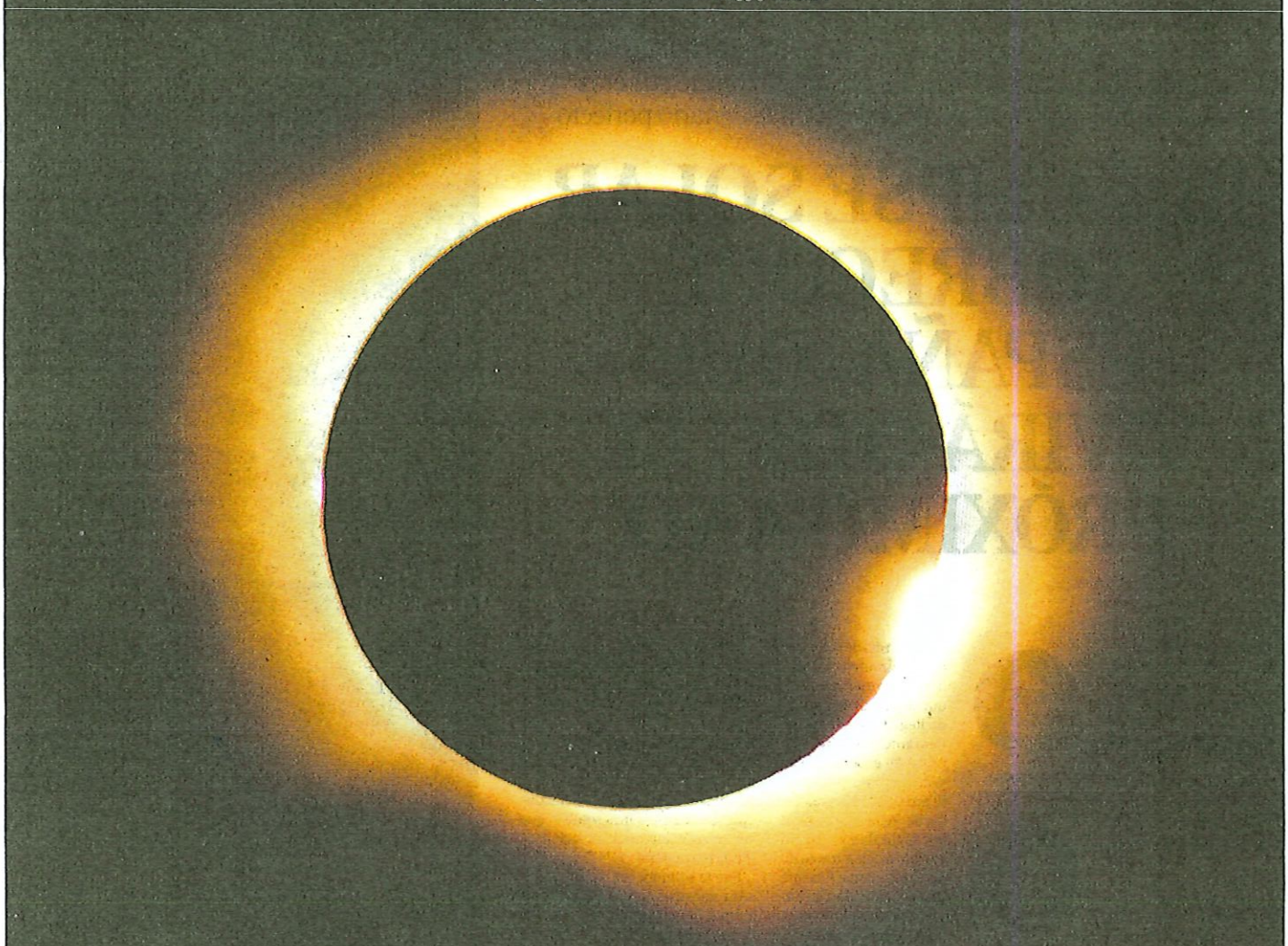
A la cita de hoy están llamados los dirigentes autonómicos con competencias en infancia e inmigración. Sin embargo, tres regiones no tendrán representación –Extremadura, Aragón y Castilla y León–, pues allí es Vox quien asume estas áreas y sus consejeros ya avanzaron que no participarán en la reunión, como muestra de su rechazo a acoger menores migrantes. Las comunidades en las que el PP tiene estas carteras, incluida Andalucía, sí estarán, aunque otras veces se ausentaron.

• *Si la alineación exacta del Sol, la Luna y la Tierra en un eclipse no te llena de un sentido de asombro sagrado, es que has perdido la capacidad de maravillarte* (María Mitchell) •

EL MUNDO

HERALDO DIARIO DE SORIA

Jueves, 13 de agosto de 2026. Año XXXVI. Número: 13.383. Precio: 2 €



Hipnótica oscuridad

El eclipse de Sol recorre España desatando la fiebre de la ciencia y la curiosidad: «Una locura» POR TERESA GUERRERO PRIMER PLANO

41 segundos de magia en Monforte de Lemos
POR JUAN B. CAÑELLAS

El 'apagón' no se gana la fe de los benedictinos
POR ANTONIO LUCAS

La 'fiesta' institucional y científica sin Sánchez
POR MARTA BELVER

Los 'haters' del eclipse
POR IRENE CUEVAS

A bordo del IB1473: «Ni el gol de Ferran Torres, tú»
POR GONZALO SUÁREZ

Imagen del eclipse solar, cuando prácticamente era total, tomada en Berlanga de Duero (Soria). BERNAT ARMANGUÉ (AP)

Robles se desmarca del Ejecutivo sobre Marruecos: «Ceuta es españolísima»

La firmeza de la ministra contrasta con Sánchez, Marlaska y Albares: «Ceuta y Melilla no se tocan»

POR **MARTA BELVER** Páginas 16 y 17



Margarita Robles, en Ceuta.

El coste de la deuda de las CCAA se desmadra: 8.000 millones más hasta 2029

Cataluña es la que más intereses abona, su factura crecerá en 1.000 millones en tres años

POR **CÉSAR URRUTIA** Páginas 30 y 31

Sacyl eleva un 44% el contrato para derivar los abortos de las sorianas fuera de Soria

Sanidad publicó un primer pliego en mayo para abonar 97.200 euros para las interrupciones voluntarias del embarazo de los próximos 3 años y ahora sube la cuantía a los 140.340 euros

JOSÉ SOSA SORIA

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria sigue a la búsqueda de una clínica privada que asuma las interrupciones voluntarias de embarazo de las mujeres sorianas. En el mes de mayo publicó un primer pliego con le objetivo de externalizar este servicio para los próximos tres años, pero quedó desierto. Ahora repite el contrato elevando la cuantía un 44,3%. El coste, que inicialmente se presupuestó en 97.200 euros, sin impuestos, pasa ahora a 140.340 euros, según el pliego publicado en la Plataforma de la Contratación del Estado.

Fue a finales de mayo cuando la Gerencia publicó el primer intento de contratación. Tal y como está explicado el presupuesto, sin impuestos, era de 97.200 euros. El procedimiento llego a contar con una empresa licitadora, la Clínica Isadora de Madrid, que es la que en los últimos años ha asumido estos procedimientos de aborto. El problema radicó que el precio ofertado por la firma sanitaria fue superior al que marcaba el el pliego. «La oferta económica presentada por el licitador (111.159,00 €) supera el presupuesto base de licitación establecido en el expediente que es de 97.200,00 € por lo que el licitador debe ser excluido». Esta circunstancia determinó que el contrato quedara desierto.

Oficialmente, ese primer proceso queda finalizado a mediados de julio y ahora desde la Gerencia se lanza un nuevo pliego de condiciones aumentando el presupuesto que, como está explicado, se eleva, sin impuestos, a los 140.000 euros. El aumento es del 44,3% y la cuantía queda por encima de lo ofertado en su momento por Isadora, por lo que es de esperar que en esta ocasión se pueda completar el proceso y cerrar la adjudicación.

El contrato contempla que los abortos de la soriana se realicen fuera de Soria al menos los tres próximos años que empezarían a contar el 1 de diciembre o antes si así lo determinan las partes. Además del precio otra de las cuestiones que ha variado en el contrato es que el primer sí ofrecía la posibilidad de una prórroga de dos años mientras que este nuevo acuerdo es «improrrogable».

De nuevo, como ocurrió en el contrato de mayo, el pliego está acompañado de un informe de «insuficiencia de medios» en el que explica que la contratación se realiza porque en la sanidad soriana todos los profesionales vinculados a este tipo de operaciones están acogidos a la objeción de conciencia. En ese documento se alude a la necesidad de cumplir la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva es necesario «proceder a la contratación del servicio de interrupciones voluntarias del embarazo para pacientes beneficiaras de asistencia sanitaria pública pertenecientes la área de salud de Soria». Sacyl explica que el actual contrato para el mismo servicio finalizó y que «los profesionales sanitarios directamente implicados en la realización de estos procedimientos se han acogido al derecho de ejercer la objeción de conciencia previsto en el artículo 19.2 de la citada Ley Orgánica. En resumen, explica, «no existen recursos personales suficientes para poder asumir la realización de los referidos procedimientos en los términos requeridos legalmente».

Por último, incide en que el procedimiento de aborto es una prestación de la cartera de servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud y un derecho reconocido en la Ley Orgánica 2/2010 «por lo que ante la imposibilidad de realizarlo en el Complejo Asistencial Universitario de Soria, debido al también derecho a la objeción de conciencia de los profesionales, es necesario contratar la prestación de este servicio».

6

OPINIÓN

EL MUNDO. Viernes, 14 de agosto 2026



LOS 40 Y TANTOS GOLPES

JORGE BENÍTEZ

Quemar en la hoguera a Fauci

HAY UN PERSONAJE que ejemplifica mejor que nadie los males de la sociedad tecnificada: Anthony Fauci, el funcionario sanitario más influyente en EEUU de los últimos 40 años. En el Senado, los republicanos han votado a favor de declararle culpable de desacato y lo han convertido en el protagonista del melodrama que es la última guerra cultural del Covid.

Fauci es un personaje tan complejo como fascinante. Pueden distinguirse dos *faucis* en su biografía al frente del Instituto Sanitario de Enfermedades Infecciosas. El primero fue quien afrontó la crisis del sida. Demostró ser un notable inmunólogo y un sobresaliente político. Supo valorar el importante papel de los activistas y aceleró los trámites para el acceso a la triple terapia, lo que resultó clave en 1996. En su debe está su seguidismo político inicial y su negativa a facilitar medicación de forma preventiva o con sistemas inmunitarios muy débiles, que resultó fatal para muchos enfermos.

Durante su gestión del Covid lidió con temple con un Donald Trump desatado –recordemos que el presidente sugirió tratar el coronavirus con inyecciones de lejía– dotando a la Administración de rigor científico y sentido común. Como sucedió con el sida, cometió también errores que tuvieron un alto coste económico y sanitario. Además, por lo que se ha filtrado de sus diarios y conversaciones a raíz de esta cacería, Fauci se presenta como un tipo engreído y fascinado por la fama.

Sus memorias, *On Call*, que podrían traducirse como «de guardia», son muy interesantes. Merecen ser editadas en español. Muestran a un médico muy competente y a un animal político. Su carácter se forjó en la calle y en un colegio jesuita de un Brooklyn duro, donde se crió en una familia de inmigrantes italianos. Le gustaba jugar en las ligas mayores, como demostró en su adolescencia, cuando, con su justito metro setenta, fue capaz de capitanear el equipo de baloncesto de su escuela.

Condenarle a la hoguera no es eliminar un símbolo, ni siquiera una venganza; es algo mucho más importante. Será un mensaje fatal para el futuro que hará que ningún funcionario de alto nivel dé un paso al frente para ser la cara de la lucha contra la próxima crisis. No habrá juez, médico ni interventor que cumpla su papel de guía en las tribulaciones. Sólo tendremos políticos que no tengan la formación ni la frialdad para tomar decisiones sin pensar en un coste electoral. Necesitamos *faucis*, como necesitamos *fernandosimones*. Con sus errores, contradicciones y aciertos. Pese a quien le pese.

Medicina de la UBU usará huesos del osario municipal para docencia e investigación

El Ayuntamiento cederá temporalmente restos óseos no reclamados del cementerio, tras el convenio suscrito entre la alcaldesa y el rector de la Universidad de Burgos

N. ESCRIBANO BURGOS

Los futuros estudiantes del Grado de Medicina de la Universidad de Burgos completarán su formación anatómica con restos óseos reales procedentes del osario del cementerio municipal. Ese será uno de los recursos docentes con los que contará la nueva titulación gracias al convenio firmado entre la Universidad de Burgos (UBU) y el Ayuntamiento, un acuerdo que regulará la cesión temporal de restos humanos con fines exclusivamente académicos, docentes y de investigación científica.

El rector de la UBU, José Miguel García, y la alcaldesa, Cristina Ayala, presentaron el contenido del acuerdo, en un acto desarrollado este jueves, a menos de un mes del arranque de las clases, en el Palacio de Castilfalé. El responsable académico calificó el compromiso entre ambas instituciones como «un paso importante» para que la implantación del grado arranque «con garantías no solo académicas, sino también prácticas y organizativas».

El acuerdo, explicó, da respuesta a los trámites administrativos y de autorización necesarios para que la Facultad de Medicina pueda disponer de un material imprescindible en la enseñanza de la anatomía. «Universidad y Ayuntamiento colaboran para que la implantación del grado se haga con rigor, seguridad jurídica y respeto absoluto a la normativa vigente», indicó.

El Consistorio, como responsable de la gestión del Cementerio Municipal de San José, participa en la regulación de las autorizaciones, la disponibilidad de los restos y el seguimiento administrativo de todo el proceso. Con el convenio se cede temporalmente el material óseo para fines docentes y de investigación, en principio por un periodo de cuatro años, pero con posibilidad de que se amplíe en el futuro.

García subrayó que la formación médica «no se limita a la teoría» y requiere el contacto con material anatómico que permita comprender la estructura del cuerpo humano. En ese sentido, destacó que el estudio de restos óseos constituye una herramienta de gran valor para el aprendizaje de la anatomía, la variabilidad ósea, la identificación de estructuras y disciplinas como la antropología física y otras materias afines. El rector insistió además en que todo el procedimiento estará presidido por el respeto a la dignidad de las personas fallecidas.

Cristina Ayala, por su parte, recordó que el Ayuntamiento se puso a disposición tanto de la Junta de Castilla y León como de la Universidad desde el momento en que se confirmó la llegada del Grado de Medicina en Burgos con la idea de colaborar en la implantación «con garantías» de estos estudios, que se venían demandando desde «hace décadas». A su juicio, la nueva titulación contribuirá a consolidar el progreso de la ciudad y ayudará, a medio plazo, a paliar la falta de profesionales sanitarios.

Sobre el particular de la cesión de huesos, la primera edil explicó que el cementerio dispone de restos óseos que «lamentablemente no han sido reclamados por familiares y que no están incursos en ningún procedimiento judicial o administrativo de ningún tipo». Por tanto, garantizando el tratamiento «absolutamente ético» del material, se pondrá a disposición de la Facultad de Medicina.

Desde el momento en que comiencen las clases, estos restos estarán a disposición del profesorado para el momento en que se necesiten para las prácticas. «Los técnicos de la universidad están formados y serán los que se desplacen y hagan todo el trabajo para hacer llegar al alumnado y, después, mantengan el osario en la universidad», precisó el rector, que recordó que las clases comenzarán en el Hospital Militar, donde se encuentra la Facultad de Ciencias de la Salud.

La reputación turística cae medio punto por la masificación de destinos

VALLADOLID

Castilla y León es la comunidad autónoma donde más se ha deteriorado la reputación del sector turístico en el último año, al perder medio punto tras pasar del 7,1 al 6,6 sobre diez, motivado por la masificación de algunos destinos, la polémica sobre los pisos turísticos, con su impacto en el precio de la vivienda de ciudades como Valladolid, León y Salamanca, y las quejas por la falta de conectividad aérea.

La Comunidad registró la mayor bajada de España en reputación turística, aunque continúa por encima de la media nacional, que tiene una nota del 5,4 al cierre del segundo trimestre de 2026.

La nueva edición del 'Barómetro de percepción turística', elaborado por la consultora Llorente y Cuenca (LLYC) y consultada por la Agencia Ical, destaca que los puntos negativos detectados en Castilla y León contrastan con noticias como el aumento de la promoción exterior o el refuerzo de la apuesta por el enoturismo, la gastronomía y el turismo rural.

Un hombre de 71 años da positivo en Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo

SALAMANCA

La Junta de Castilla y León, a través de la Dirección General de Salud Pública, confirmó un caso de Fiebre Hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) diagnosticado en Salamanca. El caso confirmado es un varón de 71 años que estaba de forma temporal en la provincia y fue atendido en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) por un cuadro clínico compatible con esta enfermedad.

Posteriormente, se le realizaron las pruebas habituales ante este tipo de casos y dio positivo en FHCC por lo que, tras los resultados, fue trasladado al Hospital Gómez Ulla de Madrid. El paciente permanece ingresado y siguiendo la evolución de la enfermedad dada la gravedad clínica que implica esta patología, con las medidas de aislamiento y protección de los profesionales sanitarios previstas para estas situaciones, informa Ical.

La Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad de la Junta de Castilla y León en la provincia salmantina, en colaboración con los profesionales sanitarios del CAUSA, identificó los contactos de la persona afectada para indicarles el seguimiento a realizar. El protocolo consiste en vigilar periódicamente su temperatura corporal y comunicar a su epidemiólogo de referencia cualquier cambio en su estado de salud.



Imagen del hospital Gómez Ulla. M. DE DEFENSA

Desde Salud Pública, y en coordinación con el ámbito asistencial, tan pronto como se estableció la sospecha de este posible caso, se puso en marcha el protocolo de actuación y coordinación entre las autoridades sanitarias del Ministerio de Sanidad y de la Comunidad de Castilla y León, habiéndose remitido muestras sanguíneas del afectado al Centro Nacional de Microbiología en Majadahonda (Madrid), del Instituto de Salud Carlos III, que ha confirmado que se trata de una infección por el virus de Crimea-Congo. En el portal sanitario de la Junta de Castilla y León está disponible para la ciudadanía y para los profesionales sanitarios información sobre la prevención de picaduras de garrapatas y de las enfermedades de las que son potenciales vectores de transmisión y, más concretamente, de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. Esta información se puede encontrar en el apartado Enfermedades transmitidas por garrapatas, para público general. Y bajo el epígrafe Enfermedades infecciosas - Fiebre hemorrágica de Crimea-Congo , de la parte de la página web que está destinada a los profesionales sanitarios.

Gobierno y comunidades votarán el día 27 reparto de 25 M€ para menas

VALLADOLID

La Conferencia Sectorial de Juventud e Infancia, que preside la ministra Sira Rego y a la que están convocadas las consejerías autonómicas con competencias en esta materia, se celebrará el 27 de agosto para decidir sobre el crédito extraordinario de 25 millones de euros que el Gobierno quiere aportar para la gestión de niños y adolescentes migrantes en Ceuta.

Esa fecha fue trasladada este jueves por el departamento dirigido por Rego a las comunidades autónomas durante la Comisión Sectorial de Infancia y Adolescencia, el órgano técnico encargado de confeccionar el orden del día de la Conferencia Sectorial.

En la reunión de ayer por la mañana estuvieron presentes representantes de las direcciones generales de Infancia de todas las comunidades autónomas salvo Aragón, Castilla y León, y Extremadura, según informaron fuentes del Ministerio de Juventud e Infancia, por el rechazo de las consejerías de estas comunidades en manos de Vox.

Más de 785.000 desplazamientos en Castilla y León en la operación 15 de agosto

VALLADOLID

La Dirección General de Tráfico (DGT) pone en marcha este viernes, 14 de agosto, a partir de las 15.00 horas, una nueva operación especial de tráfico con motivo de la festividad del 15 de agosto, que concluye a las 23.59 horas del domingo 16, y en la que se espera que se produzcan 5,6 millones de movimientos tanto de largo como de corto recorrido por todas las carreteras de la geografía nacional, el 14 por ciento de ellos, correspondientes a 785.400 desplazamientos, por las vías de Castilla y León.

Según informó la DGT en un comunicado remitido a Ical, durante este fin de semana, a los desplazamientos de salida y retorno por el cambio de quincena, se unirán a los que se realicen a poblaciones del litoral y playas o zonas de segunda residencia por tratarse de unos días de ocio y descanso de fin de semana dentro del mes típicamente vacacional que es agosto. Durante estos días se intensificarán las medidas preventivas de control de velocidad, alcoholemia y drogas.

ESPAÑA



2025: 100 YIHADISTAS DETENIDOS

Cien personas fueron detenidas el año pasado en España por terrorismo yihadista, la cifra más alta desde 2004. En 2025 también fueron expulsados nueve imanes por radicalismo –dos de ellos predicaban en Navarra– y en el que el 70% de los arrestados que fueron a juicio acabaron condenados. Un 13% de ellos mostraban afinidad con grupos como Hamás, las Brigadas de Ezedín Al-Qassam o Hizbulá. Estos datos se desprenden del Balance del terrorismo en España en 2025, elaborado por el Centro Memorial de Víctimas del Terrorismo.
POLICÍA NACIONAL

La amenaza real de la fiebre de Crimea-Congo

En 2026, la patología hemorrágica suma cuatro contagios, uno de ellos ha fallecido

PILAR PÉREZ MADRID

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una realidad y una amenaza en España, tal como argumenta el portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc), José Miguel Cisneros. «Ya no debe considerarse algo exótico o lejano; el virus es endémico. Por ello, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes durante los meses cálidos», explica este experto. Hasta hoy se han contabilizado cuatro casos, uno de ellos falleció en junio.

En la actualidad, un hombre de 71 años que estaba de visita en la provincia de Salamanca resultó positivo a esta infección y fue trasladado al Hospital Gómez Ulla de Madrid, donde permanece aislado. La Junta de Castilla y León, a través de la Dirección General de Salud Pública, notificó el pasado jueves el tercer caso de 2026 y ha puesto en marcha los protocolos necesarios para controlar el brote. «Debido a que los fluidos corporales de los pacientes infectados son altamente contagiosos, las personas con la infección deben ser ingresadas en Unidades de Aislamiento de Alto Nivel (UAAN) para ser atendidas por profesionales con equipos de protección especiales», explica Cisneros.

De esta forma, se siguen los criterios marcados para hacer frente a este tipo de infecciones, contempladas en el Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las Enfermedades Transmitidas por Garrapatas (PLAN), que se puso en marcha hace ya dos años, cuando se llegaron a sumar cuatro casos en todo el país. En la comunidad castellanoleonesa se han identificado los contactos de la persona afectada para indicarles el seguimiento a realizar. El protocolo consiste en vigilar periódicamente su temperatura corporal y comunicar a su epidemiólogo de referencia cualquier cambio en su estado de salud.

España es el único país de Europa que tiene transmisión local

No hay vacuna, ni tratamiento y la mortalidad llega 40% de los casos

«Aunque existen formas leves y autolimitadas que cursan con fiebre y malestar, la enfermedad puede progresar a manifestaciones hemorrágicas graves que conllevan una mortalidad de entre el 20% y el 40%», expone Cisneros, y añade que «cualquier persona, incluso alguien joven y sano, puede desarrollar una infección grave». La mayoría de las infecciones por el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo cursan de forma asintomática y, cuando se desarrollan síntomas, suelen presentarse como una especie de gripe y únicamente «un pequeño porcentaje, hasta un 30%, desarrolla el cuadro de fiebre hemorrágica, que tiene una elevada probabilidad de complicaciones», recuerda Cisneros.

Evitar la picadura «es lo único que nos asegura sortear la infección» y, cuando se sospecha y se tiene conocimiento de esta, lo que debe llevarnos a la consulta es la aparición de la fiebre, subraya. «Actualmente no existe un tratamiento médico con eficacia demostrada mediante ensayos clínicos (solo se usan terapias experimentales), ni se dispone de una vacuna», advierte el portavoz de la sociedad científica.

Desde principios de este año, y a fecha de 13 de agosto, solo España ha notificado casos de transmisión local (cuatro casos, confirmados por el Ministerio de Sanidad) de esta infección en Europa, como recoge el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés). En la última década los casos autóctonos registrados han ido creciendo.

En el informe global que realiza la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III (Renave, ISCIII), se recoge toda la evolución de la infección, que ya suma 23 casos hasta hoy. Todos los contagios precisaron de ingreso hospitalario y seis (todos ellos varones mayores de entre 51 y 80 años) fallecieron a causa de las complicaciones hemorrágicas. Como explica Cisneros, quien también es el director de la unidad de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva del Hospital Universitario Virgen del Rocío, la transmisión se acota a los meses de temperaturas más altas: entre abril y agosto, con máximos en julio (7) y junio (5). «En la mayoría de los casos el lugar de exposición más probable ha sido la provincia de Salamanca (9)», apunta Cisneros.

