



DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

DICIEMBRE 2024

ENERO 2025

DAME

POR CARLOS MANUEL
SÁNCHEZ

LA MORDEDURA DE UN LAGARTO ESTÁ DETRÁS DEL MEDICAMENTO QUE HA REVOLUCIONADO LA LUCHA CONTRA LA OBESIDAD. NO ES UN CASO AISLADO. DESCUBRE POR QUÉ LAS INCREÍBLES MOLÉCULAS DE LOS VENENOS DE LOS ANIMALES SE HAN CONVERTIDO EN UNO DE LOS FILONES MÁS PROMETEDORES DE LA MEDICINA.

CASCABEL

HINCAR
EL DIENTE

«Como una explosión de perdigones», así describe el biólogo Stephen Mackessy el efecto de su mordedura, que desestabiliza múltiples sistemas a la vez. Esta precisión devastadora podría ser la clave para nuevos tratamientos cardiovasculares. Sus colmillos guardan un veneno que los científicos están aprendiendo a transformar en medicina. ●





VENENO...

SU
INCREÍBLE PODER
REVOLUCIONA LA MEDICINA,
EMPEZANDO POR EL
OZEMPIC

EL MONSTRUO DE GILA ES UN LAGARTO venenoso que habita en el desierto de México. Los nativos le tenían pavor y tejieron leyendas sobre esta criatura tímida que pasa el 95 por ciento de su vida bajo tierra. Pensaban que era capaz de matar lanzando veneno a distancia. En realidad, lo inyecta a través de los dientes, y su mordedura rara vez resulta

letal para los humanos; el veneno es su defensa contra los coyotes y otros depredadores. Y esconde el más lucrativo y sorprendente negocio farmacéutico de la actualidad.

A los científicos les extrañaba otra peculiaridad de este lagarto: su lentísimo metabolismo, que le permite sobrevivir con dos o tres comidas al año, almacenando grasa en su rabo cilíndrico. Esa es la fuente original del milagro que ha revolucionado el tratamiento de la diabetes y la obesidad, y que ya ha convertido a Ozempic en el tercer fármaco que más se vende en el mundo. →



MONSTRUO DE GILA EL QUE NUNCA TIENE HAMBRE

La mordedura de este lagarto del desierto y su veneno se han convertido en la llave que ha revolucionado el tratamiento de la diabetes y la obesidad. Este animal tiene un sistema metabólico tan eficiente que puede pasar meses sin comer. El secreto está en cómo regula sus niveles de azúcar en sangre, una regulación que los fármacos que hoy facturan miles de millones imitan.

La ponzoñosa secreción que fabrica el monstruo de Gila es el ejemplo más exitoso de la venómica, una disciplina que estudia la composición molecular de los venenos y su potencial terapéutico, y que se ha convertido en uno de los filones más prometedores de la medicina. Gracias a los avances tecnológicos, ahora los científicos pueden analizar ínfimas cantidades de veneno y descifrar cada uno

de sus componentes. Y lo que están encontrando es asombroso: una sola tarántula puede producir más de cien moléculas diferentes; algunas especies de arañas y caracoles marinos superan el millar. Este arsenal químico está proporcionando nuevas armas contra el dolor crónico, el cáncer, las enfermedades autoinmunes, los accidentes cerebrovasculares...

Durante siglos, la relación de la medicina con los venenos fue defensiva: desarrollar antídotos. La venómica ha dado un giro a este enfoque: ya no se trata solo de combatirlo, sino de inspirarse en él. El caso del veneno del monstruo de Gila es espectacular. En concreto, de un ingrediente de su veneno. Conviene matizar que los medicamentos actuales no contienen la sustancia tóxica, sino moléculas sintéticas diseñadas en el laboratorio que imitan su estructura y función. Lo que se descubrió fue un péptido. Mientras que la mayoría de los fármacos convencionales se basa en moléculas simples, los péptidos son algo más complejos.

**UNA SOLA TARÁNTULA
PUEDE PRODUCIR MÁS DE CIENTO MOLÉCULAS
DIFERENTES; ALGUNAS ESPECIES DE
CARACOL MARINO SUPERAN
EL MILLAR. TODA UNA BIBLIOTECA
INEXPLORADA**

Estas cadenas cortas de aminoácidos (los bloques de construcción de las proteínas) tienen una historia notable en medicina que comenzó en 1921, cuando investigadores canadienses extrajeron la insulina del páncreas de un perro.

Los péptidos son demasiado grandes para tomarse en pastillas (el sistema digestivo los destruiría) y su vida útil en el organismo es corta, por lo que deben inyectarse. Sin embargo, tienen una ventaja crucial: a diferencia de los medicamentos tradicionales, que suelen atravesar indiscriminadamente las membranas celulares, los péptidos interactúan solo con receptores específicos en las células, como llaves maestras que encajan únicamente en su cerradura correspondiente. Esta precisión disminuye los efectos secundarios.

UN HALLAZGO HISTÓRICO

El péptido en cuestión detectado en el monstruo de Gila fue la exendina-4. A los investigadores les resultaba familiar... Pero tardaron en caer en la cuenta de que se parecía a una hormona humana que regula el azúcar en sangre, aunque con mucha más eficacia. Además, mientras que la hormona humana se degrada rápidamente en el organismo, la versión del lagarto permanece activa durante horas.

La historia de cómo aquel veneno se acabó convirtiendo en el elixir que promete curar no solo la obesidad, sino también las adicciones —→

FARMACIA NATURAL EN EL DESIERTO, EL MAR Y LA SELVA

TARÁNTULA ROSA CHILENA

LA NAVAJA SUIZA MOLECULAR

Es una de las especies más versátiles para la investigación, ya que su veneno contiene más de cien componentes distintos que actúan sobre los canales iónicos de las células, es decir, sobre las 'puertas moleculares' que controlan funciones vitales, desde el latido cardíaco hasta la transmisión del dolor. Estudian sus péptidos como posibles tratamientos para proteger el cerebro durante un ictus. ●

CARACOL CONO

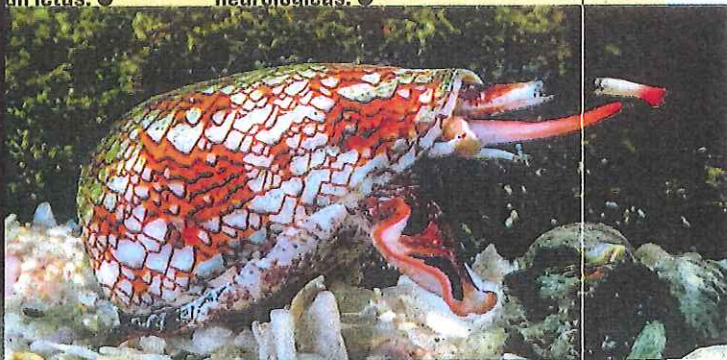
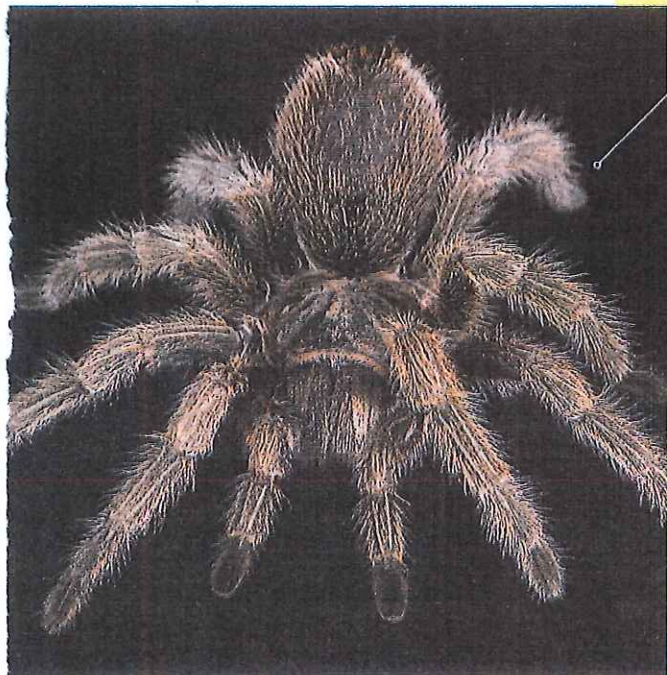
EL ANALGÉSICO PERFECTO

Bajo las aguas del Pacífico, este pequeño depredador marino produce un cóctel de moléculas mil veces más potente que la morfina. Su veneno ya ha dado lugar a un potente analgésico para el dolor crónico severo sin efectos adictivos. Los científicos sospechan que sus más de mil componentes distintos podrían esconder tratamientos para varias enfermedades neurológicas. ●

VÍBORA BRASILEÑA

LA MORDEDURA QUE BAJA LA TENSIÓN

En las selvas de Brasil, esta víbora es muy temida por los nativos. Su mordedura causa una dramática caída de la presión arterial. Precisamente esta característica llamó la atención de los científicos: ¿y si se pudiera controlar ese efecto? En 1981, el Captopril se convirtió en el primer medicamento antihipertensivo basado en un veneno. ●



"EN LA PRÓXIMA DÉCADA VEREMOS SURGIR MEDICAMENTOS REVOLUCIONARIOS DE CRIATURAS QUE NI SIQUERA CONOCEMOS", AUGURA EL EXPERTO GLENN KING

al alcohol y la nicotina, la depresión, el hígado graso o las enfermedades neurodegenerativas, es rocambolesca. Corría 1980 cuando un joven médico, Jean-Pierre Raufman, coincidió en los pasillos de Instituto Nacional de Salud estadounidense con un químico obsesionado por las toxinas. El químico, John Pisano, solía publicar anuncios en la prensa para buscar especímenes. A veces, cuenta Raufman a *The New York Times*, «llegaban personas al laboratorio con una bolsa de plástico que se agitaba con algún bicho prometedor». «En ciencia hay dos caminos hacia el descubrimiento —reflexiona—. Uno es identificar un problema y buscar su solución. El otro es más sinuoso: investigar en la oscuridad y esperar que la casualidad llame a tu puerta».