Sin embargo, el experto pone el acento en que «el vector que transmite el virus, la garrapata, específicamente la especie *Hyalomma lusitanicum*, está distribuida por casi toda la península ibérica, lo que significa que es posible contraer la infección en prácticamente cualquier parte del territorio». En el informe se observa que también han ocurrido infecciones en Badajoz, Cáceres y Toledo. «Queda patente que el cambio climático favorece la expansión de la garrapata a lugares donde antes no era habitual que estableciera su ecosistema», remata Cisneros.



Labores de control de garrapatas de un equipo del CSIC. ÁNGEL NAVARRETE

POR QUÉ LA GRASA BAJO 'LA CURVA DE LA FELICIDAD' ES UN PELIGRO PARA LA SALUD DEL CORAZÓN

Señales. Un estudio indica cómo la grasa abdominal predice el riesgo cardíaco, incluso mejor que la relación entre altura y peso. "Medir el perímetro de la cintura es barato"

Por ***Pilar Pérez***

No basta con saber la relación entre peso y altura, el denominado índice de masa corporal (IMC), para determinar el grado de obesidad de una persona. Esa cifra es demasiado simple para mostrar el impacto de la enfermedad que va más allá de los kilos de más. Los médicos llevan tiempo advirtiendo de que hay que ir al origen: a la grasa. Conocer cómo está distribuida y junto a qué órganos se sitúa es clave para determinar el daño y el riesgo que supone para la salud. Desde hace algún tiempo, se conoce que la grasa que se aloja en la cavidad abdominal es la más peligrosa. Por eso, la medida del perímetro de la cintura de una persona se presenta como un mejor indicador del riesgo de enfermedad cardiovascular que el índice de masa corporal (IMC) por sí solo, según un estudio publicado en *Journal of the American College of Cardiology*.

Hasta ahora el IMC se ha empleado para establecer la existencia de sobrepeso o de obesidad, que son factores de riesgo habituales de las enfermedades cardíacas, pero esta última investigación –que analizó datos de cerca de 260.000 personas con una media de 20 años de seguimiento– demuestra que no tener en cuenta la circunferencia de la cintura o la relación cintura-cadera puede dar lugar a una clasificación errónea del riesgo de enfermedad cardiovascular. Este trabajo reclasifica a personas aparentemente sanas por IMC (normopeso y sobrepeso) que en función de su grasa abdominal (midiendo su cintura) tienen un riesgo elevado de sufrir eventos cardiovasculares (infarto, ictus o insuficiencia cardíaca entre un 15% y un 50%). Por el contrario, el estudio detectó que un 45% de las personas con obesidad tienen un índice cintura-cadera bajo, lo que se asocia con un riesgo cardiovascular menor de lo esperado para su peso.

¿Por qué la denominada curva de la felicidad es el signo clave de una enfermedad? El presidente de la Sociedad Española de Obesidad (Seedo), Diego Bellido, considera que hace tiempo que se necesita un abordaje más completo. «Medir la cintura es barato, rápido y factible en atención primaria, cardiología preventiva, endocrinología y medicina interna. No se trata de abandonar el IMC, sino de complementarlo. En la valoración del riesgo cardiovascular, especialmente en prevención primaria, deberíamos prestar más atención a dónde se acumula la grasa, no solo a cuánto pesa una persona», explica Bellido a *Science Media Center*.

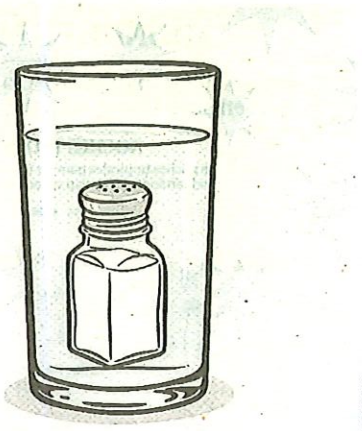
Hace un año, la revista científica *The Lancet* dedicó todo un número a la propuesta médico-científica que busca un ajuste diagnóstico de «una enfermedad metabólica crónica, con el fin de que se entienda su fisiopatología». En aquel momento, se llegó a decir que «el IMC ha muerto», pero nada más lejos, como asegura Andreea Ciudin, endocrinóloga y coordinadora de la Unidad de Obesidad del Hospital Vall d'Hebron. La experta apoya el uso de ambas mediciones antropométricas: «Esto tiene una ventaja práctica importante: medir el perímetro de la cintura es barato y calcular el perímetro de la cintura es igual de rápido que el IMC. Por ello, tanto los resultados como cada vez más las opiniones de la comunidad médica apoyan incorporar rutinariamente alguna medida de adiposidad central en la evaluación clínica, especialmente en prevención cardiovascular».

De lo que se trata es de tener una foto completa del paciente. En un trabajo, de carácter mundial, publicado a finales del año pasado en *JAMA Network Open* se apuntaba que más de uno de cada cinco adultos con un IMC normal padecen obesidad abdominal, que se asociaba de forma sistemática a riesgos cardiometabólicos. «Al corazón le importa más tu cintura que tu peso, sería el titular. Sabemos, desde hace mucho tiempo, que hay que ir más allá del índice de masa corporal», sostiene tajante Cristóbal Morales, responsable de la Unidad de Salud Metabólica, Diabetes y Obesidad Hospital Vithas Sevilla y vocal de la Seedo.

Más allá de pesar al paciente y calcular el índice de masa corporal, «es obligatorio medir la cintura y el índice de cintura-cadera con una cinta métrica, incluso utilizar tecnología avanzada como composición corporal para reclasificar el riesgo», insiste Morales, como recoge *SMC*. «Debemos tener en cuenta



DIEGO LOBATO



LUIS PAREJO

ENFERMERA SATURADA

EL ÚLTIMO MITO DE 'TIKTOK': AÑADIR SAL AL AGUA PORQUE NO HIDRATA LO SUFICIENTE

Pseudociencia. El último invento de las redes es que el agua, tanto del grifo como embotellada, no cubre las necesidades 'per se'. Un vistazo al etiquetado muestra su rica composición en sales

Los *podcasts* sobre salud, y los videos para redes creados a partir de ellos, se multiplican como setas. Esto *a priori* no tiene por qué ser nada malo, siempre es positivo hablar de salud y cualquier formato es válido para hacer divulgación, el problema es que en un número considerable de ellos la pseudociencia ha encontrado un espacio donde asentase cómodamente.

Prueba de ello es uno de los mensajes más repetidos durante este verano: el agua no hidrata adecuadamente y por eso necesitas añadirle sal de mesa antes de beberla.

«El agua no aporta sales minerales»: Falso

Al agua potable que bebemos a diario, ya sea embotellada o del grifo, estos nuevos gurús de la salud le llaman «agua simple» porque según ellos carece de los minerales necesarios para el buen funcionamiento del cuerpo humano. No es que los contenga en poca cantidad, es que directamente afirman que no tiene ninguno, solo agua, y por eso recomiendan añadirle sal de mesa. Pero basta con visitar el lineal de agua embotellada de cualquier supermercado y ponerse a revisar las etiquetas, donde veremos que en el apartado de composición química habla de residuo seco y de las diferentes cantidades de sales que contiene: sodio, magnesio, calcio, flúor, bicarbonatos, cloruros... Con el agua del grifo ocurre exactamente lo mismo y para conocer su composición tendremos que buscarla en la página del servicio de aguas de la localidad.

«Cuando sudamos perdemos electrolitos y por eso hay que añadir sal»: Falso

Si analizásemos una gota de sudor veríamos que el 99% de su composición es agua, y el porcentaje restante lo componen sales como el sodio, el cloruro, el potasio... por tanto sí es cierto que cuando sudamos perdemos agua y electrolitos, pero eso no justifica que debamos añadir nada para rehidratarnos. Además, a través de la alimentación, también logramos un buen número en cantidades suficientes.

Las pastillas con electrolitos, ¿son recomendables?

Las pastillas efervescentes o monodosis en polvo están indicadas para grandes deportistas tras una competición, para ayudarles en su recuperación muscular y en su hidratación. Por ejemplo de ciclismo o el triatlón, donde las pérdidas son de hasta tres litros de sudor a la hora.



Mel Gibson llegó a decir que amigos suyos con un cáncer avanzado se habían curado tomando medicamentos antiparasitarios. AFP

DE MEL GIBSON A MARCOS LLORENTE: ASÍ IMPACTA EN LA SALUD PÚBLICA LA PSEUDOCIENCIA DE LOS FAMOSOS

Desinformación. Los mensajes negacionistas y conspiranoicos que comparten figuras conocidas en las redes tienen consecuencias en la vida real, según confirma un estudio

Por ***Cristina G. Lucio (Madrid)***

Terraplanistas, antivacunas, negacionistas del cambio climático... una simple búsqueda en cualquier red social o plataforma de vídeos da cuenta de hasta qué punto los bulos y la desinformación científica son un mal endémico de nuestro tiempo. Más que nunca, las *fake news* campan a sus anchas, aupadas por la IA y un ecosistema diseñado para su fácil diseminación que genera la tormenta perfecta cuando es una figura mediática quien esparce el contenido. Si un influencer, un actor o un cantante respalda esa idea, su difusión se amplifica, llegando muchas veces a hacerse viral.

Conoce bien el fenómeno Héctor Castiñeira, más conocido en redes como *Enfermera Saturada*, su alter ego con el que divulga contenidos de salud y combate el exponencial crecimiento que ha experimentado la pseudociencia en los últimos años.

«Esto es lo que se conoce como falacia de autoridad y se produce cuando alguien acepta como veraz una idea por el simple hecho de que la ha dicho alguien famoso».

Que sea una figura conocida quien da altavoz a ese contenido, continúa Castiñeira, hace que otros lo acepten como real, anulando su pensamiento crítico y sin que importe que esa persona no tenga formación específica en el campo.

«Aunque un experto en salud les diga que no tienen razón y aporte estudios y pruebas reales, muchos no le creerán», lamenta.

Lo comprobamos la pasada Semana Santa, cuando el futbolista Marcos Llorente volvió a protagonizar una sonada polémica en redes tras compartir en su cuenta de Instagram varias publicaciones en las que cuestionaba el uso de las cremas solares durante el verano y ponía en duda la relación entre la radiación ultravioleta y el cáncer de piel.

Las críticas y los desmentidos a sus palabras por parte de numerosos profesionales de la salud no se hicieron esperar, pero, pese a las reacciones de los expertos, muchos abrazaron el discurso negacionista.

«La relación entre radiación ultravioleta y cáncer de piel está más que demostrada y no es un debate abierto», subrayó entonces, entre otros expertos, Aram Boada, jefe clínico del servicio de Dermatología del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona) y vicepresidente de la Sociedad Catalana de Dermatología, quien advirtió de las consecuencias de que se amplifiquen estos discursos acientíficos.

«La divulgación debe basarse en evidencia, no en creencias personales, por muy influyente que sea la persona quien las emite», señaló a este periódico. «En salud pública, esto es especialmente delicado» porque trivializar con contenidos como la fotoprotección o la exposición solar puede traducirse en que terceras personas pongan en riesgo su salud, subrayó.

Las declaraciones pseudocientíficas de las celebrities tienen un impacto real en la salud pública, tal como ha demostrado un estudio publicado recientemente en la revista *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, que analizó lo ocurrido después de unas muy criticadas declaraciones del actor estadounidense Mel Gibson.

El 9 de enero de 2025 el popular intérprete acudió a un conocido programa de podcast en EE.UU., el llamado *The Joe Rogan Experience*, un espacio con más de 16 millones de suscriptores en YouTube y gran seguimiento en otras plataformas.

Durante su intervención, Gibson habló en repetidas ocasiones de su desconfianza en la medicina tradicional y su apoyo a lo que llamó «terapias naturales» para, en un punto de la conversación, proclamar que tres amigos suyos, con un cáncer avanzado, se habían recuperado tras tomar dos medicamentos antiparasitarios. Llegó a mencionar incluso la combinación, basada en ivermectina y fenbendazol, dos fármacos sin ninguna eficacia

antitumoral probada mediante evidencia científica.

Sus declaraciones enseguida ganaron una enorme notoriedad, un fenómeno viral que llamó la atención de un equipo de investigadores de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA). Los científicos quisieron analizar el impacto de esas afirmaciones pseudocientíficas, para lo que analizaron las prescripciones de los tratamientos tanto antes (entre enero y julio de 2024) como después de la aparición de Mel Gibson en el podcast (entre enero y julio de 2025).

Los resultados mostraron que las compras del fármaco se habían duplicado durante los meses posteriores a la entrevista, sobre todo en un grupo muy determinado: pacientes con cáncer, varones blancos y residentes en el sur de EE.UU.

El aumento del uso del fármaco observado en pacientes oncológicos «es especialmente preocupante», subrayan los autores en la revista médica, porque «estas personas que se enfrentan a una enfermedad que amenaza su vida pueden retrasar o prescindir de los tratamientos convencionales en favor de terapias no probadas, lo que tiene el potencial de hacer que la enfermedad progrese».

Ese episodio del podcast, recuerdan los científicos, fue visto por más de 60 millones de individuos a través de las distintas plataformas que lo emitieron.

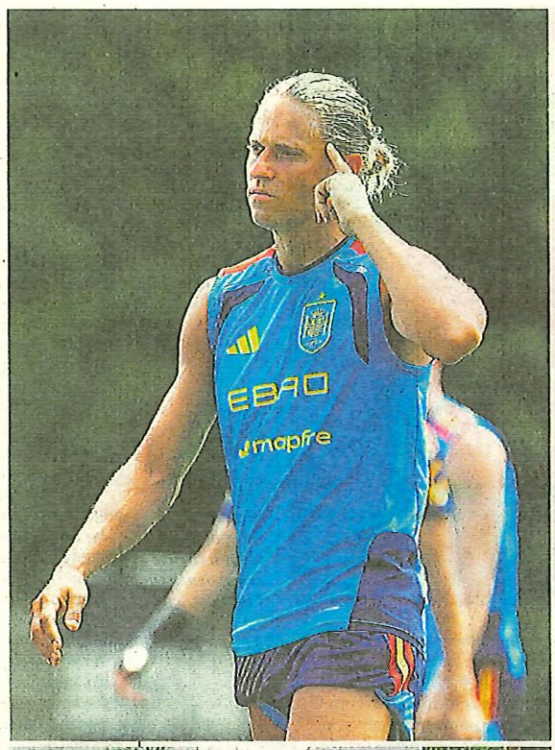
Aunque la investigación tiene limitaciones y no permite asegurar que exista una relación causal entre ambos factores, reconocen los científicos, sí permite poner el foco sobre la influencia que puede ejercer el posicionamiento público de una figura mediática sobre un tema de salud. Por ello, los autores de la investigación reclaman la protección de poblaciones vulnerables frente a la desinformación, lo que, señalan, requiere «una acción coordinada por parte de clínicos, sistemas de salud, investigadores y responsables políticos».

La tarea es compleja, señala Castiñeira, quien recuerda que «las pseudociencias han experimentado un gran aumento en redes, especialmente a partir de la pandemia».

Hasta ese momento ya existían blogs o perfiles en redes sociales que las promovían, pero «era un fenómeno residual y enfocado a un nicho muy concreto». «Sin embargo, el interés mundial por un nuevo virus avivó como nunca a estos movimientos, que viven de las teorías conspirativas», recuerda. «La pandemia fue la gasolina que necesitaban».

A día de hoy, los bulos están por todas partes y es muy difícil desmontarlos, porque este tipo de mensajes encuentran abrigo en las redes, que no solo no ponen freno a estos contenidos, sino que los fomentan. «Es un contenido que genera conversación y retiene a los usuarios más tiempo y es eso lo que valora la plataforma, que no tiene en cuenta si la información que están transmitiendo es totalmente falsa o perjudicial para la salud. Los algoritmos de redes como TikTok o Instagram premian el impacto, la polémica y la retención, no que el contenido sea veraz, y así es muy difícil luchar contra la desinformación», lamenta Castiñeira.

Se muestra de la misma opinión Vicente Baos, médico de familia y miembro de la iniciativa Círculo Escéptico, que agrupa a profesionales críticos frente a la pseudociencia. «Muchas de estas personas que lanzan mensajes negacionistas o teorías de la conspiración están encantadas con la polémica. No importa que hayan dicho una barbaridad o una estupidez porque saben que se va a generar escándalo, se va a hacer viral y van a ganar atención y, en muchos casos, también negocio».



Marcos Llorente difunde mensajes sin criterio científico de forma constante. CHEMA REY



Miguel Bosé es uno de los principales negacionistas de la pandemia del Covid. INSTAGRAM

Baos es muy crítico con figuras como Marcos Llorente que, recientemente, volvió a promocionar contenido pseudocientífico, concretamente unas gafas de filtros amarillos que no cuentan con ningún tipo de aval científico. Un vídeo sobre el polémico producto, que arrancaba con el propio Llorente y en el que se veía cómo las gafas se distribuían a algunos periodistas deportivos, fue difundido por las redes de la Real Federación Española de Fútbol (RFEF) a comienzos del Mundial de Fútbol.

«Que este organismo se una a periodistas ignorantes para fomentar, alabar y reír las gracias a este tipo de gafas es francamente ridículo y ofensivo», señala Baos, quien subraya que «este tipo de cosas hacen mucho daño a una sociedad que quiera vivir y regirse bajo criterios de rigor, de ciencia y de verdad».

Lamentablemente, lejos de ser una anécdota, hay muchos otros ejemplos de famosos que han promovido públicamente contenido pseudocientífico o, directamente, teorías de la conspiración, recuerdan los expertos consultados.

Conocido es el caso del cantante Miguel Bosé, que hizo público su negacionismo durante la pandemia, calificando al Covid de «la gran mentira» y cargando contra las vacunas, entre otras cuestiones.

En 2024 también generaron airadas reacciones las declaraciones de la modelo Elle Macpherson, que con motivo del lanzamiento de su libro de memorias, anunció que siete años atrás había renunciado a la quimioterapia para tratar el cáncer de mama que padecía y estaba en remisión tras «un enfoque intuitivo, holístico y guiado por el corazón». Sus afirmaciones fueron duramente criticadas por múltiples especialistas en todo el mundo, que recordaron el respaldo científico que tienen tratamientos oncológicos como la quimioterapia y advirtieron del peligro de no seguir los consejos médicos.

"Las pseudociencias han experimentado un gran aumento en redes a partir de la pandemia", dicen los expertos

"Muchos negacionistas están encantados con la polémica porque saben que pueden generar un negocio"

Según un reciente informe sobre desinformación científica en España elaborado por la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), el área donde más están creciendo los bulos es el de la nutrición y el bienestar, un universo especialmente poblado por influencers de todo pelaje.

El impacto de las declaraciones de personajes conocidos en este terreno puede ser notable aunque, tal como señala Castiñeira, «afortunadamente la mayoría de los ciudadanos no se dejan llevar por esta falacia de autoridad».

«Sí, la realidad es que hay personas a las que nunca vas a convencer», reconoce el divulgador. «Algunos nunca van a salir de su convencimiento, aunque un experto en salud les enseñe estudios y pruebas y les demuestre que ese famoso que sigue no tiene razón. Nunca le van a creer. Pero esos individuos no son ni mucho menos la mayoría», recuerda. «A todos los demás, a los que tienen pensamiento crítico, dudan, y están dispuesto a escuchar explicaciones para tomar decisiones es a quienes tenemos que dirigirnos», concluye Castiñeira. «Porque es ahí donde podemos conseguir que la ciencia triunfe».

PAPEL VERANO | SERIE

EL DÍA QUE DEJÉ DE SOÑAR CON ADELGAZAR Y EMPECÉ A SOÑAR CON PODER CUMPLIR UN SUEÑO

Operación Verano (III). Tres semanas después sigo sin perder peso, pero he recuperado algo mucho más importante: la ilusión de volver a subir una montaña

Por ***Esther Mucientes****. Fotografía de* ***Alberto di Lolli***



Algunos recuerdos vuelven cuando menos te los esperas. No porque alguien te los recuerde. Ni porque encuentres una fotografía. Vuelven porque, un día cualquiera, descubres que ya no eres exactamente la misma persona que los vivió. A mí me ha pasado esta tercera semana. Y el culpable tiene nombre y apellidos: Pobladura de la Sierra, un pequeño pueblo leonés, junto a Astorga, donde tienen casa dos de mis mejores amigos, Isa y David.

Llevan juntos tantos años que ya no sé dónde termina uno y empieza el otro. Comparten la vida y también aquello que probablemente más les define: el deporte. Son dos máquinas. Pero no de esas que viven a base de pollo y arroz integral. Comen, disfrutan, se toman una cerveza, un vino, una copa cuando toca y son capaces de ponerse morados de un cocido maragato. La diferencia es que luego lo queman todo.

Si un día no pisan el gimnasio, juegan al pádel. Si no juegan al pádel, hacen *paddle surf*. Y si no hay tabla, caminan. Pero caminar de verdad. No ese trayecto heroico que algunos hacemos del sofá a la nevera.

Hace tres años, mi familia y yo fuimos a pasar unos días con ellos. León tiene una capacidad extraordinaria para hacerte feliz: primero con el paisaje, luego con la comida y, por último, con esa calma que quienes vivimos siempre acelerados casi hemos olvidado.

Yo ya me imaginaba el plan perfecto: una terraza, un cañón bien tirado, el Teleno al fondo y dejar pasar las horas. Error. Con Isa y David el cañón siempre llega, pero antes hay que ganárselo.

Mi cuerpo está cambiando, mi glucosa parece la de otra persona y he reducido muchísimo las unidades de insulina

La primera vez que vi a mi entrenador le dije: "Me has cambiado la vida". Puede sonar exagerado, pero es verdad

El último día, David lanzó una propuesta aparentemente inocente: «Vamos a ver una antigua mina romana». «Penomenal», pensé. Hasta que empezamos.

Vista con perspectiva, aquella ruta era casi ridícula. Alguna pendiente, algún tramo de tierra... nada que una persona mínimamente acostumbrada a moverse no pudiera hacer sin despeinarse. Estaba convencida de que iba a morir. Me faltaba el aire. Las piernas pesaban como si llevara dos sacos de cemento atados a los tobillos. Cada cuesta era el Angliru. Cada 100 metros necesitaba parar. Y cuanto peor estaba físicamente, peor me ponía de humor.

Me enfadé con David, con Isa, con mi marido, con mis hijos, con cualquiera que hubiera tenido algo que ver con aquella excursión.

Cuando llegamos al mirador –espectacular, por cierto– era incapaz de disfrutar de las vistas. Solo quería sentarme y jurar que jamás volvería a dejarme engañar.

Durante mucho tiempo pensé que los culpables habían sido ellos. Hace tres semanas entendí que no. Que lo único que intentaban era ayudarme. Y que la única persona con la que debía haberme enfadado era conmigo.

Quince años sin cuidar mi cuerpo. 15 años encontrando una excusa nueva cada lunes. 15 años convencida de que ya habría tiempo. Hoy sigo subiéndome cada mañana a la elíptica para cumplir los 30 minutos de cardio que Rubén me manda religiosamente. Y muchas veces, mientras pedaleo, cierro los ojos.

No pienso en la báscula. Pienso en Pobladura. En aquel camino. En aquel mirador. Y me imagino haciéndolo otra vez. Sin ahogarme. Sin enfadarme. Sonriendo. Porque, por primera vez en muchísimo tiempo, creo que podré hacerlo. Y, casi sin darme cuenta, apareció otro sueño que llevaba años en un cajón: hacer el Camino de Santiago. Siempre imaginé recorrerlo con mi madre. La vida no nos dejó.

Cuando se lo conté a Rubén no dudó ni un segundo: «Lo vas a hacer». No sonó a frase de ánimo. Sonó a certeza. Y creo que esa ha sido la mayor medicina de estas semanas. Las palabras. Porque una cosa es tener un entrenador y otra muy distinta encontrar a alguien que entiende cómo funciona tu cabeza. Y la mía, creedme, no es sencilla. Rubén lo detectó desde la primera conversación.

Esta semana, además, vino a Madrid con su mujer. Hasta entonces nuestra relación había sido a través de WhatsApp, llamadas y vídeos. Sin embargo, cuando nos vimos parecía que nos conociéramos desde hacía años.

Aprovechamos para hacer las fotografías de este reportaje. Por cierto, si alguien cree que entrenar es duro, es porque nunca ha tenido que posar cuando lleva media vida intentando esconderse dentro de su propio cuerpo.

Nada más verle solo pude decirle una frase: «Me has cambiado la vida». Puede sonar exagerado, pero cuando llevas 20 años peleando contra tu cuerpo, descubrir que vuelve a responder lo cambia todo.

Mis niveles de glucosa siguen rozando la excelencia. No he vuelto a sufrir una hiperglucemia. Tampoco una hipoglucemia. He reducido muchísimo las unidades de insulina y cualquier diabético sabe lo que significa eso. Se lo conté. Su respuesta: «Ese era mi objetivo».