Fue la segunda vía la que llevó a Raufman a experimentar con el veneno del monstruo de Gila. Años después de sus estudios, el endocrinólogo John Eng vislumbró que aquella secreción podía funcionar como un imitador de la insulina. Pero no consiguió interesar a la industria, así que patentó la molécula con su propio dinero en 1995. Finalmente, una *start-up* adquirió la licencia por menos de un millón de dólares. Y en 2005 se aprobó un fármaco para el tratamiento de la diabetes. Lo que nadie anticipó fue que los pacientes que lo tomaban también iban a experimentar una sustancial pérdida de peso.

Este efecto inesperado acabaría siendo la base de una nueva generación de medicamentos, incluidos Ozempic y Wegovy. Su éxito comercial ha despertado un interés inusitado por explorar otros venenos naturales. Y solo estamos al principio: los científicos estiman que solo se ha

estudiado menos del 1 por ciento de las moléculas presentes en los venenos de especies conocidas. Esta riqueza molecular representa una biblioteca química inexplorada. «Hace veinte años —reflexiona Glenn King, especialista de la Universidad de Queensland— no teníamos medios técnicos para investigar. En la próxima década veremos surgir medicamentos revolucionarios de criaturas que ni siquiera conocemos».

COMBATIR TUMORES CEREBRALES

Hoy, los investigadores estudian péptidos de escorpión que hacen brillar tumores cerebrales para guiar a los cirujanos, moléculas de araña que podrían proteger el cerebro durante los ictus, toxinas de las anémonas de mar para tratar enfermedades autoinmunes...

Antes del monstruo de Gila ya existían antecedentes prometedores. Gracias a una víbora brasileña surgió el primer medicamento eficaz contra la hipertensión. En la década de 1970, los científicos descubrieron que el veneno de la *Bothrops jararaca* contenía un péptido capaz de dilatar los vasos sanguíneos y bajar la tensión de sus presas. Aquel hallazgo fortuito llevó al desarrollo del Captopril, aprobado en 1981. Y, en las aguas del Pacífico, los caracoles cono cazan peces paralizándolos con una potente sustancia neurotóxica. De este letal cóctel molecular, los científicos aislaron la ziconotida, un analgésico mil veces más potente que la morfina, pero que no produce dependencia. Desde 2004 ofrece esperanza a pacientes con dolor crónico severo.

Ahora, la espectrometría de masas y la cristalografía de rayos X permiten identificar la estructura atómica de cantidades minúsculas de veneno, y la combinación de genómica y la IA ayuda a predecir qué componentes podrían tener potencial curativo. Sin embargo, estas expectativas se enfrentan a una carrera contrarreloj: el cambio climático y la destrucción de hábitats amenazan con extinguir especies antes de que podamos descubrir sus secretos medicinales.

A los investigadores les guía una intuición formulada por el médico y alquimista Paracelso hace cinco siglos: «Todas las sustancias son veneno, no existe ninguna que no lo sea. Solo la dosis hace el veneno». La ciencia moderna le ha dado la vuelta a aquella frase lapidaria: ¿y si todo veneno escondiera una cura? Ahora, por fin, dispone de las herramientas para comprobarlo. ■

ESTAS ENORMES EXPECTATIVAS MEDICINALES SE ENFRENTAN A UNA CARRERA CONTRARRELOJ: LA DESTRUCCIÓN DE HÁBITATS AMENAZA CON HACER DESAPARECER ESPECIES Y SUS SECRETOS

El 'Caso Muface' entra en la recta final

El concierto sanitario para 2025-2026 sigue sin resolverse a pocos días del plazo, el 5 de noviembre de 2024

FERNANDO RUIZ SACRISTÁN
Madrid

El "Caso Muface" ha captado la atención de las aseguradoras, los funcionarios y el Gobierno de España, abriendo un debate crucial sobre el futuro de la asistencia sanitaria para más de 1,5 millones de beneficiarios, muchos de ellos funcionarios públicos. A medida que se acerca el vencimiento del actual concierto sanitario de Muface (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado), previsto para el 5 de noviembre de 2024, el futuro del sistema y la sostenibilidad del modelo están en juego.

DESAFÍO DE LAS ASEGURADORAS PRIVADAS

Las tensiones entre las aseguradoras y el Gobierno no son nuevas, pero se han intensificado a medida que el actual concierto de Muface se aproxima a su fin. Las empresas involucradas, DKV, Asisa y SegurCaixa Adeslas, sostienen que el incremento del 17,12% de la prima media anual aprobado por el Gobierno no es suficiente para cubrir los costes operativos. A pesar de este aumento histórico —el mayor registrado desde que existen datos homologables—, las aseguradoras aseguran que enfrentan crecientes dificultades financieras para prestar el servicio a los funcionarios sin incurrir en pérdidas.

El ministro para la Transformación Digital y Función Pública, Óscar López, defiende la propuesta argumentando que han hecho un esfuerzo significativo para elevar la financiación. Durante una entrevista en La hora de La 1, López destacó que la subida es la mayor de la historia y confía en que las aseguradoras terminen participando en la licitación. Sin embargo, aún está por verse si las aseguradoras aceptarán las condiciones propuestas, o si decidirán no renovar su participación en el concierto, lo que pondría en serios aprietos a un sistema que depende en gran medida de su colaboración. Por su parte, los sindicatos continúan a la espera de la resolución del conflicto y mantienen su postura de calma ante la materialización de licitación del concierto.

EL NUEVO CONCIERTO DE MUFACE PARA 2025-2026

Con el objetivo de garantizar la continuidad del sistema, el Consejo de Ministros ha autorizado

la licitación del nuevo concierto para 2025 y 2026. Este acuerdo implica una inversión de 2.681 millones de euros, divididos en 1.337 millones para 2025 y 1.344 millones para 2026. La prima media por asegurado pasará de los 1.032,12 euros actuales a 1.208,81 euros en 2026, un incremento significativo de 176,69 euros por mutualista. Sin



embargo, insisten en que este aumento sigue siendo insuficiente. El reto ahora es evaluar

si el incremento compensa las pérdidas que, según ellas, ya venían asumiendo en el concierto

anterior. Aunque el Gobierno ha mejorado la financiación, las empresas del sector consideran que los problemas estructurales del sistema persisten y que el modelo actual no es sostenible a largo plazo sin cambios más profundos.

NOTICIA COMPLETA EN GACETAMEDICA.COM

RECICLAR ES EL MEJOR TRATAMIENTO PARA EL PLANETA



Porque reciclando tus medicamentos, cuidas de tu salud y de la del planeta.



Lleva al Punto SIGRE de tu farmacia:

- ✓ ENVASES VACÍOS
- ✓ RESTOS DE MEDICAMENTOS
- ✓ MEDICAMENTOS CADUCADOS



TÚ TIENES LA RECETA PARA CUIDAR EL PLANETA



Síguenos en

SIGRE

Medicamentos y Medio Ambiente

UNA INICIATIVA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN COLABORACIÓN CON LA DISTRIBUCIÓN Y LAS FARMACIAS

www.sigre.es

5.2 Grupo de trabajo de Atención a las Agresiones a los Profesionales

Recientemente se ha formalizado este Grupo de Trabajo que, informalmente, venía actuando desde que en 2017 la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior elaborara un **“Protocolo sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud”**.

Este grupo pretende mantener una comunicación fluida y regular entre los principales agentes intervinientes en la adopción de medidas frente a las agresiones a profesionales sanitarios y cumplir con lo dispuesto en la Instrucción 3/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud.

Miembros:

En el Área de Salud de Soria el grupo está constituido, por parte de la GASSO:

- José Luis Vicente Cano. Gerente Asistencia Sanitaria.
- Luis Lázaro Vallejo. Director de Gestión de Profesionales y Régimen Jurídico.

Por parte de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado:

- M^a Teresa Miras Sosa. Interlocutor Policial Territorial Sanitario de la Guardia Civil.
- Elena Ramón Relanzón. Interlocutor Policial Territorial Sanitario de la Policía Nacional.

Por parte de los Colegios Profesionales:

- José Ramón Huerta Blanco. Presidente del Colegio de Médicos de Soria.
- Isabel Galán Andrés. Presidenta del Colegio de Enfermería de Soria.

Actuaciones:

El grupo, en una reciente reunión, ha hecho revisión de las medidas adoptadas hasta ahora y ha planificado las a realizar en un futuro próximo.

Se ha elaborado un catálogo de Servicios y Unidades de la GASSO, con ubicación precisa de cada uno, clasificándolos por riesgo de acción delictiva.

Se ha compartido información sobre las agresiones cometidas con indicación de fechas, tipo de agresión, lugar, perfil de agresor y agredido ... etc.

Se ha analizado e informado la planificación de instalación de dispositivos de seguridad, tanto preventiva como reactiva.



Se vigila y protege a los centros sanitarios mediante la ejecución de servicios de carácter preventivo, previamente planificados.

Se han establecido canales de comunicación ágiles: teléfono, whatsapp, correo electrónico

Se ha acordado el mantenimiento periódico de reuniones.

Se realiza anualmente una acción formativa por parte de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado en el Hospital Santa Bárbara para todos los profesionales.

Se realizan reuniones in situ con profesionales de determinadas unidades más vulnerables. Se ha acordado hacerlo próximamente en urgencias del Hospital Santa Bárbara.

Se investiga la comisión de hechos delictivos que acontezcan.

5.3 Subcomisión de heridas

Las Comisiones y Subcomisiones Clínicas son un cauce a través del cual los profesionales sanitarios trabajan para el asesoramiento de la Dirección Médica y de Enfermería, contribuyendo así a la toma de decisiones. Constituyen una importante forma de participación de los profesionales en la gestión y mejora de la calidad.

El impacto que generan las heridas de difícil cicatrización es muy elevado, tanto desde el punto de vista de la repercusión negativa que generan sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familias, como de las complicaciones secundarias y el importante gasto sanitario que suponen para los Servicios de Salud y que se traducen en el aumento de las estancias hospitalarias, mayor consumo de pruebas, elevado consumo de tiempo de enfermería, gasto en productos para curas, etc.

El cuidado de las heridas supone un reto para los profesionales de enfermería y para conseguir proporcionar una atención integrada e integral a los pacientes con heridas, es esencial lograr la continuidad asistencial entre los distintos ámbitos de la atención sanitaria.

El pasado 11 de octubre se constituyó la nueva Subcomisión de Heridas de Área, dependiente de la Comisión de Cuidados de Área (CCA), con el objetivo de mejorar la atención a pacientes con heridas de difícil cicatrización. Esta subcomisión, integrada por profesionales de enfermería y medicina de todo el Área de salud, busca promover la formación en el cuidado de heridas, mantener actualizados los protocolos clínicos, impulsar la educación sanitaria y fomentar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención. También se enfoca en mejorar la calidad y seguridad del paciente, apoyar la investigación y la innovación en el área de heridas, y gestionar eficientemente los recursos sanitarios necesarios.

Profesión

CCAA y SSCC piden mejoras pese al auge de homologaciones médicas a extranjeros

El número de homologados (8.747) superó en un 25% al de los recién egresados en las facultades (6.587)

FRAN SERRANO ALBA
Madrid

El sistema sanitario español registró en 2023 una cifra histórica en la homologación de títulos médicos de profesionales extranjeros. En concreto, un total de 8.747 certificados aprobados. Si se analiza con perspectiva, representa un aumento del 179% en comparación con 2017, cuando se resolvieron 3.136 expedientes de forma favorable. Sin embargo, lo más llamativo es que el número de médicos homologados superó al de los recién egresados en las facultades de Medicina españolas, que alcanzaron los 6.587 en ese mismo año. Es decir, se incorporaron un 25% más de profesionales extranjeros al sistema de salud que médicos formados en España. Unos datos que adelantó Gaceta Médica y que generaron reacciones diversas entre comunidades autónomas que piden agilizar el proceso, y las sociedades médicas que abogan por no descuidar la calidad asistencial y mantener la equidad en la homologación.

Debido a la alta demanda de médicos en el sistema sanitario, el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades manifestó su intención de seguir "trabajando de forma decidida en mejorar el proceso para la homologación de títulos universitarios de personas extranjeras". Se trata de un esfuerzo enmarcado en la actualización y modernización de los requisitos, tal y como se estableció en un Real Decreto en el año 2022. Así, la ministra Mónica García se congratuló de que "el ritmo de homologaciones de este Ministerio se ha cuadruplicado" y recalcó el papel de las comunidades autónomas para retener el talento y en reducir el déficit de personal sanitario.

Si bien, la ministra también señaló que el Registro Estatal de Profesionales, que debería facilitar el seguimiento y planificación de las necesidades del sistema sanitario, está incompleto. Solo cuenta con datos del 78% de los profesionales registrados.

Esto dificulta la identificación de muchos datos de los profesionales sanitarios que ejercen su profesión actualmente en España. Ya sean titulados españoles, europeos o extracomunitarios.

LAS CCAA BUSCAN AGILIZAR EL PROCESO

La respuesta de las comunidades autónomas es diversa. Aunque existe un consenso generalizado en torno a la necesidad de agilizar el proceso de homologación para cubrir las carencias del sistema sanitario. Andalucía y Madrid optaron por flexibilizar ciertos requisitos, como la exigencia de nacionalidad para los médicos extracomunitarios. De hecho, Madrid aprobó la Ley Omnibus para contratar a estos profesionales y cubrir especialidades médicas con carencias. La consejera de Sanidad de Madrid, Fátima Matute, defendió estas medidas afirmando que se debe "luchar para que todos los títulos de extracomunitarios puedan ser homologados y se puedan incorporar de manera eficiente al SNS".

Las medidas que implantó Andalucía se centraron en la Atención Primaria (AP) y los servicios de Urgencias. Así, eliminaron el requisito de nacio-

nalidad a médicos y personal de enfermería no comunitarios. Desde la consejería andaluza señalaron que, aunque "las homologaciones dependen del Ministerio, nosotros hemos modificado los requisitos para paliar la falta de profesionales en bolsa". Por su parte, País Vasco obtuvo la descentralización de la competencia en materia de homologación. Sin embargo, fue paralizada por el Tribunal Supremo unas semanas después de que se implementara.

PREOCUPACIÓN POR LA CALIDAD ASISTENCIAL

El incremento de las homologaciones preocupa a varias sociedades médicas por la equidad en el acceso a este procedimiento y las posibles consecuencias que puede deparar en la calidad asistencial del SNS. La presidenta de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Pilar Rodríguez Ledo, advirtió que "más allá del número de homologaciones, el enfoque principal debe ser asegurar que el proceso cumpla con los criterios de calidad y seguridad establecidos por el sistema sanitario y educativo español". Según incidió, descentralizar el proceso podría llevar a desigual-

dades entre las comunidades, creando un "proceso competitivo entre hospitales y regiones". Algo que podría afectar a la homogeneidad en la capacitación de los profesionales.

El vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Rafael Micó, señaló que el aumento de homologaciones podría afectar negativamente a la calidad asistencial del sistema. "Sabiendo que tenemos un buen sistema MIR, este aumento de convalidaciones nos hace pensar sobre qué sucede con nuestros médicos", tal y como comentó. Así, coincidieron en que, aunque la agilidad en el proceso es esencial, no se deben comprometer la transparencia ni los estándares de calidad para garantizar la seguridad de todos los pacientes.

Algunas comunidades autónomas, como el País Vasco, intentaron adoptar el enfoque de la descentralización para desatascar el proceso. No obstante, otras regiones y colegios profesionales lo consideran problemático. La presidenta de la SEMG argumentó que "el modelo centralizado es el que mejor garantiza la equidad y calidad del sistema". Así, advirtió sobre

el riesgo de que la descentralización derive en "disparidades" entre las distintas CCAA. Ante esto, Aragón optó por contratar médicos sin homologación en la especialidad para cubrir necesidades urgentes. Otras comunidades flexibilizaron temporalmente ciertos requisitos como, por ejemplo, la exigencia del idioma en el caso del País Vasco. Las sociedades se mostraron preocupadas por la afectación de este tipo de medidas en la calidad asistencial.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN

El presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM), Manuel Martínez-Sellés, mostró su inquietud por el incremento en las solicitudes de certificación. "Desde que se permitió la homologación telemática online, ha habido un boom de solicitudes. Incluso de médicos que no están en España y no planean venir", tal y como aseveró. Una saturación que está generando largas esperas, con demoras de hasta tres años para que los profesionales ya residentes en España puedan homologar sus títulos.

Para aliviar la presión sobre el sistema, Martínez-Sellés sugirió la creación de una vía preferencial para aquellos médicos que ya se encuentran en el país. Esto permitiría agilizar las homologaciones en áreas con alta demanda de profesionales, según resaltó enfatizando en la necesidad de verificar si los médicos que obtienen la homologación realmente planean ejercer en España. Algunos de los homologados durante la pandemia de COVID-19 nunca llegaron a trabajar en el país, insistió.

Por otro lado, además de agilizar el proceso de homologación, también hay consenso en la mejora de las condiciones laborales y profesionales de los médicos para evitar la fuga de talento y asegurar la sostenibilidad del sistema. Rodríguez Ledo subrayó esta mejora de las condiciones para "atraer y retener talento en el sistema sanitario".





El Congreso presiona por unas homologaciones de calidad y pide más personal

La Cámara ha dado luz verde a una PNL del PP, que insta al Gobierno a agilizar la homologación de títulos universitarios extranjeros

JULIA PORRAS
Madrid

El Congreso de los Diputados aprobó una Proposición no de Ley (PNL), del PP, que insta al Gobierno a agilizar la homologación de títulos universitarios extranjeros, lo que afecta directamente al sector salud. La PNL, presentada por los populares llevaba varios meses en la agenda política hasta que fue aprobada por unanimidad durante la Comisión de Ciencia, Innovación y Universidades que ha tenido lugar en la cámara.

La moción previa a esta iniciativa ya fue aprobada durante una anterior Comisión de Ciencia, que se celebró en el Senado el pasado mes de mayo. La moción instaba al Gobierno a incrementar la dotación de los recursos humanos y materiales necesarios para atender la tramitación de las solicitudes de homologación, de declaración de equivalencia o de convalidación de títulos extranjeros de educación superior.

Con la aprobación ahora de esta PNL se vuelve a hacer presión sobre el Gobierno, para que solucione de una vez por todas el atasco de las homologaciones de titulaciones universitarias extracomunitarias.

"Un tema que urge por ser muy necesario, tanto para las personas que lo solicitan como para el Sistema Nacional de Salud", señaló el portavoz del PP y defensor de la propuesta en

cuestión, el diputado aragonés, Pedro Navarro.

LOS GRUPOS

Los diferentes grupos parlamentarios presentes en la Cámara han querido mostrar su apoyo a la iniciativa presentada por el Partido Popular. Todos han visto la necesidad de que se agilice y se solucione este problema que "paraliza la vida de quién lo sufre", tal y como indicó la portavoz de Sumar, Teslem Andala, durante su intervención.

El diputado del PP, Pedro Navarro, que defendió la propuesta, recordó durante su intervención, que en 2023 se realizó una subcontratación a una empresa perteneciente al Ministerio de Agricultura, "para que ayudaran con los trámites administrativos del proceso", explicó. Sin embargo, este paso, continuó Navarro, "no fue eficaz, porque en el Ministerio de Agricultura sabrán de muchas cosas pero no de este tema, que no les corresponde". El diputado explicó de hecho que entre otras cosas desde este organismo, estuvieron pidiendo documentación que ya había sido solicitada a los demandantes de homologación.

Por su parte, la portavoz del PSOE, Marta Gracia, recriminó durante su turno de palabra al PP el que desde el partido de los populares solo se preocupen de atacar las medidas del Gobierno y de los Ministerios. "Se han olvidado de que detrás de este atasco administrativo, que so-

mos conscientes que existe, hay personas con sus historias de vida particulares", indicó.

Aún así, continuó Gracia, "sus reivindicaciones son justas y estamos de acuerdo con esta iniciativa, por esta razón estamos trabajando junto a los Ministerios correspondientes para dar una solución a este problema lo antes posible".