SORIA



Evolución de las obras del futuro centro de Salud Soria Norte que sustituirá al existente en el paseo Espolón. MARIO TEJEDOR

El centro de salud Soria Norte toma altura para cumplir plazos en 2027

La Junta construye la nueva dotación sanitaria en una parcela cedida por el Ayuntamiento con una inversión total de 10 millones, entre edificio y equipamiento

MILAGROS HERVADA SORIA

El futuro centro de salud Soria Norte toma altura y forma en la calle Cabildo de los Heros. Los trabajos avanzan a buen ritmo y ya es posible identificar cómo será el edificio tan esperado que sustituya al saturado del paseo del Espolón. Las pilastra y el primer suelo son visibles desde el exterior del solar, mostrando el desarrollo de unas obras que arrancaron en noviembre del año pasado y tienen de plazo 22 meses para finalizar la ejecución.

La Junta de Castilla y León, como responsable en materia sanitaria, es la encargada de su construcción, en la que prevé invertir diez millones de euros, de los cuales ocho se dedican al propio edificio y el resto a equipamiento (el mobiliario clínico, administrativo y todo el equipamiento tecnológico y médico). El solar fue cedido por el Ayuntamiento de Soria en 2007 para la ejecución de este centro de salud largamente demandado.

La previsión es que finalice su construcción en septiembre de 2027 para dar servicio a los más de 22.000 usuarios adscritos a esta Zona Básica de Salud Soria Norte en la capital. El centro va a experimentar una transformación profunda y muy necesaria que responde a viejas demandas por parte de profesionales sanitarios y pacientes. Se trata de un proyecto de ampliación y construcción de un nuevo edificio sanitario moderno que sustituirá a las instalaciones actuales y ofrecerá una Atención Primaria mucho más eficaz, accesible y adaptada a las necesidades actuales. El contrato fue firmado a través de la Gerencia Regional de Salud con la empresa Gestión y Ejecución de Obra Civil SAU. El nuevo edificio se está levantando en un solar de 6.378 metros cuadrados, ubicado en la calle Cabildo de los Heros, esquina con la calle de la Soldadesca.

Con una superficie construida de 3.745 metros cuadrados (2.314 metros cuadrados útiles), el nuevo centro sanitario contará con un total de 45 espacios asistenciales, frente a los 27 actuales, y dará servicio a los más de 22.000 usuarios registrados en esa zona básica de salud, de los que 4.930 (un 22% del total) son mayores de 65 años.

En concreto, el área de consultas ocupará 1.209 metros cuadrados y albergará 13 consultas de Medicina General, 13 de Enfermería, tres de Pediatría, tres de Enfermería Pediátrica, dos consultas polivalentes, dos consultas a la demanda, una para matrona y otra para TCAE.

Además de los espacios sanitarios el complejo contará con un aparcamiento para 74 plazas.

Otro avance importante es la inclusión de áreas especializadas que no existían o eran insuficientes, como una zona específica para pacientes respiratorios o infecciosos con acceso independiente, lo que permite una atención más segura y ordenada en casos de necesidad de aislamiento o patología compleja.

Además, el proyecto incorpora espacios de apoyo administrativo y de formación.

Denunciado el conductor de un autobús con pasajeros por usar el móvil

SORIA

El conductor de un autobús con pasajeros fue denunciado el pasado 6 de agosto por utilizar su teléfono móvil mientras trabajaba. Una patrulla del Destacamento de Tráfico de la Guardia Civil de Arcos de Jalón (Soria) echó el alto al vehículo en torno a las 14.58 horas, en el punto kilométrico 167 de la A-2, después de que uno de los pasajeros advirtiera la situación.

Tras comprobar las pruebas del denunciante, el conductor fue denunciado por incumplir el artículo 76 de La Ley de Seguridad Vial por hacer uso del teléfono móvil durante la conducción. Esta infracción administrativa conlleva una sanción económica de 200 euros y la detracción de seis puntos del permiso de conducción.

Por otro lado, la Guardia Civil investiga al conductor de un turismo que presentaba síntomas evidentes de encontrarse bajo la influencia de drogas, después de sufrir un siniestro vial al salirse de la vía en el término municipal de la localidad de Matalebreras.

Los hechos ocurrieron en torno a las 7.15 horas del pasado 9 de agosto en el punto kilométrico 115,9 de la N-122. Una patrulla del Destacamento de Tráfico de la Guardia Civil de Soria se desplazó al lugar y realizó las correspondientes pruebas de alcoholemia y drogas al conductor, tras comprobar que presentaba síntomas muy evidentes de conducir bajo la influencia de alguna sustancia estupefaciente, un hecho que está a la espera de confirmación, pendiente de los resultados de los laboratorios de análisis.

Por todo ello, el conductor fue investigado por un presunto delito contra la seguridad vial.

e-distribución

Con motivo de los trabajos de mejora y ampliación de la red, nos vemos en la necesidad de interrumpir el suministro los días:

17 de agosto de 2026

Viana de Duero (18997083): 09:00 a 13:00 c carrasanpedro, c carraloire,c carraviana,c fuente,c iglesia,c plaza,c real,moñux (las eras en viana de duero)

Trabajamos para mejorar la calidad del servicio eléctrico.
TELÉFONO DE AVERÍAS: 900849900

Evacúan a un anciano sin fuerzas en el Pico Frentes

SORIA

Un hombre de 85 años que se encontraba en la cima del Pico Frentes fue evacuado en helicóptero en una actuación del Servicio de Emergencias de la Junta con la intervención de los Bomberos de Soria. El varón, que se quedó sin fuerzas, estaba en buen estado general y únicamente arañazos en los brazos. Fue trasladado a Fuentetoba, desde donde había iniciado la ruta.

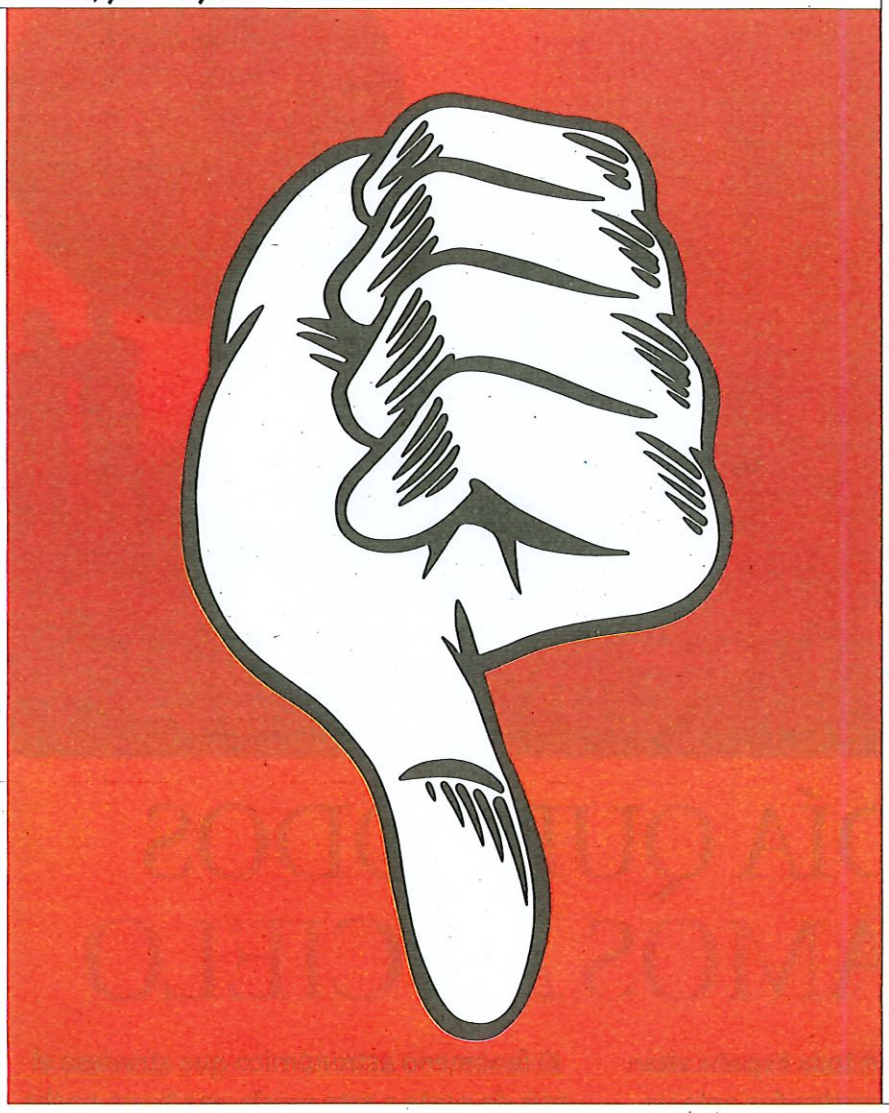


Intervención del helicóptero para evacuar al anciano. HDS

FISCALIDAD | UN DEBATE QUE PONE EN CUESTIÓN LA GESTIÓN DE LOS PRESUPUESTOS

EL PAGO DE TRIBUTOS DIVIDE A LOS CIUDADANOS

El 54% de los españoles denuncia que la sociedad recibe de las administraciones menos de lo que aporta en impuestos, y la mayoría ve infrafinanciados servicios como la sanidad



CARLOS CUESTA (SPC)-AGENCIAS

Mientras la contribución fiscal ciudadana no deja de crecer, la confianza de los contribuyentes avanza en sentido contrario. España recauda más que nunca con una presión impositiva que se sitúa entre el 37% y el 38% del PIB, muy por encima de la media de la OCDE.

En este contexto, trabajadores y empresas soportan una de las mayores cargas impositivas sobre el empleo frente a las economías desarrolladas. Sin embargo, el verdadero problema no parece ser cuánto se paga, sino qué se recibe a cambio.

Solo dos de cada 10 contribuyentes consideran que el sistema tributario nacional es justo y que realmente aportan más quienes más tienen, al tiempo que una mayoría piensa que los servicios públicos no compensan el esfuerzo realizado especialmente en materias como sanidad y educación. Una brecha entre recaudación y confianza que ha convertido la política fiscal en uno de los grandes debates de división económica y social del país.

La última encuesta sobre Opinión Pública y Política Fiscal del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) confirma esta realidad. Apenas el 20,4% de los ciudadanos considera que el sistema tributario distribuye correctamente la carga fiscal, frente al 77,2% que denuncia lo contrario. Al mismo tiempo, el 54,4% critica que la sociedad recibe poco o nada de lo que aporta mediante impuestos y cotizaciones, mientras solo un 43,7% considera el resultado positivo. Más que un rechazo a los impuestos, los datos reflejan una creciente duda sobre la equidad del sistema y la eficacia con la que se administran los dineros públicos.

España se ha situado entre los países de la OCDE con mayor carga tributaria sobre el trabajo. De hecho, la denominada cuña fiscal, es decir, la diferencia entre el coste laboral que asume la empresa y el salario neto que recibe el trabajador, continúa al alza año tras año impulsada por unas cotizaciones sociales empresariales que representan el 23,4% del sueldo bruto, frente al 13,5% del promedio de esta organización.

Los expertos advierten que este diferencial encarece la contratación, limita la competitividad de las empresas y reduce el margen para incrementar las nóminas, alimentando la percepción de que el esfuerzo impositivo recae de forma especialmente intensa sobre el trabajo.

A ello, se suma un sistema tributario que distintos analistas consideran cada vez menos competitivo. El Instituto de Estudios Económicos sostiene que España ocupa ya el puesto 34 de las 38 economías de la OCDE en presión fiscal y que la presión normativa soportada por contribuyentes y empresas supera ampliamente la media europea.

Además de una mayor carga impositiva, el tejido productivo debe afrontar un sistema más complejo, con mayores costes administrativos y frecuentes modificaciones regulatorias que dificultan la inversión y la planificación empresarial.

En este escenario, casi seis de cada 10 ciudadanos creen que los impuestos son necesarios para sostener los servicios públicos, pero una mayoría declara que este dinero no llega donde más se necesita. De hecho, el 89% critica que, por ejemplo, las políticas de vivienda están infrafinanciadas; el 79% opina lo mismo de la sanidad y el 78,3% de la investigación científica.

FRAUDE. La percepción de injusticia también está estrechamente vinculada al fraude fiscal. Casi nueve de cada 10 encuestados afirman que existe bastante economía sumergida y más de la mitad valora insuficientes los esfuerzos de la Administración para combatirlo. Además, el 82,6% comparte la idea de que engañar a Hacienda equivale a hacerlo al conjunto de los ciudadanos. Cuando una parte importante de la población cree que algunos contribuyentes eluden sus obligaciones mientras otros soportan el peso del sistema, la confianza en la política fiscal se deteriora inevitablemente.

Ante estas divergencias, los expertos coinciden en que la aceptación social de los impuestos depende tanto de su cuantía como de la confianza institucional. Un sistema tributario solo resulta sostenible cuando los ciudadanos perciben que el esfuerzo se reparte con equidad, el fraude se persigue eficazmente y los recursos del Estado se traducen en mejores servicios.

Esta es una de las grandes asignaturas pendientes de España. Mientras la recaudación alcanza niveles récord, la gestión no ha ido acompañada de una mejora equivalente en la percepción ciudadana sobre la justicia fiscal ni tampoco sobre la calidad de las prestaciones públicas.

140

INCREMENTOS de impuestos y tasas ha aprobado el Gobierno de Pedro Sánchez desde su llegada al poder en 2018, según subraya un informe del Instituto Juan de Mariana. En esa cifra se incluyen tanto los nuevos tributos, como el impuesto sobre los envases de plástico no reutilizables, la tasa Google o la tasa Tobin, así como las subidas ya existentes y el aumento de las cotizaciones sociales.

En este sentido, según diversos informes económicos, el trabajador español medio paga hoy 682 euros más al año en impuestos directos en comparación con 2018. Si se traslada el impacto al ámbito familiar, la cifra escala de forma contundente: cada hogar soporta una carga adicional de 1.657 euros anuales. Este incremento, impulsado por más de un centenar de modificaciones tributarias y la falta de deflactación frente a la inflación, eleva la factura fiscal conjunta por encima de los 8.200 euros por hogar.

JOSEPH E. STIGLITZ
NOBEL DE ECONOMÍA

«La legitimidad fiscal no depende solo de la recaudación, sino de la percepción de que es algo transparente y justo para la vida de los ciudadanos»

OTRA MENTALIDAD

En los Estados con mayor presión fiscal del mundo, como ocurre, por ejemplo, en Dinamarca, Finlandia y Suecia, junto a naciones como Francia y Austria, los impuestos no se perciben por los ciudadanos como un castigo financiero, sino como una inversión colectiva o una «factura por servicios compartidos» en beneficio de toda la población ante una gestión más eficaz de apoyo a los más vulnerables en pro de un mejor estado del bienestar.

Primera vacuna antigripal de ARN

La Administración de Alimentos y Medicamentos estadounidense (FDA) ha aprobado la nueva vacuna antigripal estacional de la biotecnológica Moderna, la primera de su tipo con tecnología de ARN mensajero (ARNm) autorizada en el país. De nombre comercial mFLUSIVA, el fármaco está destinado para adultos mayores de 50 años y estará disponible este otoño.



La viagra podría reducir la metástasis

Un estudio señala que el sildenafilo, el principio activo del Viagra, podría limitar la metástasis del cáncer mediante un mecanismo biológico relacionado con la regulación del colesterol dentro de las células tumorales. El sildenafilo se desarrolló originalmente para tratar la hipertensión y el dolor de pecho causado por la disminución del flujo sanguíneo al corazón, pero en las últimas tres décadas se ha convertido en el tratamiento más conocido del mundo para la disfunción eréctil.

DEPORTE | BENEFICIOS DE LAS ACTIVIDADES DE ALTA INTENSIDAD

FÚTBOL Y BALONMANO, SALUD PARA LOS HUESOS

Los movimientos explosivos, los cambios rápidos de dirección y los giros son más eficaces para el bienestar óseo que otras prácticas más 'lentas' como levantar pesas o caminar

AGENCIAS / MADRID

Contrariamente a lo que pudiese pensarse, resulta que los deportes que implican movimientos explosivos, cambios rápidos de dirección y giros, como el fútbol o el balonmano, serían más efectivos para mantener la salud ósea de la persona que otras prácticas más *lentas*. Así lo demuestra un equipo de investigadores de la Universidad de Semmelweis de Budapest, en Hungría, que ha determinado que este tipo de ejercicios bruscos funcionan mejor para los huesos que otros métodos, como levantar pesas o caminar.

Publicado en la revista especializada *Sports Medicine - Open*, este trabajo señala que estos últimos ejercicios por sí solos «no son suficientes para tener huesos fuertes», y es que «el fútbol y el balonmano pueden ser más efectivos». De hecho, los autores explicaron que «la intensidad del ejercicio puede ser más importante que la cantidad».

Así, tras analizar los resultados de 24 estudios clínicos con un total de 1.238 participantes adultos sanos, indicaron que la formación ósea se estimula de forma más eficaz con estas actividades de mayor impacto, hallazgo que consideran que podría contribuir «a mejorar los programas de ejercicio diseñados para mantener la salud ósea y prevenir la osteoporosis».

«Lo que hace único a nuestro estudio es que no solo examinamos el tipo de ejercicio -ya sea de resistencia, de fuerza o combinado-, sino también la intensidad, la frecuencia y la duración», explicó el autor principal del mismo y vicerrector de Ciencia e Innovación de la Universidad Semmelweis, el doctor Péter Ferdinandy. «Nuestro objetivo era determinar qué formas de actividad estimulan el metabolismo óseo de manera más eficaz y cuáles parecen ser menos beneficiosas desde esta perspectiva», señaló.

De este modo, las investigaciones estudiadas miden sustancias en la sangre que indican si el cuerpo está generando activamente nuevo tejido óseo y no analizan los cambios en la densidad mineral de los huesos. «Estos biomarcadores pueden reflejar los efectos del ejercicio en tan solo unas semanas, proporcionando información mucho antes que las mediciones de densidad ósea», indicaron los expertos.



Los expertos coinciden en fomentar los entrenamientos intensos para prevenir la osteoporosis.

El **ejercicio** de baja o moderada resistencia «no muestra ningún efecto significativo»

«El hallazgo más sorprendente fue que el entrenamiento de resistencia no produjo un efecto significativo en los marcadores del metabolismo óseo, a pesar de que varias guías profesionales recomiendan este tipo de práctica para mantener la salud ósea», subrayó la experta Viktória Barna, quien añadió que «el ejercicio de resistencia de baja o moderada intensidad, como caminar o trotar, no mostró ningún efecto significativo a largo plazo».

Por contra, las actividades más efectivas fueron los deportes de alta intensidad que implican los citados movimientos. El fútbol y el balonmano, por ejemplo, se asociaron con aumentos de hasta un 45-46 por ciento en los niveles de sustancias vinculadas a la formación ósea, siendo menos efectivos caminar, el step y los ejercicios tradicionales en el gimnasio.

Baleares prohíbe la venta de bebidas energéticas a menores

El Consell de Govern aprobó la semana pasada un decreto ley de medidas urgentes en materia de protección de la salud pública que prohíbe la venta de bebidas energéticas a menores y que contempla sanciones de entre 6.000 y 60.000 euros para quienes incumplan esta normativa.

La norma, que ahora deberá recibir el visto bueno del Parlament, donde previsiblemente contará con los apoyos suficientes, también busca impedir la comercialización del óxido nitroso, más conocido como gas de la risa, con fines recreativos.

Las medidas contempladas tienen como principal objetivo proteger a los jóvenes ante dos «problemas de salud pública» que afectan especialmente a este sector de la población.

90

Es el porcentaje de jabalíes urbanos que son portadores de patógenos infecciosos, según el informe técnico realizado por la Cátedra One Health-Colegio de Veterinarios de Málaga. El estudio epidemiológico realizó más de 2.400 analíticas en el entorno de la Costa del Sol con el resultado de que un 92,5 por ciento de los animales presentaba infección o anticuerpos frente, al menos, un agente patógeno.

MÁS DE 4.000 CASOS DE ÉBOLA

El Gobierno de la República Democrática del Congo (RDC) elevó esta semana a 4.053 los casos confirmados de ébola, incluyendo 1.850 muertos, por el brote de esta enfermedad declarado en el este del país el pasado 15 de mayo, apenas dos semanas después de haber rebasado los 3.000 casos. Según el último boletín publicado por el Ministerio de Comunicación, la tasa de letalidad se sitúa actualmente en el 45,7 por ciento.

SOCIEDAD | DÍA DE LA JUVENTUD

Socialización y salud mental, los principales problemas para la gente joven

Desde Cruz reflexionan sobre los retos a los que se enfrentan las generaciones de ahora en Soria, «muy distintos a los que había antes»

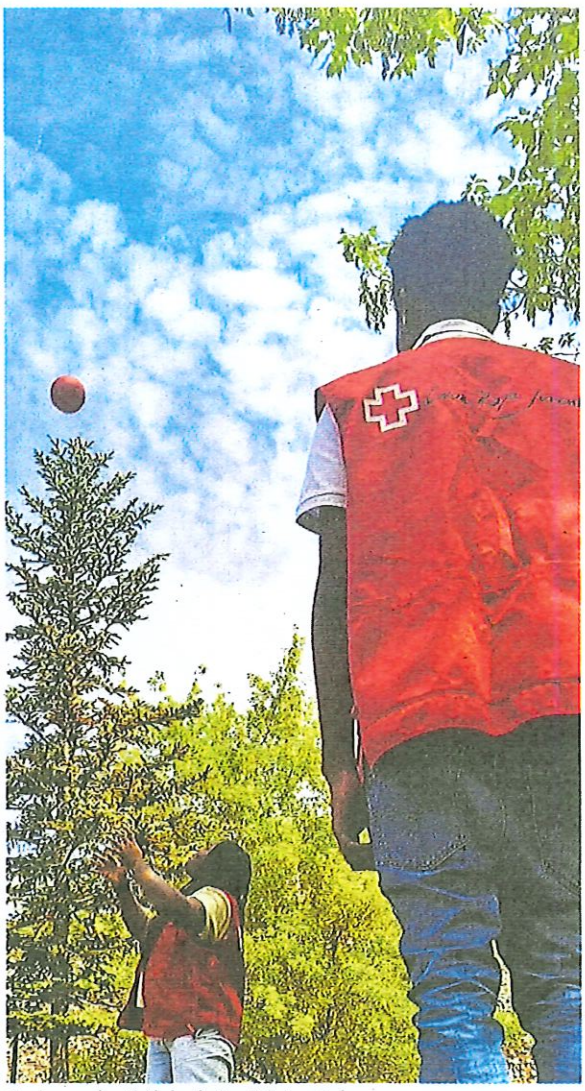
A.P.L./ SORIA

Cada 12 de agosto es el Día Internacional de la Juventud, una conmemoración que obliga a reflexionar sobre las generaciones futuras. Desde *El Día de Soria* hemos preguntado a Belén Andrés, técnico de Cruz Roja Juventud, por los principales problemas que se detectan en Soria en personas de esas edades y, según el perfil con el que trabajan, se inclina hacia la integración o la salud mental. «El núcleo de trabajo se centra en edades más tempranas, de ocho a 18 años, aproximadamente, y las necesidades que detectamos no están tan centradas en la vivienda o en la precariedad laboral [en primera persona], si no en los problemas que surgen en el día a día y que están más relacionados con la socialización e integración en su grupo de iguales o en su salud mental», desarrolla.

Por otro lado, otro problema que han detectado en los menores es «la sobreexposición a una cantidad enorme información» y «las pocas herramientas con las que cuentan para valorarla y decidir lo que realmente es útil». «Vivimos en un mundo en el que la información está a nuestra entera disposición, en el que con apenas un clic podemos y pueden acceder a cantidades tan grandes de información que no muchas veces no son capaces de hacer un ejercicio de pensamiento crítico para elegir qué información es válida y cual es importante desechar», añade Belén Andrés.

Hay informes que han abordado el aislamiento social de los jóvenes, sobre todo después de la pandemia, lo que se ha convertido en una preocupación social y puede afectar a la salud mental y física y al rendimiento académico y laboral, aunque sí que es cierto que estos índices de sociabilidad son mejores que la media europea por que hay más relaciones personales que en otros países. «Claro que es motivo de preocupación, al final, la sociedad en la que ellos viven está en constante cambio, todo va rápido y su socialización es diferente a como se hacía hace unos años. Han nacido con un teléfono en la mano, prácticamente, y son muchos los factores que contribuyen a este aislamiento», coincide la técnico subrayando la importancia de fomentar espacios donde los jóvenes puedan relacionarse entre ellos y fomentar las interacciones cara a cara, «dejando a un lado las redes sociales». «Estamos a tiempo de seguir haciéndolo y de no privarles de estos espacios», insiste la experta. Eso es una cuestión que deberían tener en cuenta las administraciones fomentar y cuidar estos lugares de encuentro, sin que tengan que ser necesariamente cafeterías, restaurantes o centros comerciales...

Sobre este tipo de interacciones, ya que el 67% corresponde a las de cara a cara y el 33% a través de tecnologías, desde Cruz Roja Juventud insisten en esa idea de que «la manera de socializar está cambiando y es algo contra lo que poco podemos hacer. Les afecta en todos los niveles, al final, la tecnología se ha colado en todos los ámbitos de su vida y sus interacciones no iban a ser menos». Respecto a las generaciones anteriores, «la manera de relacionarse de los jóvenes es totalmente distinta y sus preocupaciones sobre cómo hacerlo también son diferentes porque se pierde la presencialidad y, cuanto más espacio se deje a la comunicación mediante otras herramientas, el tiempo de calidad compartido con el grupo de iguales se verá reducido».



Una imagen de actividades de Cruz Roja Juventud./ CEDIDA

MALESTAR EMOCIONAL. Según varios estudios, casi un 30% de los jóvenes pide ayuda cuando tiene malestar emocional, pero solo el 26% acude a profesionales y un 16,4% lo hace en internet o redes sociales. Preguntamos a la experta de Cruz Roja por las razones y apunta que puede ser por múltiples factores, «desde el precio de las sesiones profesionales para trabajar este malestar emocional, hasta la inseguridad de compartir lo que sienten con otra persona ajena y, por ello, buscan una solución que creen que conocen bien, que es internet». En realidad, es un arma de doble filo. «Muchas veces, se acude a internet por sentir que es un sitio de respuesta rápida y de acceso sencillo, porque dos de las cosas que más les tiran a los jóvenes hoy en día son el acceso o la respuesta con inmediatez y el coste mínimo», lamenta Andrés.

En este Día de la Juventud se han puesto de manifiesto problemas como la precariedad laboral, una sensación que tienen independientemente del género, la edad o el origen. Eso también lleva a que en algunas encuestas se cuantifique que el 31% de los jóvenes están en riesgo de depresión o ansiedad, refiriéndose además a la dificultad de contar con las necesidades básicas o acceder a un nivel de vida digno.

«Es innegable que vivimos en una situación donde la precariedad laboral está a la orden del día», comenta refiriéndose a puestos en los que piden juventud pero experiencia, lo que considera «imposible» para alguien que acaba de empezar en el mundo laboral o a los sueldos que no son suficientes según está el coste de todo... «Es lógico pensar que todo esto desemboque en problemas de salud mental o física debido a lo que muchos jóvenes viven día a día».

CLAVES

27

son los años desde los que la ONU conmemora el Día Internacional de la Juventud para reconocer a los jóvenes como agentes de cambio, hablar de sus derechos y buscar soluciones a los problemas que se enfrentan.



SOFÁS · ELECTRODOMÉSTICOS · COLCHONES · COMPLEMENTOS
diCassa
CREA TU HOGAR
Av. Valladolid 12 - SORIA - 975 221 234
HACEMOS REALIDAD LA CASA QUE QUIERES ▸▸▸▸▸ PROYECTO DE DECORACIÓN GRATUITO

ECONOMÍA | LABORAL

El número de días de baja en la Comunidad se duplica desde 2013

La ansiedad y el estrés se sitúan como la primera causa de la incapacidad temporal, por delante de problemas musculares, para sumar el pasado año 15,6 millones de jornadas

SPC / VALLADOLID

El número de días de baja por incapacidad temporal se ha duplicado en Castilla y León desde 2013, al pasar de los 6,8 millones a los 15,6 alcanzados el pasado año, cuando se tramitaron 293.865 procesos, lo que supone una media de 24.489 bajas al mes, de las que el 54,9% corresponden a mujeres y el 45,1% a hombres.

Desde el año 2013, cuando se contabilizaron 142.461, el número de bajas tramitadas en Castilla y León ha tenido una tendencia ascendente, que fue más acusada en el periodo 2020-2022 debido a las bajas ocasionadas por el virus de la covid-19, hasta alcanzar en 2022 las 402.586.

Además, según un informe de la Consejería de Sanidad al que ha tenido acceso Ical, la duración media de las bajas también se ha incrementado hasta los 52,65 días, el valor más alto desde el 2021, cuando se alcanzaron los 52,67 días. En 2013 la duración no llegaba a los 49 días.

Los grupos diagnósticos más frecuentes que dieron lugar a procesos de incapacidad temporal en 2025 fueron las alteraciones respiratorias, con 34.798 procesos, seguidas de las alteraciones musculares de partes blandas (31.415) y las alteraciones digestivas (26.496). Estos tres grupos concentraron el mayor volumen de episodios de baja, si bien presentaron duraciones medias relativamente reducidas en el caso de los procesos respiratorios y digestivos, en torno a 10-11 días por proceso.

Por el contrario, aunque las bajas por ansiedad y estrés ocuparon la cuarta posición en número de procesos (23.311), fueron las que generaron el mayor volumen de días de incapacidad temporal (2.666.199), con una duración media de 114,4 días por proceso, la más elevada entre los grupos analizados. También destacaron por su larga duración las alteraciones articulares (86,1 días por proceso) y las alteraciones musculares de partes blandas (70,2 días).

Los problemas respiratorios y digestivos son los motivos más frecuentes de baja laboral, mientras que los trastornos relacionados con la salud mental y determinadas patologías musculoesqueléticas son los que tienen un mayor impacto en términos de duración y número de días de incapacidad temporal acumulados.

PROVINCIAS. Por provincias, Valladolid se situó a la cabeza con 79.768 bajas, por delante de Burgos (61.923) y León (41.227). En el otro lado se situaron Soria, con 12. 526, Zamora (14.752) y Ávila (14.958). En Salamanca se contabilizaron 28.351, en Palencia (22.599) y en Segovia (17.761).

No obstante, teniendo en cuenta la duración media de las bajas, León se situó en cabeza con 77,24, días, por delante de Salamanca (63,74) y Zamora (58,49). Las bajas más cortas correspondieron a Soria, con 41,42 días, Burgos (41,44), Segovia (44,52) y Valladolid (45,73). En Palencia fueron de 54,85 día y, en Ávila de 54,46.

Por otra parte, el índice mensual de bajas en el total de la Comunidad fue de 2,47 bajas nuevas por cada 100 afiliados activos. Por provincia, Burgos (3,26) y Valladolid (2,84) son las que tienen un índice más elevado. Salamanca y Zamora son las que tienen un índice menor (1,81 y 1,98 respectivamente), tal y cómo sucedía en años anteriores. En Soria se situó en el 2,97, por delante de Palencia (2,80), Segovia (2,18), Ávila (2,16) y León (2,02).

Desagregando por sexo, el índice mensual de bajas es superior en mujeres en todas las provincias. Las mayores diferencias se producen en las provincias de Ávila y Soria, con una diferencia de 1,1 puntos respectivamente entre hombres y mujeres.

La incapacidad temporal es la situación en la que se encuentra un trabajador que, debido a enfermedad o accidente, laboral o no laboral, está impedido temporalmente para desempeñar su actividad laboral y recibe asistencia sanitaria.

Incapacidad temporal de los trabajadores en 2025

Media mensual de bajas

	Bajas	Bajas/ mes	Variación % 2024-2025
Ávila	14.958	1.246	-1,0
Burgos	61.923	5.160	6,0
León	41.227	3.436	-4,7
Palencia	22.599	1.883	0,1
Salamanca	28.351	2.363	5,5
Segovia	17.761	1.480	-5,3
Soria	12.526	1.044	8,0
Valladolid	79.768	6.647	3,6
Zamora	14.752	1.229	4,3
Total	293.865	24.489	2,2

Los días de baja de las altas tramitadas pasaron de 6,8 millones en 2013 a los 15,6 en 2025

Procesos de baja más frecuentes

	Procesos	Días de baja	Días por proceso
Ansiedad, estrés y trastornos adaptación	23.311	2.666.199	114,3
Alteraciones musculares partes blandas	31.415	2.204.082	70,1
Alteraciones articulares	12.845	1.105.454	86,0
Alteraciones respiratorias	34.798	383.563	11,0
Alteraciones digestivas	26.496	277.824	10,5
Traumatismo región corporal	3.775	243.875	64,6
Mareo y desvanecimiento	4.193	129.816	30,9
Otros	14.629	150.895	31,7

FUENTE: Consejería de Sanidad

ICAL

Evolución de las bajas laborales en Castilla y León.

ECONOMÍA | EMPRESAS

Castilla y León contabiliza 1.668 empresas 'zombis', el 4,7% de todas las españolas

CEOE alerta de que la cronificación de estas sociedades compromete el empleo y reclama que se analicen con rigor, pues mantienen su actividad pero con serias dificultades para atender sus compromisos

SPC / VALLADOLID

Castilla y León contabiliza 1.668 empresas denominadas 'zombis', sociedades no rentables que solo sigue operando porque los bancos le proporcionan refinanciación de sus deudas, que representan el 4,7% de las 35.276 que existen en el conjunto de España. Según la distribución geográfica de estas compañías, la mitad se localiza entre Madrid, Cataluña y Andalucía, con el 20,5%, 18% y 11% del conjunto cada una y algo menos en Galicia y País Vasco, con un 6,8% y 5,1% respectivamente, según un estudio de Informa D&B al que ha tenido acceso Ical.

Para el presidente de CEOE Castilla y León, Santiago Aparicio, este tipo de empresas debe analizarse con rigor y sin caer en «etiquetas simplificadoras», ya que se trata de sociedades que mantienen su actividad pero que tienen serias dificultades para generar recursos suficientes, atender sus compromisos financieros o invertir en modernización y crecimiento.

Para Aparicio, en declaraciones a Ical, el principal riesgo es que estas sociedades es que cronifiquen sus problemas. «Una empresa que no es viable a medio plazo puede comprometer empleo, generar tensiones con proveedores y acreedores, distorsionar la competencia y frenar la reasignación de recursos hacia proyectos más productivos. Por eso es clave actuar con anticipación: mejorar la planificación financiera, reforzar la profesionalización de la gestión, facilitar mecanismos de reestructuración temprana y distinguir bien entre empresas con problemas coyunturales de liquidez y empresas que necesitan una transformación profunda para seguir siendo viables», apuntó.

ECONOMÍA

Las exportaciones crecen un 3,9 % en los primeros cinco meses del año, triplicando el ritmo nacional

SPC / VALLADOLID

La actividad exportadora de Castilla y León mantiene su crecimiento a pasar de las dificultades de los mercados internacionales. En los primeros cinco meses de este año las exportaciones alcanzaron los 9.017 millones de euros, un crecimiento del 3,9% respecto al mismo periodo del año anterior. Este dato sitúa a la Comunidad por encima de la media de España, que registró un avance del 1,3 por ciento, y permite mantener una balanza comercial altamente positiva con un superávit de 1.982 millones de euros, en contraste con el déficit de 25.094 millones del conjunto del país.

Este aumento se produce sobre la base del ejercicio 2025, que experimentó una importante actividad exterior, en el que Castilla y León alcanzó un valor de exportaciones de 20.063 millones de euros. A pesar de un ligero ajuste del 6% respecto al récord histórico de 2024, la Comunidad logró cerrar el año 2025 con un sólido saldo comercial positivo de 3.548 millones de euros y una tasa de cobertura del 121,5%.

Estos datos, según la Consejería de Economía y Hacienda, confirman la competitividad de las empresas de la Comunidad, que el año pasado concentraron el 5,2% de todas las ventas al exterior de España.

El sector de la automoción reafirma su papel como motor indiscutible y representa casi la mitad de las ventas totales de la Comunidad. Aunque en el cierre de 2025 experimentó un descenso coyuntural en la venta de motores y neumáticos, el sector ha iniciado el presente ejercicio con un fuerte impulso, acumulando 2.998,4 millones de euros hasta mayo, un 10% más que el año anterior. El liderazgo de este ámbito se sustenta en la exportación de coches, componentes y neumáticos, que siguen siendo los productos más demandados en mercados como el francés.

Por su parte, los sectores de maquinaria, alimentación y química consolidan la diversificación industrial de Castilla y León. El sector de maquinaria y equipos destaca especialmente por su robustez, tras crecer un 12,7 por ciento en 2025 impulsado por las ventas de elementos combustibles y cables. Asimismo, la industria químico-farmacéutica mantiene su trayectoria ascendente con un crecimiento del 8,9 por ciento en 2025 y un incremento del 15,2 por ciento en los primeros meses de este año, gracias a la pujanza de medicamentos y vacunas.

UN VERANO SIN DORMIR: CUANDO EL TERMÓMETRO ESTÁ REÑIDO CON EL DESCANSO NOCTURNO

La 'pesadilla' del calor. Las temperaturas mínimas suben a un ritmo significativo. Esto se traduce en noches cada vez más cálidas y en mayor dificultad para conciliar el sueño

Texto e infografía de ***Gracia Pablos***

El calor es un asesino silencioso, dicen los expertos: nuestra temperatura central puede aumentar sin que seamos del todo conscientes y sin embargo el daño que esos grados de más nos generan puede ser mortal. Y el calor nocturno es aún más discreto, lo que en cierto modo lo hace más peligroso. «Los avisos de la Aemet (Agència Estatal de Meteorología), los planes de altas temperaturas y el índice Kairós de Sanidad se activan casi siempre por la máxima diurna, la noche no tiene un umbral de alerta propio», afirma Dominic Royé, investigador Ramón y Cajal y secretario de la Asociación Española de Climatología.

No existe la alerta, pero sí las consecuencias: «Para poder dormir, nuestro cuerpo necesita reducir ligeramente su temperatura central», explica Mª Ángeles Bonmatí Carrión, investigadora principal del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria y autora del libro *Que nada te quite el sueño* (ed. Crítica, 2023). «Si el dormitorio está demasiado caliente ese intercambio de calor se dificulta, nos cuesta más conciliar el sueño y, si lo conseguimos, se mantiene en fases más superficiales y se interrumpe con mayor frecuencia». Un sueño interrumpido nos devolverá un estado de ánimo irritable, un peor rendimiento al día siguiente y «podrían aparecer con mayor probabilidad otros problemas de salud asociados al sueño insuficiente», advierte Bonmatí.

Cuando el exceso de temperatura es el responsable de esta interrupción el daño puede ser incluso mayor, ya que el sueño es el mecanismo con el que reparamos el daño térmico del día (reducción de frecuencia cardíaca, consolidación del sistema inmune...). Un estudio reciente publicado en *Environment International* y citado por el investigador Royé, muestra que el exceso de calor nocturno aumenta el riesgo de muerte en un 2,6%, «de forma independiente al calor del día», siendo las primeras 24-48 horas tras la exposición las más peligrosas.

El estudio ofrece además un análisis desglosado por ciudades, que en el caso de España revela un mayor aumento de la mortalidad por exceso de calor nocturno en aquellas ciudades que presentan una mayor amplitud térmica día-noche, como es el caso de Granada (3,56%), Madrid (3,45%) y Córdoba (3,44%), ciudades que ejemplifican una tendencia propia de la meseta y los valles del Ebro y Guadalquivir.

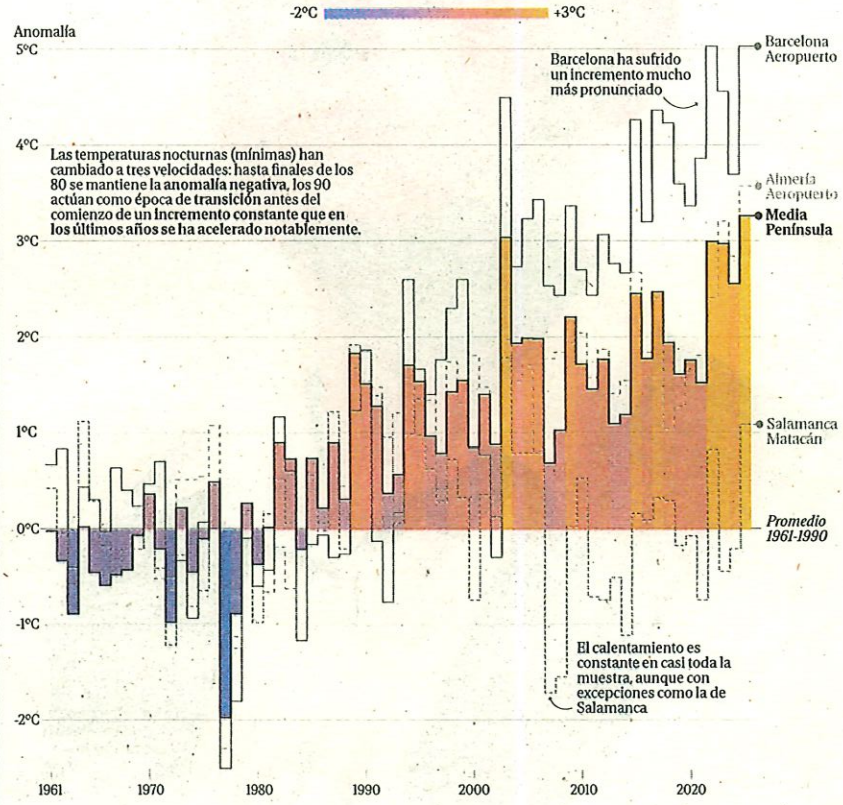
Si pasamos el foco de la oscilación térmica diaria al número de noches tropicales (aquellas de 20ºC o más) los primeros puestos pasan a las ciudades de la costa mediterránea, que tienen menor amplitud pero muchas más noches tropicales. Eso implica temperaturas más

LA TEMPERATURA NOCTURNA NO DA TREGUA

A unos días veraniegos cada vez más cálidos les acompañan unas noches que aumentan su temperatura a un ritmo incluso más alto.

¿CUÁNTO HAN CAMBIADO LAS NOCHES DE VERANO?

Desviación de la temperatura mínima media de los meses de verano (junio, julio y agosto) con respecto al promedio peninsular para el periodo de referencia 1961-1990.

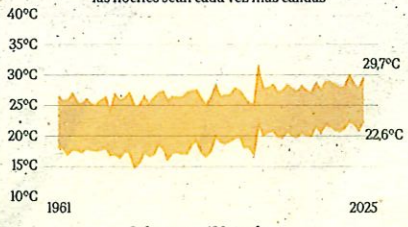


VERANOS DE PEQUEÑOS Y GRANDES CONTRASTES

Evolución de las temperaturas máximas y mínimas en los meses de verano desde 1961

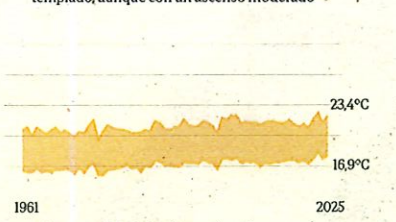
Barcelona (Aeropuerto)

Ilustra la situación en el litoral mediterráneo: el mar mitiga los extremos diurnos pero contribuye a que las noches sean cada vez más cálidas



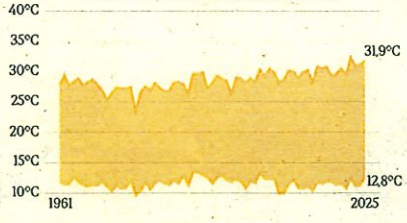
A Coruña

En la costa opuesta, la bañada por el Atlántico y el Cantábrico, el abanico de temperaturas es estrecho y templado, aunque con un ascenso moderado



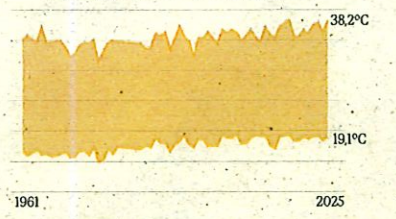
Salamanca / Matacán

El interior de la meseta se caracteriza por una marcada oscilación térmica con días cada vez más cálidos y noches más irregulares y frescas



Córdoba (Aeropuerto)

El valle del Guadalquivir concentra algunas de las temperaturas diurnas más altas de Europa, pero sus noches también son cada vez más cálidas



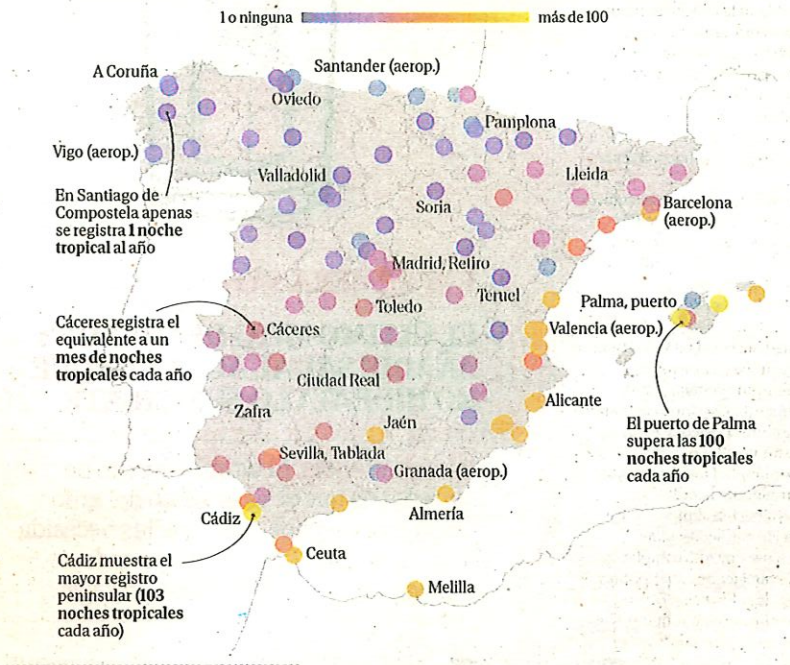
Los gráficos de temperaturas mínimas se basan en los datos de las estaciones históricas de referencia de la Aemet (no incluyen Canarias, Ceuta ni Melilla) mientras que para el cálculo de noches tropicales y tórridas se consultaron las temperaturas mínimas diarias de más de 100 estaciones

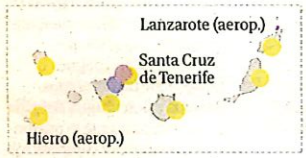
¿DÓNDE ES MÁS DIFÍCIL DORMIR?

Las noches tropicales (20ºC o más) se han convertido en una constante en buena parte del país, pero aún quedan refugios climáticos.

NOCHES TROPICALES AL AÑO POR ESTACIÓN

El promedio de noches tropicales para los últimos 15 años muestra una clara tendencia: noches cálidas frecuentes en el litoral mediterráneo que se van espaciando a medida que avanzamos hacia el interior y el norte peninsular.



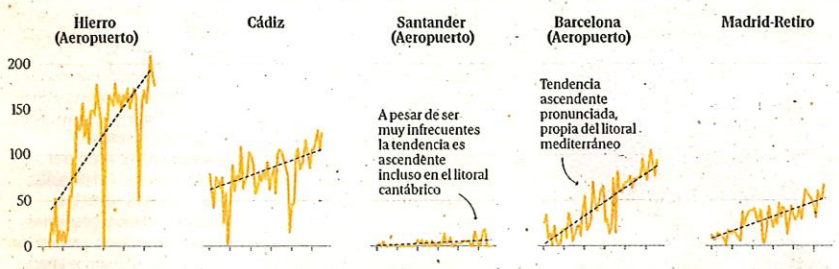


EL CASO PARTICULAR DE LAS ISLAS CANARIAS

El clima insular (también en Baleares) favorece una **mayor frecuencia de noches tropicales**, que en el caso extremo de Hierro fue una realidad una media de 150 días al año en los últimos 15 años, pero eso **no implica necesariamente temperaturas mínimas más altas**

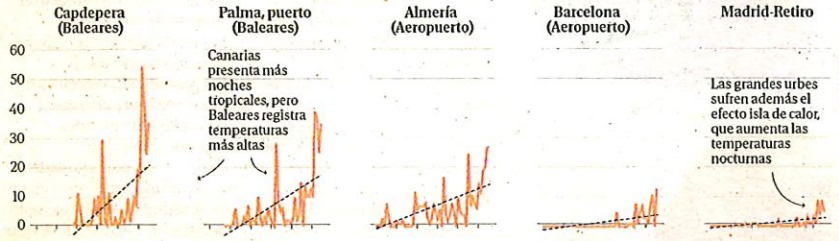
NOCHES TROPICALES AL AÑO

Número de noches tropicales (20ºC o más) por año entre 1970 y 2025



NOCHES TÓRRIDAS AL AÑO

Número de noches tórridas (25ºC o más) por año entre 1970 y 2025



GRACIA PABLOS | EL MUNDO

elevadas y constantes, algo que sin embargo no se traduce en un mayor exceso de mortalidad relativo (Barcelona 0,56%), «quizá por mayor aclimatación», explica Dominic Royé. Mª Ángeles Bonmatí. También considera posible que exista cierta aclimatación fisiológica general a las temperaturas elevadas, sumado a la adaptación de nuestras costumbres para paliar su efecto, «pero esto no significa que el sueño vaya a volverse inmune al calor», matiza, «al contrario, parece que incluso en climas cálidos los habitantes duermen menos cuando la noche presenta temperaturas más altas de lo habitual».

No existe un registro nacional de 'olas de calor nocturnas' del mismo modo que no existen alertas específicas, «pero sí existe una definición específica para el Mediterráneo: las olas de calor marinas», explica Royé. Se definen igual que las atmosféricas, pero sobre la temperatura del mar. «Un estudio reciente en *Scientific Report* muestra que cuando coinciden con una ola de calor terrestre, el evento 'compuesto' puede prolongar y amplificar hasta 3,5 veces la exposición al calor en la costa», añade el investigador, que además cita el ejemplo del pico de 78 días en el Mediterráneo en el año 2022.