"La aceleración de este proceso beneficiará no solo a las personas que lo solicitan sino también al propio Estado", subrayó la diputada socialista, "y ese es el verdadero objetivo", concluyó.

La diputada del Grupo Sumar, Teslem Andala, afeó también al PP que "se instrumentalice este proceso" y recordó que el procedimiento de homologación no solo es responsabilidad de los Ministerios de Sanidad y Educación, ya que también "existe la corresponsabilidad de las comunidades autónomas y de las universidades, que tienen que aportar su granito de arena para sacar adelante este procedimiento", subrayó. "Tiene que haber en este proceso un apoyo transversal y por ejemplo facilitar el empadronamiento a estas personas para que puedan seguir los pasos de la petición de la homologación de su título", señaló. "Hecho que en muchas comunidades gobernadas por el PP no se está produciendo", incidió. Finalmente, la iniciativa salió adelante por 34 votos a favor, ninguno en contra y solo dos abstenciones.

Responsabilidad civil

Responsabilidad Civil en investigación médica y ensayos clínicos: la importancia de avanzar en medicina

La investigación médica y los ensayos clínicos son pilares fundamentales para el progreso de la ciencia y la mejora de la salud pública. En este contexto, la responsabilidad civil juega un papel crucial para garantizar que los riesgos asociados a estos procesos sean controlados, y que las posibles consecuencias para los sanitarios estén debidamente cubiertas. A nivel global, y particularmente en España, la legislación busca equilibrar el avance científico con la protección de los derechos y la seguridad de los pacientes.

El papel clave de la investigación médica

El avance en medicina depende, en gran medida, de la investigación. Esta permite el desarrollo de nuevos tratamientos, fármacos y técnicas que mejoran la calidad de vida de las personas. Los ensayos clínicos son el paso intermedio entre la investigación y la aplicación práctica en pacientes. Sin ellos, no sería posible trasladar las innovaciones desde el laboratorio hasta la cama del paciente de manera segura y eficaz.

Sin embargo, estos avances no están exentos de riesgos. La investigación médica implica experimentar con nuevos tratamientos o procedimientos que, aunque prometedores, pueden conllevar efectos secundarios no previstos. Por ello, la legislación en España establece una serie de normativas estrictas para regular los ensayos clínicos, asegurando que los derechos de los participantes estén protegidos en todo momento.

Comparación con Estados Unidos: un modelo precursor

Si bien España ha avanzado considerablemente en la regulación de la investigación médica, es importante tener en cuenta que, históricamente, Estados Unidos ha sido pionero en este campo. El país norteamericano ha sido, durante décadas, un referente en la investigación clínica, no solo por la cantidad de ensayos que realiza, sino también por su infraestructura y experiencia en este tipo de procedimientos.

En Estados Unidos, el sistema de compensación para los parti-

cipantes de ensayos clínicos está más desarrollado. Existen mecanismos de compensación más rápidos y ágiles en caso de que un participante sufra daños durante el ensayo, lo que brinda una mayor tranquilidad tanto a los investigadores como a los voluntarios.

En contraste, en España, aunque las normativas son claras y ofrecen una estructura de protección para los pacientes, los procedimientos para compensar posibles daños pueden resultar más lentos y burocráticos para los profesionales implicados en la investigación. Esto puede generar incertidumbre entre los investigadores y médicos, quienes deben estar preparados para afrontar los riesgos asociados a sus actividades.

El papel de las Corredurías

Especializadas en la Protección de los Profesionales de la Salud La protección y el asesoramiento especializado son fundamentales tanto para las sociedades científicas como para los profesionales de la salud que participan en investigaciones médicas y ensayos clínicos. Corredurías como Uniteco, especializadas en el sector sanitario, juegan un papel esencial en este sentido. La complejidad de los riesgos asociados a la investigación médica requiere una cobertura aseguradora diseñada específicamente para entender los desafíos y responsabilidades que enfrentan los investigadores y los médicos. La seguridad de los profesionales es crucial para que puedan centrarse en su labor sin preocuparse por las posibles repercusiones legales o financieras que puedan surgir en el proceso.

Además, la especialización en seguros permite que estas corredurías comprendan no solo los riesgos inherentes a la investigación, sino también el valor y la importancia de estos avances para la sociedad. Los descubrimientos médicos a menudo implican asumir riesgos controlados en nombre del bienestar común, y sin el respaldo adecuado, estos avances podrían verse comprometidos. Corredurías como Uniteco garantizan que los profesionales puedan desempeñar su función con tranquilidad, sabiendo que cualquier incidente estará cubierto y que el enfoque siempre estará en salvar vidas, que es el fin último de la medicina y la investigación científica.

UNITECO
CORREDURÍA DE SEGUROS

Este producto sanitario ofrece ayuda eficaz gracias al Efecto-Parche PRO

¿Molestias intestinales recurrentes?

Diarrea, dolor abdominal o flatulencia recurrentes son una realidad que muchas personas conocen muy bien. Explicamos lo que a menudo se esconde detrás de las dolencias y lo que realmente ayuda.

nuestro intestino es una verdadera maravilla: en una longitud de unos seis metros, descompone los alimentos en componentes vitales como vitaminas, enzimas y oligoelementos. A los 75 años, el órgano más grande de nuestro cuerpo ha procesado alrededor de 30 toneladas de alimentos. A pesar de su gran rendimiento, el intestino también es muy sensible. Muchas personas sufren repetidamente dolencias como diarrea, dolor intestinal o flatulencia. Según los expertos, la causa suele ser una barrera intestinal dañada. A través de la más mínima lesión penetran sustancias nocivas y agentes patógenos en la pared intestinal, lo que puede causar las típicas molestias intestinales. Ahora hay una ayuda eficaz: Kijimea Colon Irritable PRO, disponible en farmacias sin receta médica.

Efecto-Parche PRO

El secreto de Kijimea Colon Irritable PRO: sus bifidobacterias especiales inactivadas térmicamente y con Efecto-Parche PRO. Las bifidobacterias se adhieren como un parche protector a las áreas dañadas de la pared intestinal. Así, esta puede recuperarse y está protegida contra nuevas irritaciones. De esta forma, pueden reducirse la diarrea, el dolor abdominal y la flatulencia.

Eficacia clínicamente probada

Un estudio a gran escala sobre el colon irritable demuestra la eficacia de Kijimea Colon Irritable PRO: las molestias intestinales recurrentes como diarrea, dolor abdominal y flatulencia se alivian significativamente con la cepa B. bifidum HI-MiMBb75 inactivada térmicamente. Además, la calidad de vida de los afectados mejoró considerablemente. Pregunte directamente en su farmacia por Kijimea Colon Irritable PRO.

La imagen representa a una afectada.

Kijimea Colon Irritable PRO cumple con la normativa vigente sobre los productos sanitarios. Se requiere un primer diagnóstico médico del colon irritable. CPSP2006BCAT



Kijimea Colon Irritable PRO

- ✓ Con Efecto-Parche PRO
- ✓ Mejora significativamente las molestias intestinales
- ✓ Más calidad de vida

Para su farmacia:

Kijimea Colon Irritable PRO
(CN-195962.1)



CASTILLA Y LEÓN

Sanidad lanza una vacunación masiva sin cita previa ante el aumento de la gripe

● La Consejería habilita el suministro de dosis para la población diana en Puntos Atención Continuada durante los dos próximos fines de semana con el objetivo de «mejorar la accesibilidad e incrementar las coberturas»

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
Otoño e invierno siempre son épocas de gripes y para prevenir la prevalencia de estos virus la Consejería de Sanidad refuerza la vacunación para la población diana, que incluye a personas mayores de 60 años, niños entre seis meses y menores a cinco años, y aquellas con patologías crónicas que tienen edades intermedias. Para recibir esta dosis, como la del Covid-19 si la requieren, podrán acudir sin cita previa a Puntos de Atención Continuada (PAC) durante el próximo fin de semana del 22 al 24 de noviembre y el siguiente del 29 al 1 de diciembre.

«El motivo de este cambio es intentar mejorar la accesibilidad a esa población diana», explicó la directora general de Salud Pública, Sonia Tamames, quien ha estado acompañada de la directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización, Silvia Fernández para presentar las novedades de la 'Campaña de vacunación de Castilla y León 2024-2025'. Un plan que, desde que se inició el pasado 1 de octubre con atención en residencias y desde el día 14 a la población diana, transcurre a ritmo «parejo» respecto al año pasado.

Sin cambiar la voluntariedad y gratuidad de la campaña, el objetivo es «mejorar las coberturas vacinales que, en este momento, van adecuadamente». De esta forma, se trata de anticiparse a una al posible aumento de virus respiratorios -sincital y de la gripe- durante las próximas fechas, de forma que actualmente Castilla y León se halla en una situación «pre-epidémica».

Por ello, la Consejería de Sanidad quiere reforzar la vacunación gripal a la población diana durante las tres siguientes semanas, y más tras percibir la actuación «improvisada» del Ministerio durante el año pasado cuando obligó a intensificar la vacunación «en un momento en el que ya estábamos en el pico de las epidemias gripales», recordó Tamames. «En aquel mo-



Imagen de archivo de vacunación sin cita previa contra la gripe en Castilla y León. ICAL

mento, una de las medidas que adoptó la Junta de Castilla y León en respuesta a esa orden comunicada fue la de habilitar la donación en los Puntos de Atención Continuada», afirmó al respecto. Y para evitar actuar llegado el pico, el departamento dirigido por Alejandro Vázquez habilita a la población diana en los centros desde el próximo fin de semana del 22 al 24 de noviembre y el siguiente del 29 al 1 de diciembre, con horario de 15.00 a 21.00 horas durante los viernes y de 9.00 a 21.00 horas los sábados y domingos.

Además del llamamiento a la población con más de 60 años y personas especialmente vulnerables, Tamames puntualizó la importancia de la vacunación en los bebés menores de seis meses que no hayan recibido la vacuna de la bronquiolitis. «Que los padres soliciten esta inmunización antes de comenzar la epidemia de virus respiratorios», transmitió.