La explicación tiene dos caras: la humedad que aporta el mar y que impide el enfriamiento y una mayor debilidad de la brisa marina. De ese modo «la ola marina termina siendo motor directo de las noches tropicales y tórridas del litoral», afirma Dominic Royé. Eso significa que es frecuente que coincidan en el tiempo las olas de calor diurnas y nocturnas, pero estas últimas pueden persistir mucho más tiempo, incluso cuando el día ya no arroja temperaturas extremas. Es decir, que al contabilizar únicamente las olas diurnas estamos obviando en muchas ocasiones la situación nocturna.

Existe otro fenómeno que merece la pena analizar: un mayor número de noches tropicales no implica necesariamente noches más cálidas en términos generales. El ejemplo claro es Canarias, donde las temperaturas se mantienen muy estables (y cálidas) todo el año, lo que explica que tengan noches tropicales más allá del verano. Sin embargo, es Baleares, otro archipiélago, el que lidera los registros de calor nocturno, con un número de noches tórridas (25ºC o más) muy superior al del otras estaciones... y en aumento.

Detrás de todas estas estadísticas está la más evidente: las mínimas (las consideradas 'nocturnas') están en ascenso, pero no van a la par que las diurnas, van más rápido. Royé cita un estudio reciente sobre la península y Baleares (1952-2022) que confirma este ascenso imparable, especialmente en estaciones urbanas de baja altitud, «coherente con la firma clásica del calentamiento global, donde las noches ganan más que los días», afirma el experto.

De ahí que se hayan disparado, como ya hemos visto, las noches tropicales en ciudades como Barcelona o Madrid, algo que es perceptible incluso con unos mecanismos de medición que el investigador juzga mejorables: «La mínima diaria es un único calor cerca del amanecer que no dice cuánto duró el calor durante la noche». Y tampoco es lo mismo una estación meteorológica en aeropuerto (muy comunes) que una situada en el centro de la ciudad, «las temperaturas pueden diferir 5-7ºC». Todo ello lleva a deducir que si la tendencia ascendente ya se dibuja con claridad con estos datos, unas mediciones más precisas probablemente devolverían resultados aún más determinantes.

Un último fenómeno que explica también el progresivo calentamiento de las urbes es el llamado «isla de calor urbana», que es el resultado de la presencia de elementos que forman parte del entorno, como el propio pavimento, que retienen el calor diurno y lo liberan durante la noche. Basta comparar los registros de estaciones situadas en coordenadas similares pero en entornos diferentes para comprobarlo. A partir de los datos recopilados para este reportaje con las temperaturas mínimas diarias desde 1970, vemos que la estación de Madrid-Retiro registra una media de 49 noches tropicales al año frente a las 22 de la estación del aeropuerto. Paradójicamente, el mismo aire acondicionado que nos ayuda a sobrellevar esas noches tórridas es uno de los elementos que contribuyen al calentamiento nocturno. Tampoco abusar de él contribuye a un mejor descanso así que la recomendación de los expertos, como es habitual, pasa por un uso racional. «Lo ideal sería conectarlo un rato antes de ir a dormir para que la temperatura baje y programar su apagado para poco después», propone Bonmatí, que nos recuerda que el aire directo sobre el cuerpo tampoco es recomendable.

Por otro lado, el aire acondicionado también es un ejemplo de la desigualdad que el calor nocturno hace patente. No es un recurso al alcance de todos los hogares y por eso tanto Bonmatí como Royé proponen medidas públicas que aborden un problema que ahora mismo no forma parte de ninguna iniciativa próxima.

¿Y a nivel individual? Ventilar en horas más frescas, mantener persianas y toldos cerrados durante el día, darnos una ducha templada antes de dormir y aislar sobre todo el dormitorio. Por último, Bonmatí recuerda que «el silencio y la oscuridad nocturna siempre son necesarios».

60609
8 423793 000071
Teléfono de atención al cliente: 91 050 16 29.

EL MUNDO

Este periódico se imprime diariamente en papel reciclado y procedente de bosques sostenibles.

PEFC Papel

MADRID: Avenida San Luis, 25. 28033. Madrid. Tel.: 91 443 50 00.
© Unidad Editorial Información General, Madrid 2026. Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser -ni en todo ni en parte- reproducida, distribuida, comunicada públicamente, utilizada o registrada a través de ningún soporte o mecanismo, ni modificada o almacenada sin la previa autorización escrita de la sociedad editora. Conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley de Propiedad Intelectual, queda expresamente prohibida la reproducción de los contenidos de esta publicación con fines comerciales a través de recopilaciones de artículos periodísticos.

Imprime: Heraeo Print. Polígono San Miguel, Sector 4-C/ Albert Einstein, 44, 50830 Villanueva de Gállego (Zaragoza) Dep. Legal: SO-33-2005

CARNE DE CAÑÓN



EMILIA LANDALUCE

El cardiólogo que desconfiaba de los corazones de cerdo, pero no del vino



Un camarero sirve una copa de vino en un restaurante. EL MUNDO

He pasado estas semanas en compañía de un eminente cardiólogo de Oxford muy aficionado a la ornitología. Tanto él como su mujer tenían descargada Merlin Bird ID, una aplicación que ha desarrollado Cornell para identificar pájaros por su canto y propiciar una sana competición entre los usuarios por la cantidad y rareza de los pájaros que ven...

...Es gratuita y cada avistamiento ha de ser certificado por el resto de usuarios. El que ve más recibe medallas, felicitaciones y parabienes. (Con la consecuente cesión de datos, que se venderán a empresas de prismáticos, agencias de viajes, editoriales especializadas...).

El pasado miércoles estaban muy contentos el cardiólogo y la mujer porque habían visto un águila culebrera, escasas en el lugar en el que estábamos, y habían subido una fotografía. La mayoría de la comunidad ornitológica recibió con alborozo (*hay gente pa tó*) el hallazgo, pero hubo una usuaria que lo cuestionó –«has sacado la foto de Google»– y requirió una grabación del canto –¿graznido? ¿silbido?– para certificarlo. El pobre cardiólogo no había tenido los reflejos para apretar el botón del móvil. El resto se unió entonces al escepticismo *porculero*. Y no pudieron añadir el águila culebrera a su perfil. El disgusto del cardiólogo solo podía ser relativo. Siempre hay una zorra (también son hombres) dispuesta/dispuesto a martillear y a dar por saco. Hasta en lo que se supone una pacífica comunidad ornitológica.

Este de los pájaros ha sido uno de los temas de conversación de mis días de asueto, además de otros relativos a la cardiología y a la genética, que es de lo que más sabía este señor. En primer lugar, he de decir que el doctor se aplicaba al vino (blanco, tinto, champagne, aguardiente de ciruelas...) como si el *New York Times* no llevara años publicando al menos un artículo semanal sobre lo pernicioso del alcohol para la salud. ¿Ni una copa al día? Si hasta los jóvenes han dejado de beber. «En realidad no hay nada concluyente y, por lo que se ve, no se puede decir que el vino sea bueno. Sin embargo, además de una vida larga, es importante el disfrute y pasarlo bien». Y es verdad. El vino iba muy bien con las terrines, los solomillitos de corzo, la lubina a la *mirabelle*... que les esperaban después de cada expedición pajarera. También a unas tortas de Alcalá que había aportado un amigo sevillano a tan heterodoxa reunión.

Hablamos de más cosas relativas a la salud. Quise saber de la viabilidad de los xenotrasplantes (no confundir con trasplante de senos). Se mostraba escéptico de que el ser humano pudiera resistir todos los parásitos a los que están habituados los cerdos y que suelen anidar en sus órganos, el principal motivo por el que mueren los trasplantados. No obstante, se mostró esperanzado porque ya hay empresas dedicadas únicamente a limpiar los órganos de los porcinos dispuestos para estas operaciones. Le pregunté también por las inversiones en longevidad que se hacen, por ejemplo, en Altos Labs, la biotecnología de **Bezos y Milner**, que ya ha recaudado fondos por valor de más de 3.000 millones desde que se fundó en 2022. «No creo que eso sea más que un sacaperras para los *ultrarich*». También dijo que la ingesta de colágeno no valía para nada. Ya ven. En esas llegó un artista francés, con el pelo graso y cierto aspecto *huellebequesco*. Se enfundó el albornoz (ya no se lo quitó en toda la semana) y nos contó que se dedicaba al papel artesanal (no al industrial en el que se imprimen los periódicos y los libros). Su obra, contaba, consistía en cultivar plantas, hacerles una foto y después imprimirla en el papel hecho con la misma planta. Hizo buenas migas con el cardiólogo. Al final, beber y comer ayuda a engrasar en común vidas que parecen demasiado dispares. «Entonces... esa puta no te ha reconocido lo del águila culebrera», preguntaba el artista *susio* al cardiólogo *oxoniense*. Y apuraban la copita de aguardiente de hierbas.

Ya he vuelto de vacaciones. A ver si alguien me explica bien lo del *Ático para Amador*, como dice el meme cabrón pero gracioso de Capitán Swing.



García admite una sanidad «tensionada» en Ceuta pero desoye enviar más personal

Crece la preocupación «fuera del hospital» por los riesgos que supone la falta de salubridad en el hacinamiento de migrantes

PILAR PÉREZ MADRID

Una situación, dos versiones. Mónica García se aferra a los tecnicismos para defender que «no hay colapso sanitario» en Ceuta, pero los médicos, el gobierno de la ciudad y el PP denuncian la asfixia que está sufriendo el sistema tras el asalto masivo de inmigrantes de hace dos semanas. Esa presión tiene al personal sanitario doblando turnos y a todos mirando con preocupación las consecuencias que pudieran acarrearse para la salud por las paupérrimas condiciones en las que se encuentran aún miles de personas. Hacinadas a la intemperie, entre otros lugares, en la playa.

En su primera visita tras el episodio, la ministra de Sanidad acudió ayer para conocer «de primera mano» la situación. Se encontró con el llamamiento del presidente de Ceuta, Juan Jesús Vivas, quien le imploró más recursos humanos y materiales. Luego se topó con el malestar social en la calle. Una veintena de ceutíes recibió a García con abucheos y gritos: «¡Dimisión, basura, y Sánchez de vacaciones!».

«Técnicamente, la actividad sanitaria no está colapsada. No hemos hecho volver a nadie de vacaciones ni hemos movilizado a nadie de otra zona sanitaria», afirmó la ministra en la rueda de prensa tras su reunión con Vivas, para justificar su postura de que la situación no era tan grave.

La visión de Vivas es muy distinta. Urgió a la ministra a atender las demandas del colectivo sanitario y subrayó que la región «está en peligro» tras la entrada masiva que ha alterado «radicalmente» su normalidad.

Durante la reunión que ambos mantuvieron en la sede de la Asamblea ceutí, Vivas recordó a Mónica García que la sanidad es «uno de los pilares del Estado» y añadió que la ciudad vive una situación «excepcionalmente crítica» que se debe tener en cuenta a la hora de tomar decisiones. Según informó el Gobierno ceutí en un comunicado, su presidente trasladó a la ministra que la población vive actualmente «sobrecogida, con el alma en vilo». Resumía su preocupación con una frase: «Ceuta está en peligro».

Para afrontar la presencia de miles de inmigrantes que no han regresado a Marruecos tras cruzar la frontera, el Ministerio de Sanidad ha puesto un refuerzo de unos 60 profesionales hasta el 31 de agosto y ha ampliado el número de camas del hospital de 175 a 212, «aunque ahora solo están ocupadas 111, 28 por inmigrantes». La ministra sí reconoce que «la atención está tensionada». «Eso no lo dudamos en ningún momento», admite. Y advierte de que «la urgencia no está en el hospital, sino en el terreno, fuera», debido a que hay «riesgo para la salud pública» por el hacinamiento y la falta de salubridad en la que se hayan los 5.000 inmigrantes que a día de hoy aún permanecen en la ciudad, según los últimos datos de Interior.

Las afirmaciones de la ministra contrastan con lo que cuentan los facultativos. Enrique Roviralta, presidente del Colegio de Médicos de Ceuta, sostiene que «solo han hecho que doblar turnos y aumentar las guardias» y «suspender los permisos de libre disposición». Roviralta reconoce que le ha dolido que García hablara de «xenofobia en una ciudad de convivencia de cuatro culturas».

En una carta remitida a la ministra hace 10 días, el Colegio solicitaba su presencia en la ciudad autónoma. «No basta con gestionar esta crisis desde la distancia», señalaba, reclamando «presencia, liderazgo y decisiones inmediatas» para hacer frente a una situación que, a su juicio, Ceuta no puede afrontar en solitario. Describía la presión asistencial como «sin precedentes», resaltando que los profesionales sanitarios estaban trabajando «al límite de su capacidad».

Esa asfixia ha quedado patente en la ampliación de recursos humanos y la apertura de alas y zonas del hospital para poner a disposición hasta un total de 246 camas funcionales, un 40% más de la capacidad actual. «Estamos doblando los refuerzos», dijo García. Hasta el momento, las cifras que radiografían la atención sanitaria hablan por sí solas: «En estos 15 días, se ha atendido a unos 5.800 inmigrantes, 3.500 en atención primaria, y 2.300 en el hospital. El primer día se atendió a unos 1.195, entre primaria y el hospital, y ayer, a 193», según resumió la propia ministra en su visita a Ceuta.

García se convirtió ayer en la sexta ministra que pisa Ceuta tras la crisis. El PP insiste en pedir su dimisión. El vicesecretario de Política Autonómica y Local y Análisis Electoral del PP, Elías Bendodo, apuntó ayer que tras toda una legislatura sin viajar a Ceuta, se ha dirigido a visitar la ciudad 17 días después de la «invasión» y acusó a Sánchez de fomentar «un *photocall* de ministros» en Ceuta.



Juan Jesús Vivas y Mónica García, ayer, en Ceuta. REDUAN / EFE

Alega que «técnicamente» no hay colapso sanitario

Los médicos dicen que se han tenido que doblar turnos y guardias

Se ha atendido en la ciudad a 5.800 migrantes, 2.300 en el hospital

La revista diaria de EL MUNDO. Sábado, 15 de agosto 2026

INNOVACIÓN SANITARIA

VOLVER A CAMINAR GRACIAS A UNA PRÓTESIS ESPACIAL

Por Pilar Pérez (Madrid)

El cáncer se iba a *comer* la pierna de Pierre Chazel y su única opción era la amputación por debajo de la rodilla. Sin embargo, hoy ya camina sin muletas. «Puedo llevar cosas en la mano mientras voy por la calle y no noto nada raro en mi pierna. Ya no tengo los dolores en el pie», cuenta este paciente francés de 38 años a través de un vídeo en la presentación de un hito conseguido en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid: el diseño y la fabricación de la primera prótesis ósea personalizada de metamaterial del mundo.

«Gracias a una prótesis a medida hemos evitado la amputación y ahora disfruta de una buena calidad de vida», subraya Rubén Pérez, subdirector científico del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón (IISGM) y cirujano ortopédico oncológico del centro madrileño, que puso en valor la humanización desde diferentes vertientes que acompaña a este avance presentado ayer.

Aunque la pieza ha sido implantada por cirujanos oncológicos, «es fruto de un trabajo colectivo y multidisciplinar», añade este cirujano, «y de la unión de la experiencia asistencial con el conocimiento académico. Este tipo de ingeniería aeroespacial convertida en ingeniería clínica supone un hito a nivel científico, clínico y hospitalario. Hemos conseguido evitar la amputación de la pierna del paciente o que tuviera que llevar un implante de rodilla, lo que habría supuesto sacrificar toda la articulación», detalla Pérez.

El resultado es una «solución 100% personalizada» para un paciente en el que no era posible una prótesis comercial, porque «su hueso, tras eliminar el tumor, tenía un nivel de osteoporosis que impedía la colocación de este tipo de piezas», explica Pérez. El nuevo metamaterial surge de la aplicación de tecnología aeroespacial para crear estructuras milimétricas de titanio capaces de reproducir las funciones mecánicas del hueso. El ingeniero de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM), Luis Saucedo, comenta cómo abordaron el caso: «Replicamos matemáticamente el hueso sano del paciente con el objetivo de que el cuerpo no lo notara ajeno. A la pieza se unía un haloinjerto para regenerar el hueso alrededor y conseguir una osteointegración perfecta». Esto aseguraba un menor rechazo y permitía la recuperación «biológica y funcional».



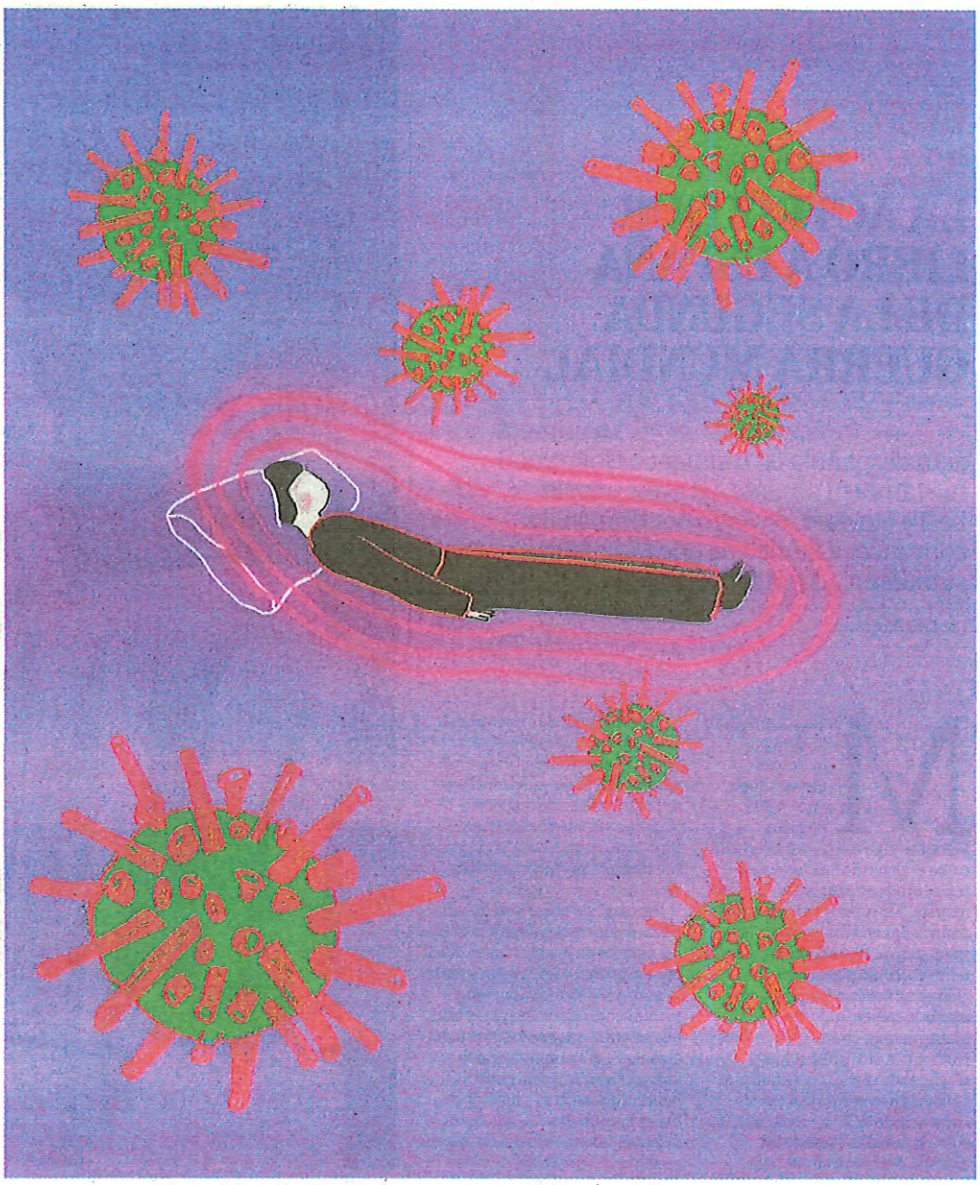
El paciente, Pierre Chazel, durante una de las sesiones de rehabilitación en el centro madrileño. HGUGM

La prioridad de momento serán los pacientes con sarcoma, de los que el Gregorio Marañón, centro de referencia nacional (CSUR) en este tipo de cáncer del aparato locomotor en población adulta e infantil, atiende a unos 600 al año. En España se diagnostican anualmente en torno a 2.600 nuevos casos de tumores en partes blandas y unos 400 de tipo óseo, lo que representa una incidencia de aproximadamente cinco a seis casos por cada 100.000 habitantes.

LOS MITOS SOBRE LA FIEBRE QUE DEBES DEJAR DE CREER: CUÁNDO HAY QUE CONSULTAR A UN MÉDICO

Los porqués de la salud (IV). ¿Es peligroso que suba la temperatura? ¿Una cifra más alta indica más gravedad? ¿Cuándo ir al hospital? Resolvemos todas tus dudas

*Por **Cristina G. Lucio**. Ilustración de **Marina Bonilla***



Todos conocemos bien la sensación: ese malestar que al principio es leve, el dolor de cabeza, los escalofríos hasta en un día caluroso... Nos ponemos el termómetro y, efectivamente, ahí está la confirmación de lo que ya sabemos: tenemos fiebre. Esa elevación de la temperatura es, muchas veces, el primer signo de un resfriado o una infección incipiente. El anuncio inequívoco de que estamos enfermos.

Pero, ¿por qué se produce? «La fiebre es uno de los mecanismos de defensa más importantes que tiene el organismo», explica Manuel Mozota, portavoz de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Es una de las respuestas más efectivas para hacer frente a un agente infeccioso. Porque permite luchar contra él desde diferentes flancos, aclara.

Cuando un virus o una bacteria entra en el organismo, el sistema inmunitario advierte al hipotálamo –el *termostato* del cerebro– de que es necesario elevar la temperatura corporal. Y esos grados de más, subraya el especialista, nos proporcionan múltiples beneficios. Desde «dificultar la multiplicación de virus y bacterias, a hacer que los glóbulos blancos funcionen de forma más eficaz, favorecer la producción de anticuerpos y acelerar la reparación de los tejidos».

Es un *arma* de gran valor para nuestro sistema de defensas, no una reacción perjudicial. Por eso, «no es necesario tratar la fiebre ni intentar bajarla por todos los medios», apunta Gonzalo de la Fuente, pediatra y editor de *EnFamilia*, la web para padres de la Asociación Española de Pediatría.

Es un arma de gran valor para nuestro sistema de defensas, por eso no es necesario tratarla ni intentar bajarla

Las duchas de agua fría son contraproducentes: pueden causar escalofríos y paradójicamente elevar la temperatura

«La evidencia científica sugiere que no es necesario tratar la fiebre por sí misma, sino que el objetivo es aliviar el malestar», coincide Asensio López, médico de familia y coordinador del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), quien aclara que «la recomendación es 'tratar al paciente, no al termómetro'. Si está cómodo, hidratado y activo, no es necesario administrar fármacos». Los fármacos antitérmicos –como el paracetamol o el ibuprofeno– deben utilizarse «únicamente si la fiebre genera incomodidad, dolor o impide el descanso», subraya.

Mozota recuerda que se considera que una persona tiene febrícula si su temperatura supera los 37,5ºC en una medición realizada en la axila. Se considera fiebre a partir de los 38ºC, advierte.

La fiebre no es por sí misma un indicativo de necesitar ayuda médica, subraya. Un adulto sano puede estar varios días con fiebre porque en muchos casos el proceso responderá a un simple catarro que puede superarse perfectamente en casa. «Tendría que acudir al médico si la fiebre dura más de 48-72 horas sin una causa clara, cuando la temperatura es superior a 39 y 40º y no baja con tratamiento, si hay dificultad para respirar, si aparece confusión, si hay rigidez de cuello, si presenta un sarpullido que no desaparece al presionarlo, si existe un dolor intenso, si hay vómitos persistentes o si es una persona inmunodeprimida», aclara.

En el caso de los niños, «lo más importante es el estado general que acompaña al pequeño», aclara Marta Illán, pediatra del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, que recomienda consultar al pediatra si el niño presenta decaimiento que no cede al bajar la temperatura o alguna de las señales mencionadas (dificultad para respirar, vómitos repetidos, irritabilidad, etc.). También «si el niño es muy pequeño (menor de 6 meses) o la fiebre dura más de 2-3 días».

Hay varios mitos sobre la fiebre, que necesitamos desterrar, señalan los expertos, que desmontan algunos de los más extendidos.

MITO. Cuanto más alta es la fiebre más grave es la enfermedad. «Eso no es así necesariamente», señala Mozota. «Hay infecciones virales banales que producen 40º y enfermedades muy graves que pueden cursar sin fiebre».

MITO. La fiebre alta provoca convulsiones o daño neurológico. «Las convulsiones febriles sólo aparecerán en aquellos niños con predisposición a padecerlas, el pronóstico global es favorable y no dejan secuelas neurológicas ni en el desarrollo», explica Illán.

MITO. Las duchas de agua fría son efectivas. En realidad, «son contraproducentes, ya que pueden causar escalofríos, lo cual aumenta el malestar y, paradójicamente, puede elevar la temperatura corporal», apunta Asensio.

MITO. Hay que bajar siempre que la temperatura suba de 37º. «El objetivo es aliviar el malestar, no conseguir una temperatura totalmente normal», aclara Mozota.