Tras finalizar los dos próximos fines de semana, será a partir del

6 de diciembre cuando la vacunación se abra a toda la población, ya sea para recibir la dosis contra la gripe o el Covid-19. «Desde la festividad de la Constitución, la campaña va a ser para todo el que quiera cualquiera de las dos vacunas, hasta que se agoten ya que no tenemos un cierre de campaña como tal. Aunque las vacunas habitualmente no se agotan y todos los años suele haber remanente», ha detallado la directora general de Salud Pública.

En cuanto al personal sanitario que administrará las vacunas durante los fines de semana en los PAC, Fernández señaló que la Consejería ya estudia los centros con mayor presión que, posiblemente, requieran de refuerzos. Serán, principalmente, los centros de Urgencias de Atención Primaria a del medio urbano y los rurales con mayor afluencia.

Con todo ello, pese a los ritmos similares entre las dos últimas campañas de vacunación, Tamames rehuyó del «conformismo» para

compartir que hay aspectos «mejorables», como son las coberturas por debajo del 95% hay el ámbito de la vacunación infantil en los primeros años de vida. «Desde luego, esta medida de intento de acercar las vacunas a la gente es precisamente para intentar mejorar esa accesibilidad y, al final, intentar mejorar las coberturas de vacunación», concluyó.

PUNTOS DE ATENCIÓN

Estos PAC, como es lógico, se distribuyen por las nueve provincias de la Comunidad. Así, en Ávila están ubicados en el Centro de Salud (CS) Arenas de San Pedro, Ávila Estación, Ávila Rural, Burgohondo, Muñico, Aréval, Madrigal de las Altas Torres, Las Navas del Marqués, Cebreros, Fontiveros, San Pedro del Arroyo, Mombeltran, Sotillo de la Adrada, Candeleda, Lanzahita, Piedrahíta, Muñana, Barco de Ávila y Gredos; así como el Consultorio Local (CL) El Barraco.

En Burgos, los PAC se distribuyen por los CS San Agustín, Bur-

gos Rural Norte-Sur, Gamonal Antigua, Melgar de Fernamental, Villadiego, Miranda Este-Oeste Quintana Martín Galindez, Condado de Treviño, Pampliega, Briviesca, Sedano, Belorado, Roa de Duero, Lerma, Aranda Sur-Norte-Rural, Huerta de Rey, Medina del Pomar, Valles de Losa/Quincoces de Yuso, Villarcayo, Espinosa de los Monteros, Soncillo, Villasana de Mena, Salas de los Infantes y Quintanar de la Sierra.

El área de salud del Bierzo establece como PAC los centros sanitarios de Villablino, Bembibre, Cabelos, Fabero, Puente Domingo Florez, Toren, Villafranca del Bierzo y Ponferrada II; además del consultorio de Tremor de Arriba.

En la que se refiere a León se incluye los CS de Armunia, Jose Aguiado-León V, Bras de Renueva, Trabajo del Camino, Ribera del Esla, Valencia de Don Juan, Mansilla de las Mulas, Valderas, Santa María del Páramo, Benavides de Orbigo, Sahagún, La Pola de Gordón, Astorga I y II, La Cabrera, La Bañeza I y II, Cistierna, Matallana de Torío, Boñar, Riaño, La Magdalena.

En Palencia, los PAC son el CS La Puebla, Saldafia, Carrión de los Condes, Villarramiel, Villamuriel de Cerrato, Venta de Baños, Torquemada, Baltanás, Paredes de Nava, Villada, Herrera de Pisuerga, Frómista, Osorno, Aguilar de Campo, Cervera del Pisuerga y Guardo.

La cantidad es más amplia en Salamanca, donde se sitúan en los CS Peribarnia Norte y Sur, Ledesma, La Fuente de San Esteban, Vitigudino, Lumbrerales, Aldeadávila de la Ribera, Peñaranda de Bracamonte, Villoria, Cantalapiedra, Pedrosillo El Ralo, Matilla de los Caños del Río, Fuentes de Oñoro, Ciudad Rodrigo, Robledo, Fuenteguinaldo, Tamames, La Alberca, Miranda del Castañar, María Auxiliadora, Linares de Riofrío, Guijuelo, Calzada de Valdunciel, Alba de Tormes, y Santa Marta de Tormes.

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko

CASTILLA Y LEÓN

Sanidad pagará a Castilla y León sólo la mitad del coste de los heredados de Muface

● El consejero advierte que asumir los 76.682 mutualistas pendientes repercutirá en la demora y que el Ministerio sólo abonará una media de 1.200 euros por tarjeta sanitaria, mientras el coste para la Comunidad es de 2.100: «Un dislate espeluznante»

ALICIA CALVO VALLADOLID

El Ministerio de Sanidad soltó este lunes la bomba: pretende desmantelar Muface y que el Sistema Nacional de Salud asuma la cobertura sanitaria de los funcionarios mutualistas, después de que las aseguradoras plantaran a la administración y dejaran desierto el contrato para prestar esta asistencia a un millón y medio de funcionarios del país a partir de 2025. En Castilla y León estos ascienden a casi 77.000 (76.682) porque otros 33.454 ya están incorporados en el sistema público autonómico.

Que Sacyl asuma este volumen de cartillas tendrá múltiples efectos ya que, para empezar, según el cálculo realizado por Castilla y León, el Ministerio tan sólo pagará la mitad del coste medio por tarjeta sanitaria de los «heredados» de Muface. Cada tarjeta sanitaria de esta Comunidad tiene un coste medio de 2.100 euros, mientras el departamento de Sanidad que dirige la ministra Mónica García tan sólo pretende abonar 1.200 euros de media por funcionario que se pase de Muface a Sacyl.

Y es que no cuesta lo mismo atender a un paciente en unas comunidades que en otras, como así lo recuerda el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, que subraya que en Castilla y León entran en juego factores como «el envejecimiento», que eleva la factura por la cronicidad de las enfermedades, o «la dispersión», que implica desplazamientos y la apertura de más consultorios y centros de salud que en otros territorios del país.

De hecho, la distribución porcentual de la población mutualista de Muface con aseguradora sanitaria privada en la actualidad refleja cómo el 36% de la correspondiente a Castilla y León es mayor de 65 años y otro 37% se encuentra entre los 35 y los 64 años. Del resto, un 19,5% tiene entre 15 y 34 años y apenas un 7% es menor de catorce, según los datos del Ministerio.

Vázquez se opone rotundamente a la intención de Sanidad y lo califica en declaraciones a este periódico como «un alarde de irresponsabilidad y un dislate espeluznante».

REPARTO DE LOS MUTUALISTAS DE MUFACE EN CASTILLA Y LEÓN

	ADESLAS	ASISA	DKV	Total que tendría que asumir el Sacyl	Ya asumidos por el INSS	TOTAL
					☒ ADESLAS + ASISA + DKV ☐ Ya asumidos por el INSS	
Ávila	10.211	3.083	681	13.975	3.212	17.187
Burgos	4.859	717	785	6.361	4.560	10.921
León	4.147	4.963	3.574	12.684	5.787	18.471
Palencia	2.494	1.441	424	4.359	1.675	6.034
Salamanca	6.663	1.020	3.612	11.295	5.764	17.059
Segovia	2.774	1.475	360	4.609	2.083	6.692
Soria	380	1.969	782	3.131	1.302	4.433
Valladolid	6.605	2.869	5.972	15.446	6.809	22.255
Zamora	1.778	1.263	1.781	4.822	2.262	7.084
Castilla y León	39.911	18.800	17.971	76.682	33.454	110.136

FUENTE: Ministerio de Sanidad

Advierte de las repercusiones para el conjunto de los pacientes, profesionales y servicios de Castilla y León. Sostiene que, de consumarse el trasvase al sistema público de la población mutualista de Muface que hasta ahora recibía asistencia sanitaria por medio de aseguradoras privadas, «va a atascar el sistema, que ya está muy tensionado, y va a repercutir en las listas de espera porque además no hay profesionales». Y se recurriría a los conciertos privados, pues ahora aún más, lamenta.

NUEVE MESES DE TRANSICIÓN

El desmantelamiento de Muface, «un sistema de aseguramiento público en el que puede realizarse elección de entidad sanitaria optando por sistema sanitario público (INSS) o privado a través de entidades concertadas» —según define el propio Ministerio— tiene un plazo previsto de nueve meses, tal y como consta en el informe en el que Sanidad plantea su nueva estrategia para estos funcionarios. Lleva por título: «Muface, el seguro privado al Sistema Nacional de Salud» y concluye que «Muface es un organismo insostenible» y acusa a las aseguradoras de «prácticas de selección de riesgos». «No es sostenible ni siquiera con un aumento importante de la cápitla porque ningún sistema de aseguramiento funciona si no tiene un pool de riesgos que permita contrapesos entre quie-



La ministra Mónica García. E.P.



El consejero Alejandro Vázquez. J.M.L.

nes más demandan el servicio y quienes hacen un uso menos intenso», definiendo el escrito de 18 folios.

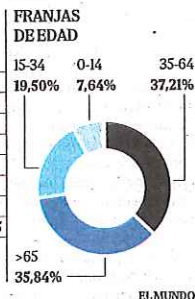
El consejero carga además contra el trasfondo de este documento elaborado por el Gobierno. «Es hacer un informe para ejercer una ideología», sostiene Alejandro Vázquez, y reclama al Partido Socialista que intervenga y ataje este plan. «Sería una irresponsabilidad por parte del PSOE permitir que le metieran este gol sus socios de Sumar», asevera el consejero, que llama la atención a que «Óscar López, como responsable de la Función Pública, no se ha pronunciado».

Los sindicatos ya amenazaron el lunes con movilizaciones si Función Pública no hacía dar marcha atrás a Sanidad, mientras la falta de comu-

nicación de la ministra con los consejeros es una batalla que viene de atrás y que con los temas de calado parece repetirse una y otra vez.

El titular de la Sanidad de Castilla y León critica que no hayan tenido en cuenta a las comunidades en la elaboración del informe y que tampoco haya habido una comunicación de ningún tipo: «No han consultado a nadie y nos hemos encontrado un tuit del secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla», protesta.

También en la sesión de control del pleno de las Cortes de este martes, el consejero culpaba a Mónica García de «desguazar Muface con la ayuda del ministro de la Función Pública, Óscar López, con el fin de menoscabar los derechos de los fun-



cionarios». Apunta que no se ponen de acuerdo entre ambos departamentos, «mientras desde Sanidad se trabaja para suprimir desde Función Pública se apuesta por una licitación exprese», según declaraciones recogidas por Europa Press. Y critica, además, que desde ambos ministerios «se desprecie a las comunidades mientras se hace un ejercicio de trilerismo financiero en Muface». «Superponen la ideología a las necesidades de las personas», incide.

IMPACTO EN LA COMUNIDAD

Respecto al impacto en el conjunto de la ciudadanía de Castilla y León, el informe de la Secretaría de Estado de Sanidad cifra en el 3,12% el porcentaje que representa la población mutualista de Muface que recibe asistencia por medio de una aseguradora privada sobre el total de la población del Sistema Nacional de Salud en Castilla y León. Pero disgregado por franjas de edad queda de manifiesto la repercusión en los pacientes mayores de 65 años, al elevar esa proporción al 4,19% en ese tramo.

El informe publicado por Sanidad reconoce que Castilla y León es la segunda comunidad con mayor impacto por la propuesta del trasvase a lo público en este grupo de población, sólo por detrás de Andalucía.

Otro de los datos que se extrae del informe es que los funcionarios más jóvenes optan mayoritariamente por la sanidad pública, ya que dos de cada tres nuevos mutualistas rechazan los seguros médicos privados.

El desembarco de esas casi 80.000 cartillas sanitarias repercutirá en las áreas de salud de forma heterogénea. La suma del área este y oeste de Valladolid es la que tendría que absorber más población mutualista: 15.446 funcionarios pasarían de golpe al sistema público, mientras otros 6.809 funcionarios ya los estaban atendiendo Sacyl porque así lo habían elegido.

La siguiente provincia con más personas no es curiosamente la que registra un padrón más abultado, sino la abulense, que cuenta con 13.975

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

LA POSADA

EL MUNDO

Todos los viernes una mirada a los atractivos de Castilla y León

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR
funcionarios que pasarían a tener tarjeta de la Seguridad Social. Por detrás, como tercera con mayor volumen de nuevas cartillas, sería León, con 12.684, puesto que otros casi 6.000 funcionarios de la provincia leonesa ya los había asumido el sistema público.

La siguiente en volumen es Salamanca, donde, de materializarse la propuesta del Gobierno, afectaría a 11.295 personas.

En Burgos, sin embargo, las nuevas incorporaciones se fijan en menor cantidad de usuarios. En concreto, en 6.361.

En el resto de provincias, el total no resulta tan elevado, pero el efecto sí lo será porque el conjunto de población es sustancialmente menor al de Valladolid o Salamanca, por ejemplo.

En Segovia suman 4.609 los funcionarios pendientes de lo que suceda con Muface, y en Palencia se cifran en 4.359. Por último, Sanidad debería incorporar al sistema público a 3.131 sorianos.

Desde el PP de Mañueco en las Cortes también lanzan la ofensiva para exigir al Ejecutivo de Sánchez que dé marcha atrás en esta idea y mantenga como hasta el sistema de atención para los funcionarios mutualistas. El PP de Castilla y León presenta este miércoles una Proposición No de Ley (PNL) en las Cortes para «instar a la Junta de Castilla y León a que se dirija al Gobierno de España para que cumpla lo establecido en el Real Decreto legislativo [...] y dote de los recursos suficientes a Muface para el mantenimiento de los conciertos sanitarios que viene realizando con entidades aseguradoras, a los efectos de garantizar los derechos de los funcionarios civiles del Estado».

Justifican esta petición recordando que la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado «establece el mutualismo administrativo como mecanismo de cobertura del Régimen especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado integrado en el Sistema de la Seguridad Social, que se gestionará y prestará a través de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), dependiente del Ministerio de Administraciones Públicas».

Acusan al Gobierno de presentar a las aseguradoras «una propuesta claramente insuficiente» y a eso atribuyen que las entidades de seguro de asistencia sanitaria no concurrieran a la licitación y plantaran a Muface dejando en el aire la atención a 77.000 mutualistas de Castilla y León.

El PPCyL hace hincapié en que esta situación, «además de afectar a los derechos de los funcionarios civiles del Estado, podría agravar los problemas que afectan a todo el Sistema Nacional de Salud de insuficiente financiación y déficit de profesionales».

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Viernes 20 de diciembre 2024

Castilla y León diseña un «traje a medida» para los pacientes de Sacyl

El nuevo plan ofrece una atención «más ajustada» para optimizar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento

SALAMANCA
El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, aseguró ayer en Salamanca que el nuevo Plan Estratégico de Medicina Personalizada de Precisión 2024-2030 supone pasar de una «talla única» a un «traje a medida» para los pacientes de la sanidad pública en la Comunidad gracias a uso de las nuevas tecnologías y, precisamente, de la incorporación de la medicina de precisión para optimizar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades.

Bajo el eslogan 'Multiómica: una nueva era para la salud', el plan presentado hoy por Fernández Mañueco en el Palacio de Congresos y Exposiciones de la capital del Tormes posiciona a la Comunidad «a la vanguardia en España», y contribuirá a «revolucionar la atención sanitaria» al tratar a cada paciente en función

de sus necesidades. De esta manera, también, se garantizará una incorporación «ágil y eficiente» en la cartera de servicios de Sacyl de nuevas prestaciones «avaladas por el conocimiento científico y los avances tecnológicos».

Esta concepción constituye un «cambio de paradigma» de la asistencia sanitaria, que posibilita nuevos enfoques para el abordaje de múltiples enfermedades. Fernández Mañueco explicó que este Plan aprovechará los últimos avances de la genética, la biología molecular, la ciencia de datos y la supercomputación, para ofrecer a las personas de Castilla y León diagnósticos y mecanismos de detección y prevención «más ágiles y precisos», tratamientos «más eficaces» y medicamentos personalizados, que supongan «menos efectos secundarios» y, con todo ello, «lograr una recuperación más rápida del



Alfonso Fernández Mañueco durante la presentación del plan. ICAL

paciente».

Mañueco destacó, en declaraciones recogidas por Ical, que este plan es fruto del «trabajo conjunto entre universidades, asociaciones de pacientes y sociedades científicas, profesionales del Sistema de Salud de la Comunidad», y un «potente ecosistema» de investigación sanitaria, formado por una red de institutos y centros especializados. El presidente de la Junta señaló que, «gracias a su esfuerzo y compromiso, Castilla y León ocupa una posición de vanguardia, a nivel nacional e internacional, en el mapa de medicina personalizada y de precisión».

De hecho, según el presidente, Castilla y León es una de las comunidades autónomas que más rápidamente traslada al ámbito asistencial la I+D+i vinculada a estas iniciativas. En este sentido, recordó que el Gobierno autonómico está aplicando la inteligencia artificial y el big data para mejorar la prescripción de modelos innovadores, que ya se han testado en más cientos de pacientes. Asimismo, continúa avanzando en terapias CART con una Unidad de Referencia de Diagnóstico Avanzado de Enfermedades Raras, que ya ha atendido a más de 6.900 pacientes, con diagnósticos «cada vez más tempranos».

COCINEROS Y ESPECIALISTAS, ALIADOS PARA MEJORAR LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS QUE SUFREN DISFAGIA

La disfagia reduce la calidad de vida en España de más de dos millones de personas que no pueden disfrutar de la alimentación como el resto, ante lo que algunos especialistas médicos buscan una alianza con cocineros para ofrecer más posibilidades a estos enfermos. Avanzar en esa colaboración es uno de los objetivos de la jornada nacional sobre disfagia que se va a cele-



brar en Logroño el próximo 12 de diciembre, coincidiendo con el Día Internacional de esta patología «que está más extendida de lo que parece y que en muchos casos no se diagnostica porque quien la sufre se limita a comer prácticamente solo purés» o a reducir la ingesta de alimentos «hasta llegar a la desnutrición». Así lo detalla Isabel Ciraita, enfermera especialista en nutrición y una de las responsables de organizar esta jornada nacional en el Hospital Universitario San Pedro de la capital riojana. Y es que detrás de una simple definición de esta patología, en la que se dice que es la dificultad al tragar, puede haber una serie de problemas muy complejos.

PATOLOGÍAS

Los pacientes de lipedema piden diagnósticos precoces que les evite sufrimiento

AGENCIAS

La presidenta de la Asociación de Afectadas de Lipedema de España, Alba González, reclama una mayor visibilización del lipedema, una enfermedad crónica que provoca la acumulación de tejido adiposo en las piernas, de forma que se pueda diagnosticar a una edad más temprana y, por tanto, evitar «mucho dolor y sufrimiento» provocado por la inflamación y la compresión de las zonas adyacentes a esta grasa.

González, también paciente de la enfermedad, explica que el desconocimiento de la afección entre los propios médicos hace que en muchos casos se les tilde de «locas» o que no se dé un tratamiento adecuado. Además, recuerda que los primeros síntomas de la enfermedad, que es el dolor, puede comenzar a aparecer en la pubertad, si bien el diagnóstico suele ocurrir a los 30 o 40 años. También puede presentarse tras un embarazo o en la menopausia.

SIN CURA. Si bien no se sabe ni cómo se cura ni su origen (aunque está relacionada con un componente hormonal, genético y autoinmune), sí existen dos tipos de tratamiento para lograr que los pacientes tengan una mejor calidad de vida.

El tratamiento conservador consiste en llevar una alimentación antiinflamatoria, medias ortopédicas de compresión (que no están incluidas en la sanidad pública y pueden costar más de 400 euros), realizar ejercicio y acudir a un fisioterapeuta para someterse a un drenaje linfático, lo que puede aliviar el dolor que causa y la pesadez. También algunos hospitales han comenzado a usar una terapia de rayos de choque.