MITO. Debo consultar cuánto antes para detectar a tiempo la causa y comenzar un tratamiento. «En muchas ocasiones la fiebre es el primer síntoma de una infección y cuando es de corta evolución puede no acompañarse de otros síntomas», no pudiendo establecer la causa en ese primer momento.

CASTILLA Y LEÓN

Castilla y León alcanza los 78 donantes y genera 249 órganos para trasplantes

La Comunidad continúa superando la tasa nacional de donantes con 136 riñones, 45 hígados, 10 corazones, 48 pulmones y 10 páncreas en la primera mitad del año

VALLADOLID

La actividad en la donación de órganos registrada en los hospitales públicos de Castilla y León entre enero y junio de 2026 alcanzó los 78 donantes (41 en el primer trimestre y 37 en el segundo), lo que ha supuesto la generación de 249 órganos destinados al trasplante -riñones, corazones, hígados, pulmones y páncreas-, según el último balance oficial de la Coordinación Autonómica de Trasplantes.

La Comunidad sitúa su tasa de donación en 59 donantes por millón de población, que supera de nuevo la tasa nacional --la más alta de todos los países del mundo-, informa Europa Press.

De esta forma, el número de donantes de órganos en los primeros seis meses del año se incrementa hasta los 78 frente a los 67 registrados en el mismo periodo del año anterior. Gracias a esta actividad se han generado 249 órganos, con 136 riñones, 45 hígados, 10 corazones, 48 pulmones y 10 páncreas.



Una imagen de archivo de un quirófano durante un trasplante. E.P.

Por hospitales, el número de donantes de órganos entre enero y junio de 2026 ha sido de cuatro en Ávila, ocho en Burgos, 18 en León, dos en el Hospital de El Bierzo, otros tantos en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia, 19 en el de Salamanca, seis en el Complejo Asistencial de Segovia, ocho en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, siete en el Hospital Universitario Río Hortega y cuatro en el Complejo Asistencial de Zamora.

La actividad trasplantadora registrada en el primer semestre del año indica que se han realizado 95 implantes renales, 47 en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y 48 en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. De los 47 trasplantes renales realizados en Salamanca, nueve son trasplantes renales de vivo/cruzado, cuatro de páncreas-riñón. También se han realizado en este mismo centro 18 trasplantes pulmonares.

El balance de la Coordinación de Trasplantes de la Junta de Castilla y León refleja también la realización de 14 trasplantes hepáticos en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, mientras que el Hospital Clínico de la misma provincia ha llevado a cabo ocho trasplantes cardiacos.

Otro bloque de actividad se refiere a las córneas implantadas, que han sumado 105 a lo largo de los primeros seis meses del año en los centros autorizados.

Desde la Coordinación de Trasplantes de Castilla y León agradecieron a los donantes y sus familias «este gran gesto de generosidad y altruismo sin el cual esto no sería posible».

Agricultura busca con las opas mejorar la rentabilidad dentro del sector apícola

VALLADOLID

El consejero de Agricultura, Ganadería, Medio Rural y Política Ambiental, Joaquín Antonio Pino, mantuvo ayer una reunión de trabajo con las organizaciones profesionales agrarias para analizar la situación actual del sector apícola de Castilla y León. En el encuentro ha abordado sus principales problemas y necesidades, con el objetivo de avanzar en soluciones que permitan mejorar la rentabilidad y garantizar el futuro de una actividad fundamental para el medio rural y fijación de población en los pueblos, según recogió Ical.

La apicultura atraviesa, señaló la Junta en un comunicado, una situación «especialmente difícil», y se encuentra entre los sectores «más castigados de la actividad agraria». A las dificultades derivadas de la pérdida de rentabilidad se suman una campaña marcada por la sequía y las elevadas temperaturas, unos precios que «no acompañan a los costes de producción» y la aparición y expansión de enfermedades que, en algunos casos, «presentan una difícil solución».

Uno de los principales asuntos abordados este lunes ha sido la incidencia de la fauna silvestre sobre las explotaciones apícolas. En este sentido, se han analizado especialmente los daños provocados por el oso, así como la afección que ocasionan especies como la Vespa velutina, también denominada avispa asiática.

Asimismo, se ha puesto especial atención en el impacto del abejaruco, cuya presencia está provocando que las abejas reduzcan sus salidas de las colmenas, con el consiguiente descenso de la productividad y un incremento de su mortandad, que los profesionales del sector sitúan en torno al 40% en las zonas más afectadas.

Ante esta situación, el consejero trasladó a las opas la posibilidad de estudiar, junto con el Instituto Tecnológico Agrario de Castilla y León (ITACyL) y en colaboración con las propias organizaciones profesionales agrarias, un proyecto para el control de especies como la avispa asiática mediante sistemas de trampeo con feromonas. El objetivo es valorar soluciones eficaces que permitan reducir su incidencia y minimizar los daños sobre las colmenas.

En relación con los daños ocasionados por el oso, reconoció la preocupación existente por las indemnizaciones pendientes y explicó que la Consejería estudió la mejor manera de hacer efectivos estos pagos. En este sentido se revisarán los baremos de indemnización por los daños causados por el oso, para adecuarlos a la realidad de las pérdidas sufridas por los profesionales.

Pino también trasladó la posibilidad de incluir al sector apícola el plan extraordinario de ayudas ante la gravedad de la situación que atraviesa, en una línea similar a las medidas que se están planteando para otros sectores especialmente afectados, como el cereal. Asimismo, se abordó la posibilidad de establecer ayudas vinculadas al gasóleo para contribuir a reducir la presión que los costes de producción están ejerciendo sobre las explotaciones.

Durante la reunión, la Consejería y las organizaciones profesionales agrarias coincidieron en la necesidad de disponer de información económica actualizada que permita conocer con precisión la realidad de las explotaciones. Por ello, se planteó la realización de un estudio de costes específico del sector apícola.

La Junta sube el presupuesto para la compra de maquinaria industrial

VALLADOLID

El Boletín Oficial de Castilla y León (Bocyl) publicó el 29 de diciembre de 2025 el extracto de la orden de convocatoria de subvenciones de la Consejería de Industria, Comercio y Empleo dirigidas a la adquisición de maquinaria industrial. Ante el gran número de solicitudes presentadas, se ha ampliado el presupuesto inicial de la línea con en 4 millones de euros más, de manera que el presupuesto final asciende a 5.615.200 euros, que se dedicarán a ayudar a las empresas industriales para la adquisición de maquinaria industrial nueva que forme parte del proceso productivo en industrias situadas en la comunidad, informa Ical.

La finalidad es contribuir a la transformación del modelo productivo industrial, con la incorporación de maquinaria moderna, automatizada y conectable, para así mejorar la competitividad y avanzar en la trasformación digital. Su objetivo final es fortalecer el tejido productivo industrial, y la generación de empleos de mayor calidad, estabilidad y cualificación.

Asaja denuncia que el bajo precio de la patata arruina a los agricultores

SEGOVIA

Asaja Segovia denunció que el precio de la patata «se hunde» y «arrastra a la ruina» a los agricultores de la provincia. Asimismo, lamentaron que cada día que pasa hay más incertidumbre en el sector con precios «ridículos» en origen.

«La patata de nuestra provincia y nuestra región se puede y se debe pagar a un precio justo, en el que nuestros agricultores ganen dinero y nuestros consumidores la compren a precios normales», sentenciaron, mientras exigían que se mantenga una remuneración «justa» para los agricultores que siembran y comercializan el producto. «El precio de las patatas en la tierra está hundido, pero en los lineales de los grandes distribuidores no ha cambiado nada, por lo que hay muchos intermediarios que se están llenado los bolsillos a coste de nuestros agricultores», reclamaron, como recoge Ical.

Para hacer viable el cultivo de la patata en la región «es necesario la implicación de todos», especialmente, afirmaron, de la administración en todos sus niveles.

RICHARD COKER

"HE ACORTADO LA VIDA DE DECENAS DE PACIENTES"

POR ANDREW BILLEN

FOTO: TIM JOBLING

DURANTE 45 AÑOS, ESTE MÉDICO BRITÁNICO ADMINISTRÓ ALTAS DOSIS DE MORFINA A DECENAS DE ENFERMOS TERMINALES PARA PONER FIN A SU SUFRIMIENTO. YA JUBILADO, LO REVELA TODO EN UN LIBRO POR EL QUE PODRÍA ACABAR EN LA CÁRCEL. UN RIESGO QUE ESTÁ DISPUESTO A CORRER. SU OBJETIVO: CAMBIAR EL MODO EN QUE SE LIDIA HOY CON EL DOLOR Y CON PROCEDIMIENTOS TAN POLÉMICOS COMO LA MUERTE ASISTIDA.



RICHARD Coker, un médico jubilado que ejerció durante casi 45 años, tenía 26 cuando acabó con la vida a su primer paciente. Era una noche de invierno, época de gripe, y el hospital donde trabajaba, St. Mary's, en Londres, estaba abarrotado. A pesar de su juventud, esa noche era el doctor de mayor rango en medicina interna y el responsable de encontrar camas para los nuevos pacientes. Ese día había tantos ingresos que lo enviaron a Urgencias para ayudar. Allí le tocó atender a un hombre frágil, de 65 años, al que cuatro años antes le habían diagnosticado fibrosis pulmonar idiopática, una enfermedad crónica que le dificultaba enormemente la respiración.

«Habían cerrado las cortinas a su alrededor —dice Coker, ahora con 65 años—. Estaban con él sus hijos y su esposa, que estaba desencajada. Él estaba en estado crítico, aterrorizado. Y no podía expresar lo asustado que estaba. Sabía que, por la naturaleza de su enfermedad, no le quedaba mucho tiempo y que su situación solo empeoraría progresivamente».

Para que llegara oxígeno a sus pulmones, prosigue Coker, permanecía en la cama sentado en lugar de acostado, respirando unas 40 veces por minuto, en comparación con las 12 que normalmente realiza un ser humano. El esfuerzo era agotador.

«Yo era joven, pero ya tenía bastante experiencia. Trabajaba 120 horas a la semana. Ves a mucha gente muy enferma. Y este caso era evidente. No era un pronóstico incierto. Iba a morir en uno, dos, tres días como máximo. Y su familia estaba desesperada. Así que le puse una infusión de diamorfina (un potente derivado de la morfina para aliviar dolores extremos) y, en una o dos horas, se calmó y su familia se relajó. Falleció dos horas después. El tratamiento fue sencillo. Y no me pareció una decisión difícil, porque era claramente lo que su esposa y su familia querían».

¿Le dijeron eso? «Su esposa no me dijo: '¿Pueden matarlo?'. Dijo: 'Está sufriendo muchísimo. No puedo imaginar lo que está pasando. Es terrible. Todo es terrible'. Así que fue muy directo. Pero también pensé que ahora otro paciente podría usar la cama que había desocupado. Uno toma decisiones».

'EL TEMOR A LA MUERTE ME PERTURBA'

En 1999, Coker se incorporó a la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres como investigador, luego como profesor, y hoy es investigador en salud pública y trabaja por todo el mundo. Hace unos años asesoró a los abogados del editor de WikiLeaks, Julian Assange, sobre los riesgos médicos del encarcelamiento. Vive con su segunda esposa en Bangkok (Tailandia), pero nos recibe en el jardín de la casa de su hermana en Oxford, donde ha llegado de visita en vísperas de la publicación de su nuevo libro, *Timor mortis: cómo convivimos con la muerte* (editado solo en inglés por New Modern Arcade). Su título proviene de un poema del siglo XV cuyo último verso, *Timor mortis conturbat me*, significa 'el miedo a la muerte me perturba'. Casi seis siglos después a él también le ocurre, pero se niega a dejarse intimidar. Su libro examina la muerte desde todos los ángulos, desde epidemias y ejecuciones hasta el duelo y el olvido. Incluso incorpora un capítulo sobre «la compleja relación entre el sexo y la muerte».

Pero lo que más impacta es su honestidad desde la primera línea, no porque Coker fuera un médico atípico e inconformista, sino justamente porque no lo era. «Todos los buenos médicos han practicado la eutanasia; solo que ahora sentimos la necesidad de regularla», escribe.

¿Y era un buen médico?, le pregunto. «Sí. Habría sido un mal médico si no lo hubiera hecho. Habría sido inhumano».

¿Qué habría pasado, le pregunto, si la esposa de su paciente le hubiera dicho que mantuviera a su marido con vida a toda costa? «Muy buena pregunta», admite. Y me remite al caso de un paciente —no suyo— con sida en 1994, un hombre moribundo cuya esposa prometió que jamás le diría a un médico que lo dejara morir. «Según mi interpretación —explica Coker—, los médicos no tuvieron una conversación con ella que abordara el problema fundamental».

En 1985, al año de graduarse, Coker atendió a su primer paciente con sida. «Quedé conmocionado, horrorizado e intrigado». Pocos años después se especializó en VIH. La esperanza de vida de un paciente con sida entonces era de unos dos años y el sufrimiento aumentaba al acercarse el final.

«Con frecuencia les daba a los pacientes y a sus parejas suficiente

morfina para llevar a casa. Hablaba con ellos: 'Si creen que está sufriendo mucho, puede tomar más. No se va a volver adicto', que era lo que les preocupaba. 'Si toman mucha más, su respiración se ralentizará y, finalmente, dejarán de respirar'. Estaba seguro de que los pacientes dirían: 'Necesito más. Solo denme más'. Así que siempre me aseguraba de darles suficiente».

El médico jubilado establece aquí una distinción entre eutanasia y muerte asistida. Con sus pacientes terminales practicaba la segunda. Con el hombre de 65 años con fibrosis pulmonar, la primera. ¿Cuántas veces a lo largo de su carrera administró él mismo morfina y acortó vidas? «Bastantes». ¿Decenas? ¿Cientos de veces? «Decenas».

Sorprende su calma, su sinceridad. Al fin y al cabo, explica, muy poca gente reconoce que la muerte asistida y la eutanasia siempre han sido prácticas habituales de los médicos. «Es extraordinario, pero hay una razón por la que no quieren sacar el tema a colación: el temor a acciones legales».

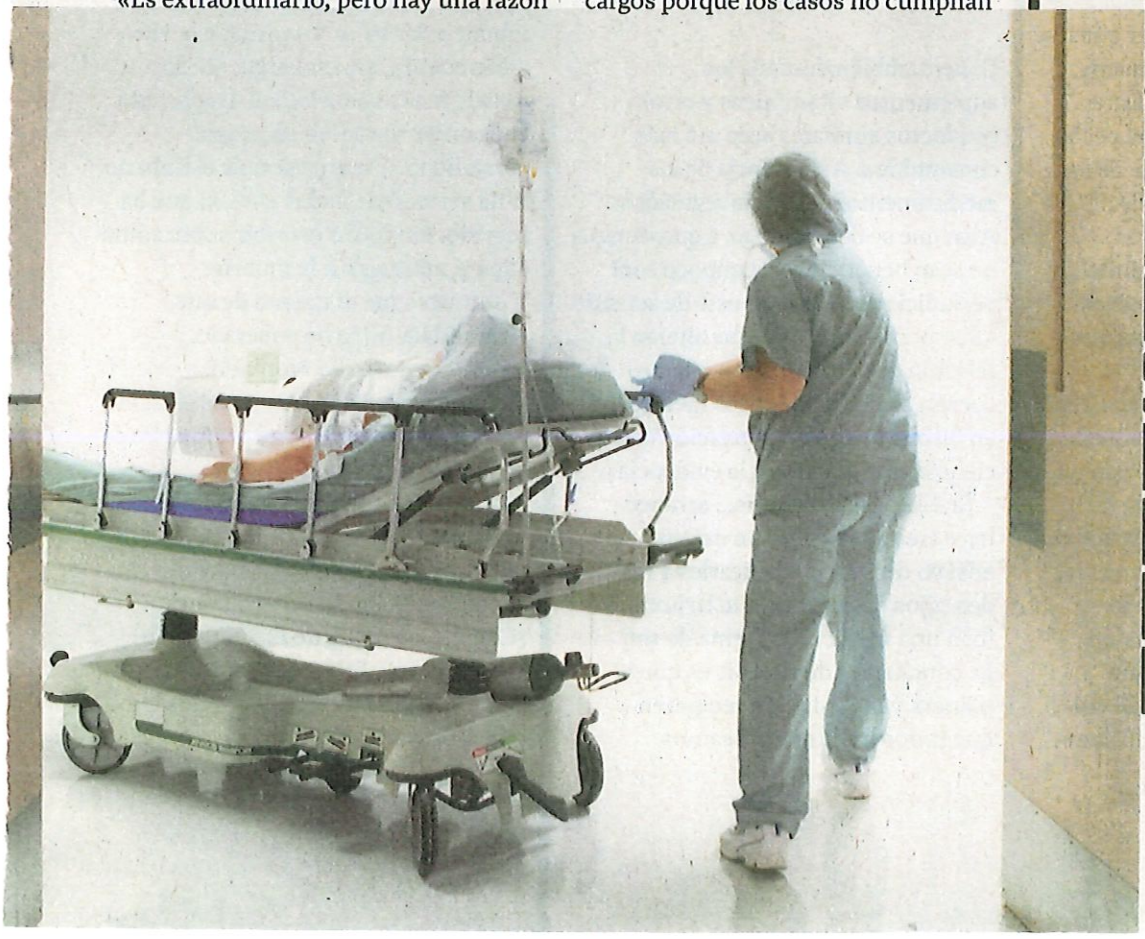
No es una sombra teórica. Varios médicos han sido juzgados por aplicar sedaciones paliativas o eutanasias en países como España, Países Bajos, Bélgica, Francia, Estados Unidos o Canadá, aunque tan solo uno ha sido condenado: el norteamericano Jack Kevorkian, allá por 1999, justamente el caso que impulsó el debate sobre el 'suicidio asistido' y los límites de las sedaciones paliativas.

UN MÉDICO CONTRA LOS SUYOS...

En el Reino Unido, en 2018, un panel independiente informó de que al menos 456 personas fallecieron entre 1989 y 2000 tras recibir analgésicos potentes de forma inapropiada en el hospital de Gosport, en Hampshire. La Policía investigó 101 casos, pero en 2025, tras ocho años de investigación, se afirmó que no se habían presentado cargos porque los casos no cumplían con suficientes requisitos probatorios para un enjuiciamiento penal.

«No estoy diciendo que no exista el abuso de la diamorfina», admite Coker, pero para él el problema es otro. «Lo que realmente me pregunto es: ¿cómo logramos que la atención se centre en los beneficios en lugar de en los abusos?».

Para Coker, la responsabilidad de la insuficiente atención al dolor en los pacientes terminales se debe «en esencia a una pésima gestión por parte de los médicos especialistas». →



"NO DIGO QUE NO EXISTA EL ABUSO DE LA DIAMORFINA. LO QUE ME PREGUNTO ES: ¿CÓMO LOGRAMOS QUE LA ATENCIÓN SE CENTRE EN LOS BENEFICIOS EN LUGAR DE EN LOS ABUSOS?"

A pesar de ser uno de ellos, Coker no parece ser un gran admirador de su propia profesión. Para empezar, critica el perfil de los candidatos a médicos. En su opinión, la selección ha favorecido tradicionalmente a las personas con predominio del hemisferio izquierdo, orientadas a objetivos, en lugar de a las de predominio del hemisferio derecho, que son mejores para el pensamiento global y la interpretación de las señales emocionales.

Cree Doker que el primer contacto de un estudiante de medicina con un cadáver (de color verde amarillento por el formaldehído) en una clase de Anatomía forma parte de un proceso de adoctrinamiento que fomenta la distancia emocional con respecto al sufrimiento. Coker insiste, a partir de ahí, en una «pésima gestión por parte de los médicos especialistas». De hecho, califica algunos de sus primeros encuentros con cirujanos como aterradores. «Una vez estaba anestesiando a una paciente cuando hacía mis prácticas, una mujer que iba a someterse a una cirugía de mama, entró el cirujano y me dijo: '¡Date prisa!'. Le clavó el bisturí en el pecho mientras se quedaba dormida. Se lo conté a mi jefe y, en lugar de decir: 'Obviamente, ese hombre es un bruto y no debería estar operando', me dijo: 'Sí, es así. Es terrible. Nos aseguraremos de que no tengas que volver a trabajar con él'».

Coker me cuenta otra historia. Tenía 23 años, era médico recién graduado y llevaba tres meses trabajando con un cirujano vascular. «Una señora de 95 años llegó con insuficiencia arterial en la pierna y querían amputársela». Preocupada, su nieta fue a verlo. Coker le dijo que era una decisión difícil porque, para su edad, aún gozaba de una buena calidad de vida, pero ¿cómo se las arreglaría en sus últimos años con una sola pierna? Aquel cirujano, viene a explicar Coker, miraba solo la pierna en lugar de a la paciente en su integridad.

El médico jubilado dice que las personas, y sobre todo las instituciones, suelen pasar por alto los aspectos importantes relacionados con la muerte. En su libro expresa una indignación sin contemplaciones ante la obsesión del siglo XXI con la longevidad, especialmente entre los hombres megarricos. Menciona al multimillonario tecnológico Bryan Johnson, de 48 años, protagonista del documental de Netflix *No mueras: el hombre que quiere vivir para siempre*.

«Se pone un anillo en el pene para comprobar si tiene erecciones por la noche —se burla Coker—. Han perdido la cabeza. Es cosa suya, claro, pero están engañando a muchísima gente que cree que se puede alargar la vida fácilmente».

EL PELIGRO DE LAS VITAMINAS

Coker también desdeña los suplementos vitamínicos y otros productos similares cada vez más consumidos. A diferencia de los medicamentos, no están regulados. Algo que se debe, le digo, a que, aunque no sean beneficiosos, tampoco son perjudiciales. Coker no está de acuerdo. «Son perjudiciales porque alteran la relación que tenemos con nuestro cuerpo, la relación con los médicos y, en última instancia, la relación con la ciencia, que se basa en la evidencia».

Su libro *Timor mortis...* arrancó hace tres años como un extenso ensayo dirigido a explicarles a los dos hijos de su primer matrimonio (con una médica) su forma de ser. La conclusión de su tesis es que el planeta y la evolución requieren que todos muramos y seamos reemplazados, y que la muerte puede ayudar a dar valor y sentido a la vida.

"ESOS MILLONARIOS QUE QUIEREN VIVIR PARA SIEMPRE HAN PERDIDO LA CABEZA. ES COSA SUYA, PERO ESTÁN ENGAÑANDO A MUCHA GENTE QUE CREE QUE SE PUEDE ALARGAR LA VIDA FÁCILMENTE"

Me cuenta, sin embargo, que la pasada madrugada lo han despertado pensamientos sobre su propia mortalidad. ¿Acaso escribir el libro no le ha servido de nada? «Oh, sí que ha servido. Empecé a escribir sobre cómo superé mi miedo a la muerte. Y entonces me di cuenta de que, en realidad, no lo he superado. Simplemente lo he aceptado».

¿Y no le preocupa que, al publicar el libro, la Policía investigue la muerte de su paciente de 65 años ocurrida hace cuatro décadas? «No lo creo —replica—. Y, si lo hacen, espero que muchos médicos salgan y me apoyen en lugar de esconderse». ¿Como esa escena de *Espartaco*?, le comento. «Sí. Espero ser Espartaco o, mejor dicho, espero que todos los demás lo sean». ■

La carrera italiana de las **renovables españolas: "Para entrar ya es tarde"** página 8

L'Oréal, el laboratorio de la **belleza: "Nos tratan peor que a las farmacéuticas"** página 20

La IA divide al mundo en **dos mitades: la eufórica y la olvidada** página 31



"Recuperaremos lo perdido en Muface en 2030. El deterioro de la sanidad pública impulsa la privada"

FERNANDO CAMPOS
CEO de DKV
(PÁGINA 14)

ACTUALIDAD ECONÓMICA

Desde 1958 | La revista de economía de El Mundo. Nº: 3.295. Semana del 19 al 25 de julio de 2026



"Que el 40% de las consultas a ChatGPT estén relacionadas con temas médicos es un dato que asusta"

FERNANDO CAMPOS

El consejero delegado de DKV Seguros habla del reto demográfico que enfrenta el sector y prevé seguros 'a la carta' según las necesidades vitales del cliente

Por **Laura de la Quintana**
Fotografías de **Sergio González Valero**

Tip@s de interés
Fernando Campos, CEO de DKV Seguros

DKV mira hacia adelante en plena transformación del sector y con el reto demográfico como un contexto cada vez más apremiante. Es la quinta aseguradora de salud en España por cuota de mercado, tras *descolgarse* una posición en el ranking por decir 'no' al Gobierno y abandonar Muface, la *mutua* de los funcionarios públicos, hace un año y que les generó, incluso, pérdidas. La aseguradora perteneciente a Ergo, a su vez propiedad de Munich Re, tiene sobre la mesa un plan estratégico a 2030 en el que aspira a volver a recuperar los dos millones de clientes en España y lo hará bajo una nueva marca, ya operativa a finales de 2027, cuando adoptará el nombre de Ergo que ya rige en la mayoría de los mercados del grupo asegurador alemán.