Por otro lado, se encuentra la cirugía, que no está cubierta en el sistema público de salud «salvo en casos muy graves y haciendo un favor» (cada una cuesta 6.000 euros y se necesitan tres o cuatro), y que consiste en extraer la grasa de forma muy cuidadosa, pues esta se encuentra muy próxima al sistema linfático.

MARÍA JESÚS ÁLAVA
PSICÓLOGA

LA SOLIDARIDAD NUESTRA MEJOR RESPUESTA

Las personas empáticas encuentran gratificación en la ayuda a los demás, una sensación que se multiplica cuando se hace en colectivo

Desde el 29 de octubre hemos vivido situaciones dramáticas y dantescas que han derivado en una auténtica catástrofe. Las cifras de las personas fallecidas y desaparecidas tras la DANA han sido escalofriantes, como ingentes han sido los daños causados.

Muchas familias han sufrido con impotencia la muerte de sus seres queridos, la pérdida de sus casas, sus enseres, sus negocios, sus cosechas... En definitiva, el torrente de agua que asoló Valencia se llevó por delante la vida de muchas personas y los esfuerzos y el trabajo de muchos años.

Pero en medio de la tragedia, aflora lo mejor y lo peor del ser humano. Por eso, queremos mantener en la memoria la importancia de la solidaridad, esa respuesta individual y colectiva cuyo fin es ayudar a quienes lo necesitan.

Lo contrario al egoísmo.

Un comportamiento solidario es un comportamiento altruista, que consiste básicamente en intentar ayudar con generosidad y sensibilidad, sin buscar fines lucrativos o ganancias secundarias.

Puede haber conductas solidarias individuales, pero también hay una solidaridad colectiva, de equipo; que se da cuando las personas se unen para alcanzar un objetivo común.

¿Podemos afirmar que todas las personas tenemos un fondo de solidaridad, que surge en situaciones extremas?

No, no podemos afirmar que todas las personas tienen un fondo de solidaridad. Para ser solidarios hay que ser empáticos y, aunque nos cueste aceptarlo, hay personas que no sienten empatía; de la misma forma que hay personas que no tienen un mínimo de sensibilidad, que les haga conmoverse ante el sufrimiento ajeno.



La prueba es que ante lo sucedido en las localidades afectadas, algunas personas se dedicaron al pillaje y al robo.

La solidaridad, cuando se realiza en compañía de otras personas, ¿puede resultar más eficaz?, ¿más gratificante?

La solidaridad, por sí misma resulta muy gratificante, hasta el extremo que desde la psicología podemos afirmar que los comportamientos solidarios nos producen mucho bienestar y satisfacción, nos reconcilian con lo mejor de nosotros mismos; pero cuando se realizan en grupo, en compañía con otras personas, se produce como una catarsis, como una liberación de nuestras mejores emociones.

Una realidad que habrán comprobado muchas personas estos días es que cuando la solidaridad es en grupo, desaparece el cansancio y los miembros de esos equipos sienten una especie de energía desbordante, que se va retroalimentando de unos a otros con la actividad que hacen. Obviamente, cuando terminan la jornada, de repente, sienten que no tienen fuerzas ni para respirar.

¿Qué pueden hacer las personas generosas en su día a día? ¿Cómo consiguen que la solidaridad sea un hábito en su vida?

No tenemos que esperar a grandes catástrofes o situaciones límite para actuar con solidaridad.

Muchas personas se apuntan a ong's, a Cáritas, a fundaciones, sacando un tiempo extra para intentar ayudar, a veces lo hacen cuando se jubilan. En estos casos, te dicen que, además de ayudar, es un buen medio para llenar parte de su tiempo. Pero no esperemos a tener un tiempo extra para plantearnos cómo podemos tener comportamientos de solidaridad cada día, para ver cómo podemos ayudar, cómo damos lo mejor que llevamos dentro. Y, muy importante, cómo lo podemos introducir en nuestros hábitos diarios. Que forme parte de nuestras rutinas y de nuestras costumbres. Que no pase un solo día sin haber sentido la satisfacción de ayudar a alguien.

Y recordemos que ayudar también es escuchar, acompañar, comprender, animar y generar lo que la persona ha perdido: generemos esperanza y pongamos un poco de luz, en medio de tanta oscuridad.

'YouShift' para automatizar la asignación de guardias médicas

Tres estudiantes españoles de la Universidad de Harvard han desarrollado *YouShift*, un programa que permite automatizar y optimizar el proceso de asignación de guardias y turnos del personal sanitario para que el reparto se haga de forma «equitativa y transparente».

El proyecto busca dar solución al sistema actual tras ver el impacto que tienen los turnos y las guardias en las vidas de varios miembros de las familias de los creadores que son médicos. «Debemos cuidar a quienes nos cuidan. Al aliviar su carga y mejorar su bienestar, no solo mejoramos sus condiciones, sino también buscamos mejorar el sistema de atención sanitaria en su conjunto», comenta Lucía Vives, CEO de *YouShift*. Por su parte, Adolfo Roquero, otro de los creadores, habla del motivo por el que han creado la plataforma: «Queremos mejorar la calidad de vida de los médicos simplificando una de las partes más estresantes de su trabajo».

SONIA CASTRO
INVESTIGADORA DEL CSIC

«El 'paciente de Ginebra' es un caso excepcional de esperanza en VIH, pero la infección sigue sin estar superada»

2
HORAS

Es el tiempo que pasa cada día uno de cada cinco menores, sobre todo niñas, en TikTok, lo que supera el uso recomendado de las redes y aumenta los riesgos de sufrir problemas de salud mental, además de deteriorar la capacidad de establecer límites en los tiempos de conexión y generar vínculos sociales.

Un sonido que aporta paz

Los ruidos provocados por el hombre, como el tráfico de vehículos, pueden enmascarar el impacto positivo de los paisajes sonoros de la naturaleza, lo que aumenta el estrés y la ansiedad de las personas, según un estudio de la Universidad del Oeste del Reino Unido. El canto de los pájaros puede reducir la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, así como el estrés y la ansiedad auto-declarados.



11

CASOS de síndrome del hombre lobo se han detectado en lactantes cuyos cuidadores usaban medicación para la calvicie. Tras la retirada del tratamiento, se produjo una regresión de los síntomas. Al parecer, los bebés absorbieron el fármaco a través del chupeteo de la piel.

EN PRIMERA PERSONA | LA HISTORIA DE UNA REINVENCIÓN

CONFUNDIDOS ENTRE LA REALIDAD Y LA FICCIÓN

El día que el monologuista Ángel Martín sufrió un brote psicótico todo cambió en su vida. Ahora lleva dos años subiendo a los escenarios la salud mental para reivindicar su importancia

AGENCIAS

El cómico Ángel Martín ha subido la salud mental a los escenarios a través de un monólogo con el que lleva recorriendo dos años los teatros de todo el país y de parte de Europa para reivindicar la importancia y el impacto social que tiene estas alteraciones. Con motivo de la publicación en libro de *Punto para los locos*, Martín asevera que le aterra la incapacidad actual «de distinguir entre nuestra vida y lo que sucede en internet» y que haya gente que quiera cosas porque otros las tienen pensando que eso les hará sentirse satisfechos o felices.

«Estamos empezando a caer en la trampa de confundir el numerito que aparece en la publicación que hacemos con lo que realmente estamos consiguiendo». Por ello, recomienda «coger distancia y empezar a pensar muy bien cuál es el uso que cada uno quiere hacer de internet».

Punto para los locos es el tercer libro que publica el cómico, tras *Si las voces vuelven*, en el que narraba en primera persona su ingreso en un centro psiquiátrico en 2017 después de sufrir un brote psicótico, y *Detrás del ruido*, un manual en el que narraba cómo se mantiene en pie sin volver a caer en el agujero.

Con el monólogo -que lleva por título una de las frases que más se han tatuado los lectores de *Por si las voces vuelven*-, Martín ya llenó el WIZink Center de Madrid en 2023. Pero ahora volverá a este recinto el 30 de diciembre para poner punto y final a una gira que ha disfrutado mucho y que le ha valido para comprobar que se puede crear un espectáculo que vaya más allá de la risa.

«Con *Por si las voces vuelven* quise tratar de explicar cómo es sufrir un brote psicótico y cómo lo había hecho para salir de ahí», explicó, al resaltar que su intención

ÁNGEL MARTÍN
CÓMICO

«Todavía se juzga demasiado a quien menciona ciertas cosas»

«La gente aún no sabe escuchar sin ponerle a quien le está contando algo una etiqueta distinta»

¿Qué es un brote psicótico?

Un brote psicótico se define como una ruptura de la realidad de forma temporal. Puede ser provocada

por diversas causas, pero la más frecuente es una fuente de estrés potente y constante en el tiempo o debido a un consumo de alguna droga, principalmente todas aquellas que poseen un principio activo de tipo alucinógeno.

era comprobar si podía ayudar al lector. «Comprobé que se podía y entonces me planteé ver si esto se puede hacer también en los monólogos».

LA RISA COMO TERAPIA. Psiquiatras y psicólogos son centro de algunas de las bromas de Martín en el monólogo y, aunque califica de «pésima» su relación con su terapeuta -por lo que decidió «no recurrir a ningún otro» y «buscarse la vida»-, no desestima a estos profe-

El cómico anima a buscar la calma entre tanto ruido para encontrarnos a nosotros mismos

sionales y cree que, como en todos los gremios, «hay gente muy buena y otra muy mala».

A pesar de que en los últimos años se ha puesto el foco en la necesidad de prestar más atención a la salud mental en España, Ángel Martín cree que «todavía se juzga demasiado a quien menciona ciertas cosas». «La gente todavía no sabe escuchar sin ponerle a quien le está contando algo una etiqueta distinta».

El cómico, que reconoce que tras sufrir el brote psicótico tiene un cerebro «al que es prácticamente imposible sacar de quicio», aconseja ser consecuente con las decisiones que se toman y saber «qué que hay detrás» de ellas.

En su caso, reconocer que «hasta hace no mucho era alguien que vivía por inercia y sin pensar», asegura, mientras sostiene que es importante cumplir los sueños, que en su caso, ha sido «demostrar que en España los monologuistas» pueden actuar en recintos gigantes.