Fernando Campos es consejero delegado de DKV Seguros desde abril de 2024. Nos recibe en la sede de la aseguradora, a la vuelta de la esquina del Hospital San Rafael de la capital, de gestión privada, y con una reconocida revista de finanzas y fortuna sobre la mesa de café de su despacho, llena de marcadores de colores con artículos pendientes de lectura. DKV viene de presentar unos resultados récord en España, tras soltar lastre con Muface, con un beneficio neto de 55 millones de euros en 2025, tres veces más que el año anterior.

Pregunta. Todas las aseguradoras, incluso aquellas que no estaban allí, están poniendo mucho esfuerzo en crecer en el seguro de salud, ¿no le parece?

Respuesta. Bueno, ahí influyen varios factores. El primero es que este año podríamos pasar a autos como ramo más importante en España en primas [dentro de No Vida]. Dos, influye todo el deterioro de la sanidad pública; y tres, también el enorme interés de la gente joven y en la población en general por todo lo relacionado con la salud y lo saludable hace que se vea como el ramo con más potencial de crecimiento y con más futuro.

P. ¿Y DKV está bien posicionada en el ranking para beneficiarse de todo ello?

R. Estábamos cuartos [tras Adeslas, perteneciente a Mutua Madrileña y CaixaBank, Sanitas y Asisa], pero ahora al salir de Muface hemos perdido una posición en el ranking, pero nos mantenemos en el 'top 5' entre los que tenemos algo más del 72% de cuota en España. Es un sector muy concentrado en la parte de arriba, pero luego superatomizado entre las compañías más pequeñas, con más de 80 nombres inscritos en la Dirección General de Seguros.

P. ¿Cómo valora la salida de Muface?

R. Por ponerlo en contexto, para nosotros fue un impacto enorme porque era el 20% de nuestra cartera. Nosotros liderábamos la conversación desde el principio, al decir que si no cambiaban las condiciones en distintos elementos, no solo en lo que respecta al precio, no nos interesaba seguir. La duración de los contratos era otro elemento clave, al ofrecer periodos muy extensos que con la volatilidad que hay y una inflación médica muy difícil de predecir, entendimos que nuestro grupo, la mayor asegurada del mundo [Munich Re], no tiene necesidad de verse atada a contratos de tanta duración. Al final han salido contratos por tres años y nosotros queríamos ir revisándolo año a año. El contrato anterior fue deficitario y nosotros al final tomamos la decisión estratégica de centrarnos. Ahora nuestro mix de cartera es 50% de individuales y 50% colectivos.

P. ¿Y cuándo recuperarán ese 20% de clientes 'perdidos' de Muface?

R. 2030 es el plazo. Antes de la salida de Muface llegamos a los dos millones de asegurados y a los 1.000 millones de euros en primas. El objetivo del plan estratégico es volver a recuperar eso, pero con otro mix, ya sin funcionarios, y con mucha mayor rentabilidad, por eso hablamos de calidad.

P. ¿Cuántos asegurados tienen?

R. 1,75 millones de asegurados y somos 90% salud y en un 10% de la actividad hacemos otras cosas, principalmente el ramo de decesos. Ahora lo que queremos es crecer en los dos segmentos en los que operamos y hemos cambiado la estrategia de volumen –que es a lo que se ha estado jugando hasta ahora– a valor, servicio, experiencia de cliente diferenciada, tener mejor cuadro médico...

P. Diría que en tiempos de bonanza económica, como es el actual, ¿la gente contrata más seguros de salud?

R. Efectivamente. La discusión que hay en nuestro ramo es sobre si estamos llegando ya a un nivel de aseguramiento máximo, con el 26% de penetración del seguro de salud en España. ¿Cuáles son los *drivers* de esa demanda? El deterioro de la sanidad pública, la renta disponible de las familias y lo que hablábamos antes de una tendencia por lo saludable que está detrás.

> "Muface era el 20% de nuestra cartera. No nos interesaba seguir y no solo por una cuestión de precio"

P. Si nos comparamos con Europa, ¿los españoles recurren más a seguros de salud privados?

R. Estamos con una penetración muy alta comparada y, sin embargo, con un coste medio de las pólizas muy bajo y ahí se espera que las primas tiendan a subir.

P. Entonces, aquí el seguro de salud es más económico...

R. Algunos estudios hablan de que son, respecto a países comparables (como Alemania, Francia e Italia), un 50% más baratos. Pero el tema no es solo si son más económicos, sino que el *value for money*, la calidad de los seguros en España y del sistema sanitario en general, es muy buena. La clave de esto es mantener el equilibrio: nos interesa un buen sistema público y unos buenos servicios privados que lo complementen.

P. Otra realidad de los últimos años es la de una inflación galopante que ha restado poder adquisitivo a los españoles. ¿Diría que han empezado a recortar en seguros de salud?

R. No, todavía no estamos viendo que la gente esté recortando, pero si seguimos con niveles de inflación médica como los que se prevén, en España están subiendo en torno al 7% y para el sector europeo se espera el 9%-10%, esto terminará por afectar mucho porque la renta disponible de las familias no crece igual.

P. El gran elefante en la habitación es, sin duda, el deterioro de la sanidad pública. ¿Cómo lo están notando en un contexto de envejecimiento de la población o con la llegada de medio millón de personas al año a España?

R. El deterioro de la sanidad pública tiene muchas variables. Uno, la gente que contrata el seguro lo hace para usarlo. Ya no es como antiguamente, que se tenía en un 'por si acaso'... Ha habido un cambio de mentalidad donde se ve más como un servicio que como un seguro. Dos, la sanidad privada en la vertiente hospitalaria, al contrario de lo que determinados políticos creen, se está reforzando muchísimo y lo mejor no tiene por qué estar en la pública. Cada vez se usa más para patologías más graves, con lo cual el coste medio de los siniestros está subiendo porque la gente ya no solo lo utiliza para consultas, para dar a luz... Ahí también se nota el deterioro. Luego, las listas de espera disparadas generan un 'efecto llamada' para contratar un seguro médico, y también hace que la gente ya no pase por la pública, sino que vaya di-



rectamente a la privada. Y, además, yo te añadiría, por poner otro elemento, que hay un porcentaje de la población española que está llegando ya a niveles de poder adquisitivo más altos, donde incluyo a los *high net worth individuals* [personas de alto patrimonio], que demandan cada vez pólizas con mayor cobertura. Sucede también con los médicos. Antiguamente muchos trabajaban en la pública y luego en la privada. Ya cada vez hay más médicos que quieren trabajar solo en la privada.

P. ¿Qué porcentaje de sus asegurados son de esos altos patrimonios?

R. En ese segmento estamos creciendo mucho y es un espacio donde nos sentimos muy cómodos porque son gente que apuesta por el servicio, algo muy importante para nosotros. No tenemos hospitales propios, no te obligamos a ir a nuestros hospitales. La gente con mayor poder adquisitivo lo que más valora es la libertad de elección. No le gusta que le digan dónde ir al médico, dónde operarse o dónde tratarse un tema oncológico.

P. La inteligencia artificial en medicina presenta proyectos sorprendentes. ¿Dónde está DKV en todo este proceso?

R. Los seguros de salud y la empresa farmacéutica son los *players* del ecosistema sanitario más avanzados, más que los hospitales, mucho más que otros segmentos. El 40% de las consultas a ChatGPT están relacionadas con temas médicos. Es un dato que asusta un poco por aquello del autodiagnóstico, del paciente hiperinformado e hiperdesinformado al mismo tiempo. El cliente demanda la IA. Nosotros lo tenemos como una palanca muy importante en nuestro plan estratégico y tenemos muchas iniciativas en marcha. A nivel sectorial [Campos es también presidente del IDIS, el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad] la implantación es muy desigual. Los datos dicen que el 65% de las aseguradoras europeas ya usa IA generativa y el 23% prevé utilizarla en tres años. Estamos en una fase bastante avanzada. En la parte de automatización, de *front office*, nosotros tenemos ocho agentes desplegados y siete en desarrollo, para la entrada de datos, el enrutamiento, la gestión de siniestros, etcétera. Luego está la parte de experiencia de cliente: cómo puedes mejorarla con coberturas en tiempo real, menos fricción, el adelantarte a cuál va a ser el punto de dolor de un cliente. Otro dato que me parece alucinante es que el 65% de los clientes potenciales utilizan la IA para informarse sobre cuál es el mejor seguro o cuál tiene el mejor cuadro médico.

P. ¿Y a nivel de aplicaciones concretas para vuestro cliente?

R. Sí, la parte de prevención es muy importante y es donde está habiendo muchísimos avances. Hemos llegado a un acuerdo con una compañía, IA First, que mide la presión arterial con una foto de tu cara con un nivel de precisión bastante alto.

P. ¿Cómo de avanzados están este tipo de herramientas o servicios en el sector?

R. Está tan avanzado como la regulación lo va permitiendo. Todavía la regulación está poniendo muchos, muchos frenos. China y Estados Unidos están en la carrera y están totalmente desregulados y en Europa estamos regulando muchísimo. Entonces va a ir mucho más lenta toda esa parte.

> **"Uno de los grandes retos que tiene la sanidad privada es no expulsar a los mayores de los seguros"**

P. Decía antes que el seguro de salud tradicionalmente se ha utilizado para partos, entre otras cosas. Ustedes acaban de lanzar una iniciativa vinculada precisamente a embarazos y en salud postnatal.

R. Es cierto que el seguro de salud tradicionalmente se ha contratado mucho por familias jóvenes esperando un embarazo, por ello, un porcentaje muy alto de los partos se hace en la sanidad privada. Estamos fomentando dar altavoz y dar plataforma a soluciones que van surgiendo con IA o con digitalización en general para ayudar a todo lo que es la madre gestante. Hemos lanzado un programa de innovación abierta donde lo que vamos a hacer es acelerar empresas que tengan soluciones interesantes.

P. En cuanto al envejecimiento de la población, que al final es una tendencia, incluso es una tendencia de inversión en muchas partes del mundo. ¿La sanidad privada está preparada para el reto que se viene? ¿Cómo será el futuro de la sanidad si puede, de alguna manera, proyectarlo unas décadas más allá?

R. Nosotros tenemos un posicionamiento de responsabilidad que consiste en que no echamos a la gente [del seguro] por edad, algo que otros sí lo hacen y esto ya te marca una línea. No expulsamos a la gente de las pólizas. Nuestras pólizas son vitalicias. Estamos estudiando posibles productos que puedan ayudar a ese envejecimiento y a las personas de mayor edad, pero es uno de los grandes retos que tiene la sanidad privada en general: no expulsar a las personas mayores del sistema. Cuan-



do ves las curvas de gastos es verdad que a mayor de edad, mayor gasto, esto es innegable ¿no? Y la pregunta es: Oye, cuando vivamos 105 o 120 años (ya hay quien dice que ha nacido el niño que va a vivir 140 años), ¿cómo va a ser el sistema? Es uno de los grandes retos que tienen los seguros de salud, pero no te puedo decir que le hayamos puesto 'el cascabel al gato'. Nosotros hemos empezado por tener un compromiso de póliza vitalicia, que ya es bastante. Por lo demás, seguimos viendo fórmulas. Al final lo que hay que intentar es que la gente llegue a edad avanzada con el mejor estado de salud posible. Antes se hablaba de *lifespan*, la esperanza de vida, y ahora se habla de *healthspan*, esperanza de vida saludable. Vamos a vivir más años, pero la pregunta es con qué salud.

P. Hay bancos que, por ejemplo, bonifican más el dinero en cuenta si se hacen determinados pasos al día, por ejemplo. ¿Entiende que los seguros de salud medirán más parámetros a la hora de calcular las pólizas de sus asegurados en este entorno de personas cada vez más mayores?

R. Nosotros hablamos de prevención, de guía, de productos segmentados. En España podría decirse que ha habido un poco de 'café para todos'. Es el gran problema que hemos tenido y que me lleva a que cuando yo me siento en una cena con amigos siempre hay quien dice que los seguros de salud son todos iguales. Eso es un drama. Es como decir que los seguros de autos son todos iguales, y lo son hasta que pasa algo y tienes que llevar el coche al taller y te das cuenta de que uno lo tiene concertado y otro no. Nosotros tenemos concierto con 97 de los 100 mejores hospitales privados de España [los tres restantes pertenecen a un grupo sanitario].

P. Y en ese 'café para todos', ¿cree que en el futuro la gente va a elegir aseguradora en función de determinados servicios?

R. Por supuesto. En base a la prevención, cómo incorporas la innovación, nuevas técnicas o productos específicos para colectivos. Tener telemedicina desarrollada o no, ir a determinados hospitales *premium*, soluciones de bienestar y soluciones aseguradoras evolutivas, que van cambiando con tus necesidades en función de dónde estás en tu momento vital.

P. ¿Y a nivel de salud mental? Cada vez son más las voces políticas que hablan de la necesidad de reforzar este ámbito en la sanidad pública. ¿Lo ve realista en este momento?

R. En España la mayor parte de la salud mental está en el lado privado, no está en la pública, pero la salud mental que cubren los seguros está relativamente limitada, es decir, son un determinado número de días de hospitalización psiquiátrica y en la parte psicológica se cubren determinado número de sesiones. Ahí hay dos fuerzas, por un lado, la pública no cubriendo esta necesidad y no desarrollando alternativas que den cobertura a la enorme oleada de problemas de salud mental que existen; y por otro, los seguros de salud intentando ver cómo vas cubriendo esto, que es un *tsunami* a nivel de gastos. No hay que olvidar que todo esto está muy relacionado también con el envejecimiento. A mayor edad, mayores problemas, no ya de salud mental, como se entiende en términos genéricos, sino por problemas de deterioro cognitivo, por ejemplo. Todo eso es salud mental también.

P. ¿Diría que es la mayor 'pandemia', si me permite la expresión, a la que se enfrenta el sector privado?

R. No para los seguros médicos, pero sí se habla de la salud mental como una pandemia. Va a ser un problema porque hay mucho más. También entra dentro el uso de nuevas tecnologías y el impacto que está teniendo en la salud mental, y su incorporación a edad temprana. Todo eso va al mismo lado, va a salud mental que la pública no cubre.

P. ¿Se han planteado la posibilidad de hacer una suerte de *joint venture* con el Estado para ayudarles en esa asistencia? ¿Diría que se está barajando?

R. Nosotros, en nuestro caso, no. Desde el IDIS defendemos la colaboración público-privada en España porque entendemos que los grandes problemas requieren de esa colaboración. En el tema de salud mental no está funcionando, no hay grandes iniciativas y lo poco que existe, que son los hospitales públicos de gestión privada, depende de las comunidades autónomas y la tendencia es a menos y depende, claro, de la ideología del gobierno. ■

DKV, EN CIFRAS

Beneficio. La aseguradora ganó 54,6 millones de euros en 2025, cerca del triple que el año anterior, gracias a una mejor eficiencia del negocio.

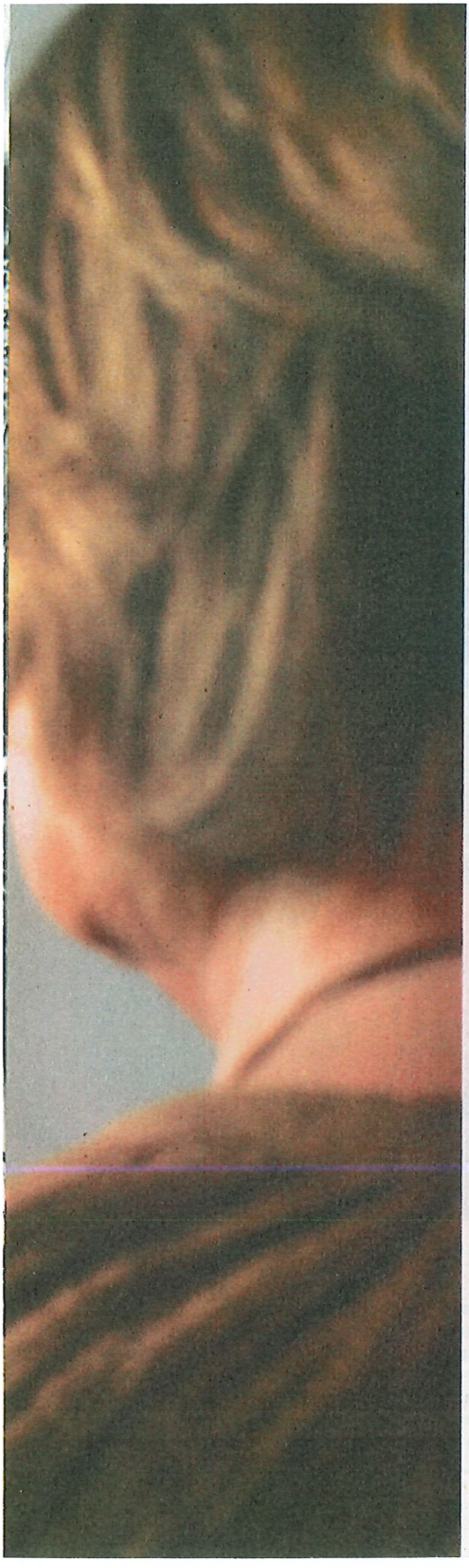
Primas. Cerró 2025 con 945 millones de euros en primas, un 7,5% menos, "impactada por la salida de Muface", según reconoció la compañía.

Asegurados. DKV cuenta con 1,75 millones de clientes en España y es la quinta aseguradora por cuota de mercado, por detrás de Adeslas, Sanitas, Asisa y Mapfre.

220 oficinas. El objetivo es más que duplicar las 100 actuales en un periodo de cuatro años. Colaboran con 97 de los 'top 100' hospitales privados de España.

Pérdidas. DKV y Asisa reclaman más de 200 millones de euros en pérdidas sufridas por su cobertura a Muface entre los ejercicios 2022 y 2025.





LA VIDA CON EL ROSTRO DE OTRA

"No soy yo, pero fea no me veo"

UNA BACTERIA LE NECROSÓ LOS TEJIDOS DE LA CARA Y LA EXPULSÓ DEL MUNDO. PERO CARMEN QUERÍA VOLVER A VIVIR Y SER ELLA MISMA, AUNQUE FUESE CON EL ROSTRO DE OTRA MUJER. SU EXPERIENCIA ES EXTRAORDINARIA. SOLO A SEIS PERSONAS EN ESPAÑA, 54 EN TODO EL MUNDO, SE LES HA PRACTICADO UN TRASPLANTE DE CARA. EN SU CASO, ADEMÁS, ES LA PRIMERA VEZ QUE PERTENECE A UNA DONANTE A LA QUE SE LE PRACTICÓ UNA EUTANASIA.

POR
ISABEL NAVARRO

FOTO:
VICENS GIMÉNEZ

DR. JOAN-PERE BARRET

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y QUEMADOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON Y RESPONSABLE DE TRES TRASPLANTES DE ROSTRO

"Una cara es lo que somos, no guapos o feos, sino lo que transmitimos: afecto, miedo, cariño..."

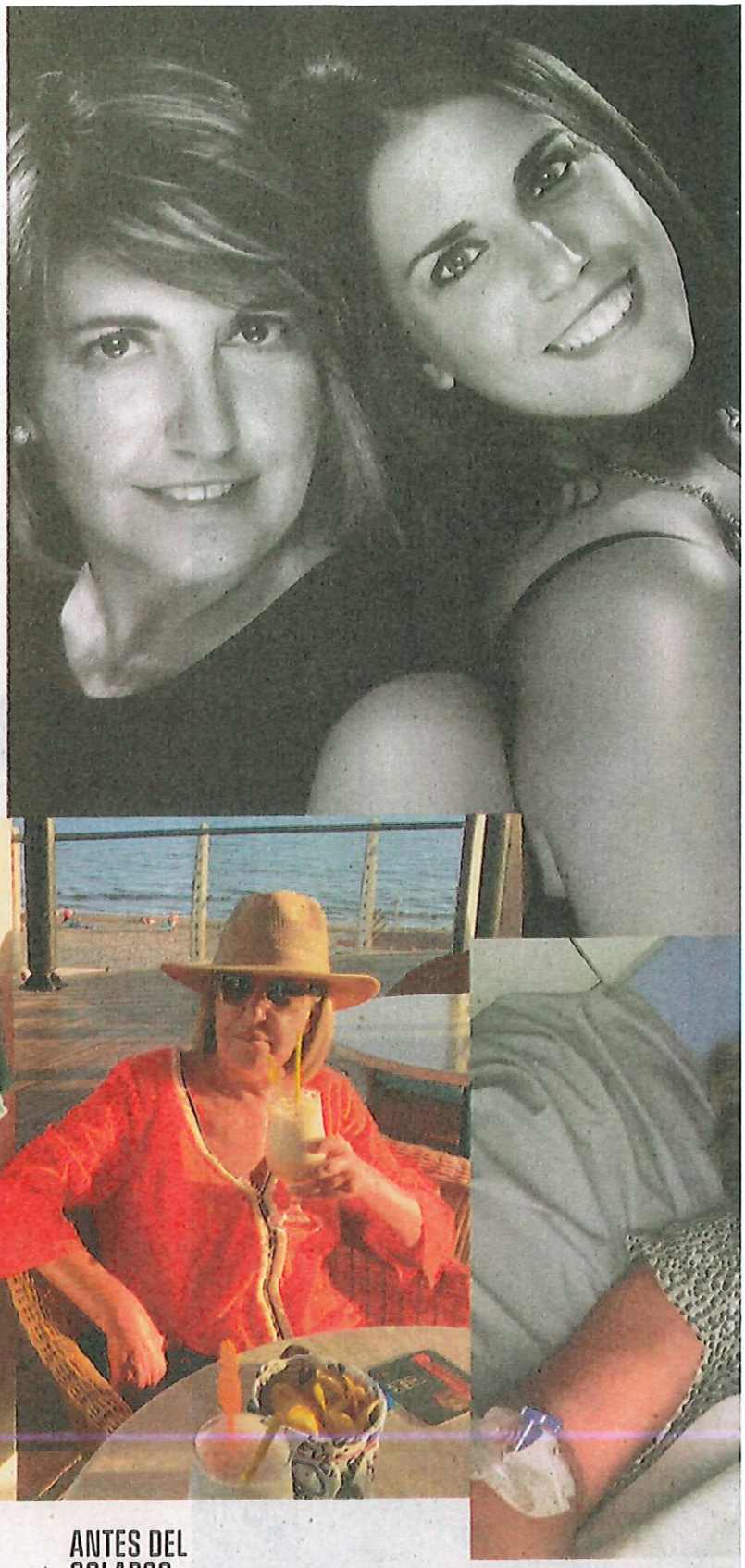
De niño, el doctor Barret fabricaba sus propios juguetes. Quería ser carpintero, como su padre, hasta que empezó a fascinarse por el cuerpo humano y encontró su otra vocación. «A mí me gusta creer que a todos nos dan una especie de destino, y a mí me llevó a ser médico». Aprendió a hacer injertos, todavía lo recuerda, el 2 de enero de 1992, cuando en su primer día de residencia le pusieron en el quirófano ante un quemado y le dijeron: «Hazlo». Desarrolló su carrera en Estados Unidos («donde en un par de años avanzas profesionalmente lo que en otros países en una década»); a principios de los 2000 en Londres estuvo inmerso en una investigación para llevar a cabo el trasplante de cara. «Entonces estaba todo muy efervescente, no se había hecho todavía el primero, pero ya estábamos buscando la manera». Y en su etapa holandesa tuvo como maestros a pioneros de la microcirugía. Cuando al fin volvió al Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, lo hizo como jefe de servicio: en 2010 lideró el primer trasplante total de rostro del mundo; en 2015 realizó el segundo trasplante en el centro, el primero a nivel mundial en asistolia controlada; y en septiembre de 2025 operó a Carmen Gil, el primer trasplante de cara del mundo utilizando a una donante que recibió la eutanasia. «Los avances e innovaciones en cirugía siempre se acaban dando como respuesta a las necesidades de los enfermos. Te llega un caso y empiezas a buscar. Primero todo es teoría, luego todo está preparado y poco a poco la cosa se pone más seria. En el momento de la verdad, el primer sorprendido es uno mismo cuando de repente miras hacia atrás y ves que todo el mundo te sigue. El equipo no sabe si va al barranco o a la gloria, pero te sigue...». El trasplante de Carmen, por ser parcial y por todas las facilidades que había dado la donante, se resolvió en 16 horas, pero el que hizo en 2010, el primero, duró 27 horas. Entre Carmen y él se ha establecido una relación muy cercana, y una de las cosas que más agradece de Barret, al que a veces llama «Leonardo da Vinci» y otras «dios», es su cercanía. «Los médicos tenemos que ser profesionales, que no fríos —acota Joan-Pere—, pero luego volver a ser emocionales cuando estás ante el paciente dándole explicaciones. A veces dar un abrazo es importante. Yo recuerdo a pacientes por los que no he podido hacer nada pero me han dado las gracias por haberles escuchado o me han dicho: 'He visto a 20 médicos en cuatro años y usted es el primero que me da la razón'». Por su forma de ver el mundo y la medicina entiende muy bien que una cara no 'solo' sirve para proteger el ojo o poder comer, también «para reconocernos, para expresar afecto, miedo, cariño. Realmente una cara es lo que somos, no guapos o feos, sino lo que transmitimos». Con respecto al sentido del humor y el carácter de Carmen para tomarse su desgracia, Barret es un científico y, sin embargo, no se arredra a la hora de hablar de intangibles: «Creo que a veces es el destino que te busca. Hay personas a las que les pasan cosas para que luego puedan hacer otras, como forma de devolverlo a la sociedad. Seguro que conocer la historia de Carmen les da esperanza a otros que en este momento están sufriendo».



Todo empezó con una araña. Pequeña, intrascendente. Una araña de piscina. Carmen se la quitó de la pierna de un manotazo. Era el 15 de julio de 2024 y ella y su marido estaban de vacaciones en Las Palmas. El tiempo canario era perfecto, suave, la bebida estaba fría, disfrutaban del *dolce far niente* y de los amigos. «Yo es que siempre he sido muy disfrutona —recuerda dos años después con un nuevo rostro y un cuerpo sellado por las cicatrices—. Quiero vivir, siempre he querido vivir. Me gusta salir, divertirme. Por eso estoy aquí y por eso no estoy muerta».

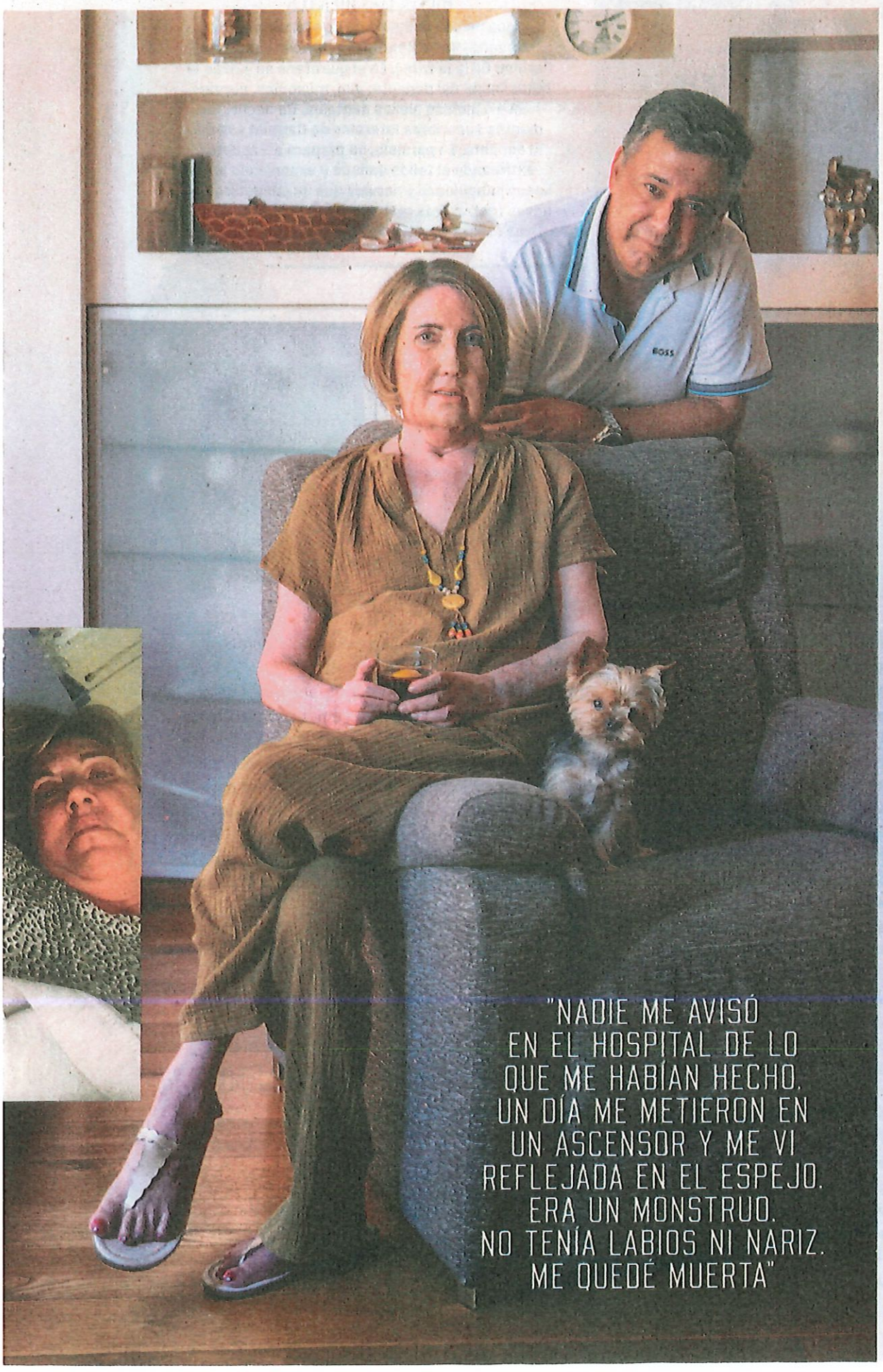
La araña que le picó no era venenosa, pero le transmitió una bacteria llamada *Vibrio vulnificus*, conocida por sus consecuencias más funestas como la bacteria 'comecarne'. «En ese momento no sentí nada especial. Solo era una picadura. Tardé varios días en empezar a notar los síntomas». Carmen tenía el sistema inmunitario hundido y esa fue la razón de que una bacteria que en otras personas podría haber sido inocua, en ella tuviera un efecto devastador que desencadenó un proceso de fascitis necrosante. De repente su propio cuerpo empezó a atacarla. Fiebre alta, debilidad. Confusión. Los órganos fallaron en cadena. Tensión baja. Corazón taquicárdico. Angustia. Desconcierto. ¿Qué estaba pasando?

Hasta dos veces la mandaron a casa del hospital diciéndole que no tenía nada. Pero cuando el doctor Marcos Granados —jefe del Servicio de Urgencias y Cuidados Intensivos del Hospital San Roque— la vio entrar, se dio cuenta de que estaba en situación de *shock* séptico y la llevó a la UCI sobre la marcha. Las últimas palabras que recuerda antes de caer en el sopor de la inconsciencia fueron las del médico cubano diciéndole: «Carmen, para salvarte la vida te tengo que dormir». →



ANTES DEL COLAPSO

En la primera imagen: Carmen Gil junto con su hija Brenda. En el centro: durante las vacaciones en Canarias del verano de 2024, unos días antes del contacto con la bacteria 'comecarne'. Sobre estas líneas: tras la picadura, una de las veces en que fue al hospital y la mandaron a casa porque «todo estaba bien».



"NADIE ME AVISÓ EN EL HOSPITAL DE LO QUE ME HABÍAN HECHO. UN DÍA ME METIERON EN UN ASCENSOR Y ME VI REFLEJADA EN EL ESPEJO. ERA UN MONSTRUO. NO TENÍA LABIOS NI NARIZ. ME QUEDÉ MUERTA"

«ES EL AMOR DE MI VIDA»

Carlos, el marido de Carmen –que se dedica con ella al negocio de las clínicas dentales–, ha estado en cada paso: el *shock* séptico, el coma, las diversas UCI en Canarias; el viaje a Barcelona en avión medicalizado; el trasplante; las complicaciones, la neumonía; los días buenos, los malos y los peores... «A él le llegaban todas las malas noticias», dice Carmen. «Yo pensaba que me iba a volver loco», contesta él.

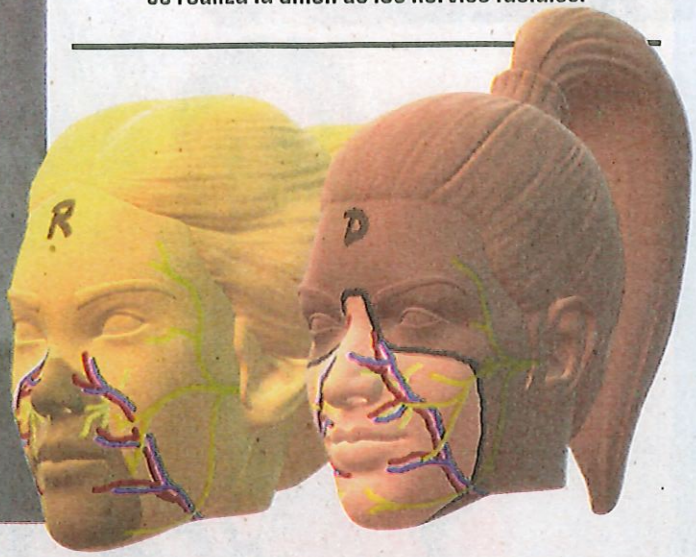
En la imagen, en su casa, junto con su perro Coco.

Además del rostro, los cirujanos han reconstruido los dedos de los pies de Carmen, que también perdió por culpa de la bacteria.



HASTA LOS DIENTES

Cinco meses después de la intervención, el Hospital Vall d'Hebron presentó el caso de Carmen Gil (a la izda.). En el quirófano se extrae el tejido facial del donante: piel, músculos, nervios, hueso e incluso piezas dentales. De hecho, los dientes superiores laterales de Carmen son de la donante. En paralelo, se prepara al receptor, extirpando el tejido dañado y exponiendo los vasos sanguíneos y nervios que se conectarán al nuevo rostro. Tras restablecer el flujo sanguíneo, se realiza la unión de los nervios faciales.



Pero en aquel instante el doctor, con décadas de experiencia a sus espaldas, no estaba seguro de que aquella mujer de 59 años tuviera realmente alguna oportunidad de salvarse.

«La dormimos, la intubamos...: —explica Granados—. Cuando hay un *shock* séptico refractario se produce una apoplejía de todo tu sistema inmunológico, renal, respiratorio, neurológico... Todos los órganos de Carmen habían claudicado y necesitaba diálisis continua».

A Carlos, su marido, le dijeron que podría fallecer en las horas siguientes y debía prepararse para lo peor. Pero la paciente aguantó viva las primeras tres horas críticas; después las siguientes siete horas críticas y las doce. A partir del cuarto día sus riñones, pulmones y corazón se reiniciaron muy lentamente. Al séptimo día, el doctor Granados le practicó una traqueotomía.

A Carmen le suministraron en la UCI grandes dosis de antibióticos, pero también noradrenalina y vasopresina, que unidos se potencian mutuamente para elevar la presión arterial y garantizar que la sangre llegue a los órganos. Aquellos medicamentos la ayudaron a mantener sus signos vitales, pero al mismo tiempo fueron 'cegando' de oxígeno sus tejidos más frágiles, es decir, la piel y el pulpejo, la parte blanda de manos y pies. Lo que, según Granados, contribuyó a que se quedase sin nariz, sin labio superior, sin paladar... y perdiese tres dedos de un pie y dos del otro.

Mientras ella dormía, su marido iba recibiendo malas noticias y amenazas de amputaciones. De carácter fuerte y voluntad hiperactiva, Carlos movía cielo y tierra por lograr que su mujer fuese trasladada a un hospital de la península con más medios, y el 5 de septiembre, por fin, un avión medicalizado llevaba a Carmen a Barcelona.

Pese a la sedación, la paciente recuerda algunas imágenes de aquel viaje, y solo seis →

"NO QUERÍA INJERTOS, SINO UN TRASPLANTE. YO QUERÍA VIVIR COMO ANTES. COMER, SALIR, ACHISPARME, TOMAR UN CAFÉ, PASEAR POR LA PLAYA. PREFIERO 10 AÑOS VIVIDOS PLENAMENTE QUE 20 MALOS. LO TUVE MUY CLARO"



UN ROSTRO NUEVO

Hoy, el aspecto de Carmen es cada día más natural porque un trasplante de cara mejora con el tiempo gracias a la reinervación continua (los nervios tardan meses en reconectarse y madurar) y a la adaptación progresiva de los tejidos del donante a la estructura ósea y muscular del receptor, lo que devuelve la capacidad de gesticular y una apariencia más natural.

días después, el 11 de septiembre, salía oficialmente del coma.

Cuando despertó, pesaba 41 kilos. Había perdido toda su musculatura y no podía mantenerse de pie. En la UCI del Hospital Clínic le hicieron lo que técnicamente se llama 'el desbridamiento', que es la eliminación de tejido muerto, dañado o infectado de las heridas.

«Yo me notaba unos esparadrapos en la cara que me iban cambiando, pero no tenía ni idea de qué me había pasado. Nadie me dijo nada. Nadie me avisó —recuerda Carmen todavía con un gesto de dolor—. Un día me pusieron en una silla de ruedas y me metieron en un ascensor que tenía un gran espejo. De repente me vi y me quedé horrorizada. Era un monstruo. No tenía labios ni nariz, además tenía una calva enorme. Me quedé sin aire y le dije al celador que necesitaba volver a la habitación. Me impactó mucho porque nadie me había preparado, nadie me dijo: 'Oye, vamos a hacerte esto o lo otro'. Nadie. Aquel fue un momento muy duro para mí».

En diciembre de 2024, utilizando el derecho de todo paciente a tener una segunda opinión, Carmen Gil (que en aquel momento todavía no podía ingerir alimentación por boca, se le caía la baba y tenía problemas para hablar) se reunió por primera vez con el doctor Joan-Pere Barret, jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Estética, Reparadora y Quemados del Hospital Universitario Vall d'Hebron y responsable en ese momento de dos de los cinco trasplantes faciales que se habían hecho hasta la fecha en España.

En la visita, donde la acompañaban su hija Brenda y su marido, Carlos, el doctor Barret fue claro y didáctico con respecto a sus opciones: la primera es no hacer nada; la segunda, la reconstrucción a través de cirugía plástica reparadora con injertos del propio cuerpo, que

"ESTOY PRACTICANDO PARA DAR BESOS HACIA FUERA, PORQUE DE MOMENTO SOLO ME SALEN HACIA DENTRO, PERO AUN ASÍ YO BESO COMO PUEDO. A MI HIJA LA HINCHO A BESOS"

conllevaría varias operaciones, años y la no recuperación completa de la funcionalidad; y la tercera, el trasplante de cara, para lo que tendría que aparecer una donante, y cuyo proceso conlleva ciertos peligros, incluida la muerte, como ilustra el caso de la francesa Isabelle Dinoire.

El primer trasplante de cara parcial de la historia se realizó en noviembre de 2005 en el Hospital Universitario de Amiens (Francia). La paciente, Isabelle Dinoire, había sufrido lesiones tras una mordedura de su perro y su nuevo rostro ocupó las portadas de medio mundo. Desde entonces se han realizado 54 trasplantes de cara, pero Isabelle Dinoire sobrevivió apenas once años a su trasplante. ¿Por qué?

«Una de las causas de su muerte fue un cáncer de útero por la inmunosupresión (la medicación para evitar el rechazo) —explica Barret—. Pero el motivo final fue que al dejar esa medicación se produjo una necrosis del tejido trasplantado».

Carmen no quería injertos y era consciente de los peligros, pero no dudó en elegir el trasplante, pese al caso de Dinoire. Lo cuenta con su habitual sentido del humor: «Yo no quería 'chorizos' en la boca. Con los injertos puedes entrar más de doce veces en el quirófano y no quedar bien. Yo quería vivir como antes. Comer, achisparme, tomar un café, salir a pasear por la playa. Prefiero 10 años vividos plenamente que 20 malos. Lo tuve muy claro. Desde que conocí a Barret, me sentí en buenas manos. Nunca tuve miedo. De hecho, cada vez que entro en el hospital y pregunto por él, digo: '¿Ha venido ya Dios?'».

El doctor es tímido y se ruboriza con los comentarios medio en broma (pero solo medio) de su paciente. ¿Qué siente cuando lo llaman 'Dios'? «Sencillamente, me siento abrumado, porque creo que no hago más que lo que sé hacer y al mismo tiempo sé que siempre se puede hacer mucho mejor».

A Carmen le gusta bromear con Barret y dejarlo desconcertado. «A veces le pregunto cómo es que no me operaron los pechos con la cantidad de gente que había en el quirófano y las 16 horas que dedicaron a mi trasplante —dice con guasa—. La primera vez me miró como diciendo: '¿Pero va en serio, Carmen?'».

Ella se ríe con ganas, un poco hacia dentro, porque todavía no puede abrir mucho la boca.

"ELLA QUERÍA DONAR SU CARA"

Carmen nació en Sant Andreu del Palomar, un barrio de Barcelona que todavía tiene trazado y carácter de pueblo, con sus tiendas tradicionales y sus bares congelados en la década de los setenta. Conoció a su marido cuando tenía 16 años en una discoteca. Carlos era *disc-jockey* y primero se fijó en su amiga. Llevan juntos desde entonces y se han ganado la vida en el negocio de las clínicas dentales. Tienen una hija de 34 años, un piso con dos terrazas y un perro yorkshire que se llama Coco. Han ido juntos de crucero 22 veces. Desde que entró a la UCI en Las Palmas, Carlos no se ha separado de ella. «Con él encontré al amor de mi vida, pero cómo lo hice no lo sé. En esto del amor no hay secretos: o funciona o no funciona».

El carácter y la resiliencia de Carmen también fueron cruciales para considerarla una candidata óptima para el trasplante, ya que no solo se evalúan las condiciones físicas del paciente, sino la fortaleza psicológica para mirarse en el espejo y no reconocerse.

Ahora, ante ese espejo, ¿qué es lo que ve? Carmen duda un momento antes de contestar: «No soy yo, pero soy yo. Siempre he tenido unos ojos muy expresivos, así que me reconozco por la mirada, pero ni la nariz ni la cara ni la boca son mías».

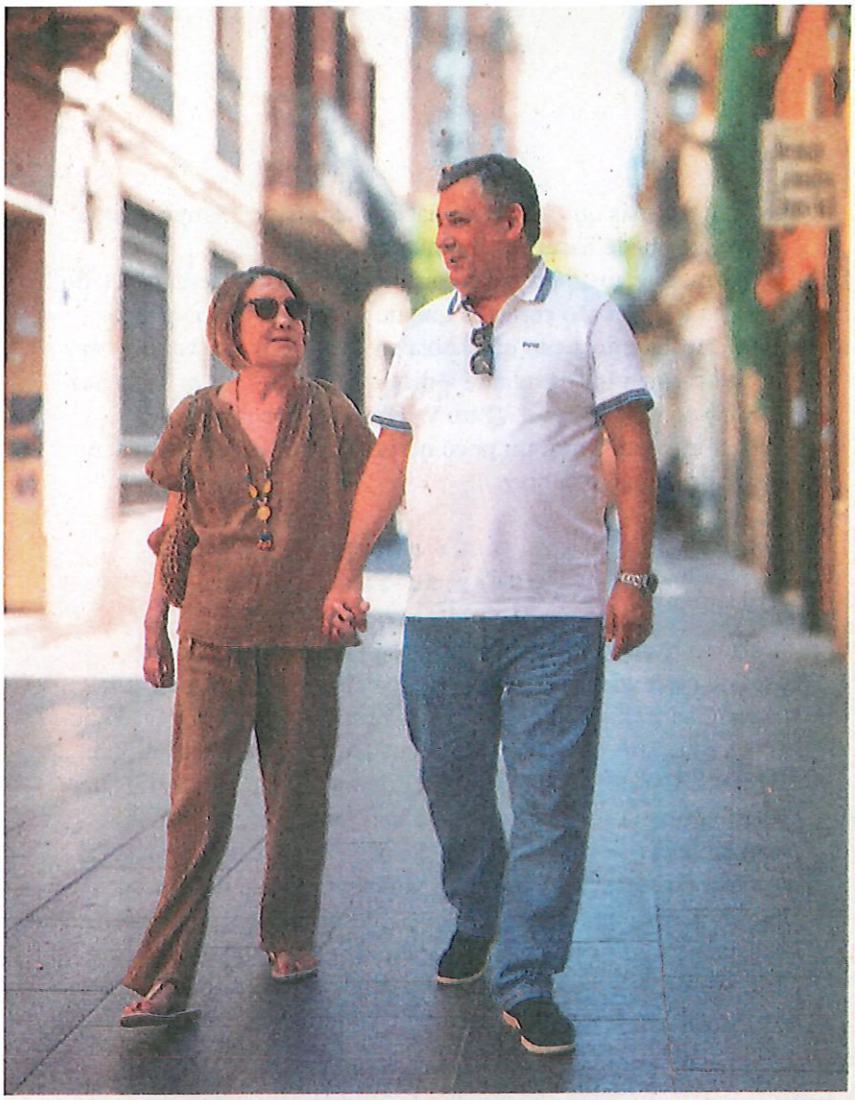
En realidad sí lo son, pero antes fueron de otra. De ella: la donante anónima, cuyo nombre e historia desconocemos, aunque tengamos delante, en Carmen, sus labios perfectos.

El doctor Barret la conoció en persona y conversaron. No es lo habitual, pero es la primera vez en la historia que un trasplante de cara se hace con una paciente que ha solicitado la eutanasia, y eso hace que todas las circunstancias previas a la cirugía hayan sido muy especiales.

La Ley de Protección de Datos es estricta en la confidencialidad de los donantes y si el hospital prefiere no darnos la fecha exacta del trasplante es para evitar que a alguien se le ocurra trazar una línea de puntos entre la identidad de la donante y la fecha de su fallecimiento. Se sabe, eso sí, que era una mujer joven.

«Lo que pasó con la donante es una cosa realmente —carraspea Joan-Pere Barret, y se le humedecen los ojos—, quizá, única. Nadie se lo propuso: ella quería donar su cara».

Las circunstancias especiales permitieron que se programara la fecha, que se hicieran estudios antropométricos previos, incluido un estudio digital tridimensional de la estructura ósea. Con



anterioridad se pudo comprobar que entre ella y Carmen todo encajaba: grupo sanguíneo, sexo, tono de piel, medidas...

En la operación (las dos operaciones, la de extracción del donante y la de implantación del receptor) estuvieron involucradas más de cien personas. Los anestesistas (cuatro permanentemente) marcaban el ritmo de la cirugía. Había un ejército de enfermeras y celadores. Cuatro cirujanos operaban a la vez, por turnos. La operación duró 16 horas. «Primero hay que revascularizar la cara; una vez que tenemos el órgano en el receptor, dejar que pase la sangre, ver que funciona bien, y entonces ya empezar a trabajar para retirar los tejidos deformados y hacer el trasplante en sí». Luego viene el trabajo fino. Carmen no deja de repetir que Barret le ha hecho «hasta los gránulos del paladar».

¿Y cómo es ese día después? ¿Qué sintió Carmen?

«La verdad es que no sientes nada, porque estás tan drogada que todo parece irreal. Recuerdo que todo el personal iba con muchísimo cuidado a la hora de moverme la cabeza. Me sentía muy cuidada. Tampoco te has visto, pero notas que tienes más cara. Es una sensación extraña. No te la sabría explicar».

Cinco meses después de la operación compareció en rueda de prensa junto con Barret y el resto del equipo para dar la noticia. «Lo llevé bien, el doctor estaba más nervioso que yo porque tiene miedo escénico». Pero ese día después fue algo más difícil de lo que Carmen había esperado: «Cuando me vi en la portada de los periódicos, en el quiosco de enfrente de mi casa, fue un impacto demasiado fuerte. Me llamaron de las televisiones, pero no quise ir. Ya era demasiado».

> LOS COMENTARIOS EN REDES SON CRUELES. "DECÍAN QUE ME PARECÍA A PUTIN —RECUERDA CARMEN CON GRACIA—. AL PRINCIPIO ME MOLESTÓ, PERO LUEGO PENSÉ QUE ALGO DE RAZÓN TENÍAN"

EL RETO DEL BOCADILLO DE JAMÓN

Además, las redes son crueles (a menudo inhumanas) y había algunos mensajes bajo la noticia que se burlaban de ella. Su marido no podía evitar leerlos. «Decían cosas como: 'Seguro que el marido se ha ido corriendo' o que era tan fea que podía haber elegido otra cara», recuerda Carlos todavía indignado. «También decían que me parecía a Putin —dice Carmen con gracia—. Al principio me molestó, pero luego pensé que algo de razón tenían. Yo fea no me veo».

Uno de los logros de los que más satisfecha se siente es de poder beber: un café, una coca-cola... Antes se le caían, pero con la rehabilitación ha logrado controlar esos movimientos. «Mi próximo reto es comerme un bocadillo de jamón con el pan calentito y tomate, porque aún no abro del todo la boca, y con el pan me haría daño».

¿Y los besos? ¿Puede besar Carmen con esa boca perfecta? «Aunque no lo parezca —interviene Barret—, debajo de ese labio, todo el músculo orbicular, que es el que frunce y proyecta los labios hacia delante, es suyo. Aunque todo lo de fuera, el envoltorio, es trasplantado».

«Estoy practicando para dar besos hacia fuera, porque de momento solo me salen hacia dentro, pero aun así yo beso como puedo. A mi hija la hincho a besos. A mi marido le da un poco de miedo hacerme daño, pero nos besamos. Y a los amigos... también. Lo que pasa es que como estoy con mucha medicación, a veces les digo: 'Bueno, vale ya por hoy: ya tengo el cupo de besos, que sois muchos y con los virus nunca se sabe'». ■