Se refiere al título de su segundo libro para insistir en que «hay demasiado ruido alrededor», que «consigue atravesar todas las capas». «Llega un momento en que no sabes si las cosas te están pasando a ti; si realmente la ansiedad que estás sintiendo es por algo tuyo o es por algo de hace tiempo que ya no está. Es imprescindible empezar a buscar un poco de calma para encontrarnos».



PAISANAJE FRANCISCO JAVIER JIMÉNEZ

«Este reconocimiento me lo llevo como el mejor de los regalos»

Tras 65 años ejerciendo como médico, los últimos en Vinuesa y Molinos, ha recibido un emotivo homenaje de sus pacientes pinariegos



RAQUEL FERNÁNDEZ

HOMENAJE. Francisco Javier Jiménez, natural de Ólvega, ha ejercido como médico de familia durante toda su carrera y los últimos 20 años ha realizado su labor en Vinuesa y Molinos de Duero, lugares de los que se despidió esta semana tras jubilarse a los 65 años

RAQUEL FERNÁNDEZ ÓLVEGA

Toda una vida dedicada a cuidar de los demás y a hacerlo con la cercanía que un médico de familia consigue siempre con sus pacientes. Una relación que con el paso de los años acaba convirtiéndose en amistad, convirtiéndose incluso en un vínculo que va más allá cuando se trata de un médico de un pueblo pequeño, donde se llega a ser «como de la familia».

Así lo describieron los vecinos de Molinos de Duero y de Vinuesa que esta semana despidieron por jubilación al médico Francisco Javier Jiménez que, tras sus últimos 20 años en esta parte de la comarca pinariega, ha dicho adiós a su vida laboral. Un momento, señaló el protagonista, «que se veía muy lejano cuando comencé, pero que ha llegado, ya que el tiempo

pasa muy rápido».

Un emotivo homenaje con los alcaldes de Molinos y Vinuesa presentes, donde se le hizo entrega de una placa conmemorativa y donde Jiménez confesó sentirse emocionado, a pesar de no ser muy dado a los reconocimientos ni homenajes, «me hubiera gustado despedirme sin hacer ruido, pero entiendo que la gente quiera realizar este tipo de muestras de cariño, que agradezco y acepto con emoción».

Francisco Javier Jiménez nació en Ólvega y a sus 65 años, y toda una vida laboral como médico de familia, confiesa que siempre tuvo claro que quería trabajar en su tierra. «Comencé a trabajar en diversos sitios de la provincia: estuve en Almajano, Berlanga, luego aprobé unas oposiciones y me marché a Aragón pero después,

desde 2004, regresé y comencé a trabajar aquí en Vinuesa hasta ahora. Veinte años en la zona de Pinares atendiendo en Vinuesa y Molinos».

Asegura que en un día como el que te despiden de tu trabajo «te queda el cariño de toda la gente que has atendido y el intentar siempre en todas las situaciones dar lo mejor de uno mismo. A veces te equivocas, pero siempre la intención y la voluntad de hacerlo lo mejor buscando mirar por la salud y la prevención de todos mis pacientes es lo que yo creo que ha marcado mi vida profesional como médico».

Confiesa Jiménez que durante estos años ha vivido de todo, «momentos de alegría y momentos más tristes, desde nacimientos hasta momentos más difíciles de despedidas. Muchas charlas con mis pacientes que me han hecho mejorar tanto como profesional como persona. Molinos y Vinuesa han sido más que un lugar donde he ejercido, ha sido como una familia para mí y este reconocimiento me lo llevo como el mejor de los regalos».

No olvida el tiempo de pandemia, donde «al principio lo pasamos mal, pero luego conseguimos en esta zona ser probablemente de las primeras en abrir la consulta presencial», señala, apuntando que en la zona de Pinares Norte «el servicio médico es muy bueno, lo único que es una población que sobre todo en la época de verano se triplica y es ahí donde necesitamos más apoyos, esperemos que en los años venideros se cubran esas carencias».

Jiménez agradeció a todos los compañeros que han trabajado con él «y a los Ayuntamientos que me han apoyado en todo y, por supuesto, a los pacientes que han tenido mucha paciencia en algunos casos y que me han hecho más fácil el trabajo. Sois como mi familia».

Desde los alcaldes de los pueblos de Molinos y Vinuesa manifestaron durante la entrega de la placa que Javier, «siempre se ha sentido como uno más entre nosotros. Al final en los pueblos nos conocemos todos y el médico forma parte de todas las familias, es el hombre donde todos vamos a llorar y, aparte de médico, se convierte en asesor personal y sentimental muchas veces. Se ha involucrado mucho y de hecho se ve el cariño por parte de todos».

Servicio Oficial Posventa



Soria Motor S.A.



ŠKODA



SEAT
service

Automasa S.A.



MADURGA

Más de 75 años a su servicio · C/ Eduardo Saavedra 44 · Soria

CASTILLA Y LEÓN

Apnea del sueño, el trastorno silencioso que afecta a 37.000 personas en la región

● Esta enfermedad, que altera el descanso por la noche, puede derivar en «problemas cardiovasculares, cerebrovasculares o metabólicos», explica el neumólogo Julio Frutos ● «Para mí ha sido un milagro usar la máquina CPAP», afirma un paciente

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
En la cama de Óscar siempre son tres. El, su mujer y CPAP. No es una persona, ni su perro ni su gato. Es más bien una máquina. Pequeña como una caja de zapatos, cada noche tiene su rincón reservado en la mesilla de este vallisoletano. No porque encaje con la estética de su cuarto ni sea un objeto único en su propiedad, sino que se debe a que sin ella cada noche era un terror para él y su pareja. «Tenía un problema con los ronquidos y me levantaba cansado, como que me hubieran dado una paliza», relata. Y esa fatiga le acompañaba en cada viaje en su oficio de taxista en los que, inconscientemente, podía llegar a quedarse dormido en un semáforo en rojo. «Sabía que había un problema», asegura, hasta que un problema de corazón le derivó a un neumólogo, que resolvió la incógnita con una sencilla prueba del sueño: 73 apneas en una hora. Cifras que convertidas en palabras significarían que Óscar se pasaba más tiempo sin respiración que respirando cada vez que se acostaba. Y como él, otras 37.000 personas en Castilla y León que padecen apnea obstructiva del sueño (AOS), un trastorno que también lo sufren quienes conviven con ellas.

No hace mucho tiempo, el famoso streamer Ibai Llanos recomendaba a su público hacerse «chequeos de salud» si descansaban y dormían mal. Todo ello en base a su propia experiencia tras ser diagnosticado con AOS, llegando a sufrir 35 apneas a la hora. Si en viral se convirtió una imagen suya en redes con la mascarilla nasal vinculada a la CPAP, como si fuese un personaje de *X-Men*, también lo fue su cambio físico que le ayudó a dejar el tratamiento tras perder más de 30 kilos. Y es que un factor que es común a quienes sufren este trastorno es la obesidad, como cuenta a este periódico el doctor Julio Frutos, de la Unidad del Sueño del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. «Habitualmente, la mayor parte de los pacientes que vemos son pacientes obesos, aunque luego también tenemos algunos pacientes que tienen un índice normal», afirma. Y la probabilidad es más alta si eres hombre y adulto, tres factores que cumple Óscar, de 52 años y con «sobrepeso» actualmente.

El y los ronquidos siempre han sido uno, tuviese 25, 30 o 40 años. Realmente, estos sonidos roncantes y fuertes tienen una elevada prevalencia en la población general, por lo que Óscar no le daba más importancia de la que tenía. Pero por contrario que resulte, el trastorno empezó a evolucionar de forma silenciosa en su interior hace ya siete años y, de forma más, desde hace tres. De ello se daba cuenta su mujer, con noches movidas y ensoñadoras que

TRATAMIENTOS C.P.A.P PARA LA APNEA DEL SUEÑO

	2020		2021		2022		2023	
	Días de tratamiento	Pacientes/mes	Días de tratamiento	Pacientes/mes	Días de tratamiento	Pacientes/mes	Días de tratamiento	Pacientes/mes
CA Ávila	613.716	1.693	660.864	1.830	731.967	2.029	798.026	2.208
CA Burgos	1.599.182	4.387	1.642.351	4.522	1.682.145	4.618	1.743.343	4.826
Hospital del Bierzo	575.935	1.583	597.663	1.654	649.492	1.796	706.570	1.952
CA León	734.473	2.021	753.336	2.082	840.685	2.334	970.673	2.690
CA Palencia	1.180.341	3.240	1.171.744	3.222	1.214.080	3.344	1.276.410	3.517
CA Salamanca	1.803.068	4.949	1.926.357	5.295	2.031.971	5.594	2.139.456	5.891
CA Segovia	592.795	1.633	634.027	1.750	704.030	1.952	793.742	2.197
CA Soria	572.480	1.577	580.613	1.600	591.401	1.624	628.012	1.726
H. Río Hortega	1.800.332	4.948	1.822.225	5.027	1.944.856	5.367	2.031.855	5.602
H. Clínico Valladolid	1.461.618	4.014	1.469.769	4.046	1.516.816	4.187	1.604.779	4.441
CA Zamora	792.897	2.016	728.084	2.054	801.924	2.214	834.360	2.310
TOTAL	11.726.837	32.061	11.987.033	33.082	12.709.367	35.057	13.527.226	37.360

FUENTE: Consejería de Sanidad.

NOMBRE / EL MUNDO

a Óscar le llevaban a caer dormido durante el día. «Me decía que me pasaba todo el día dormido», recuerda.

Con estos detalles, Óscar formaba parte de que el doctor Frutos denominara «tríada» en lo que a síntomas de la AOS se refiere. «Son gente que son roncadores, que tienen apneas que habitualmente observa la pareja y luego por el día suelen tener excesiva somnolencia diurna», explica. Las señales no quedan ahí, sino que también se tienen en cuenta los «sueños agitados» por la noche, pesadillas, sudores e interrupciones en el descanso. «Hay personas que incluso lo que tienen es el insomnio. Y luego por el día, un síntoma muy frecuente que tienen, aparte de la excesiva somnolencia diurna, es que cuando se levantan tienen sensación de que el sueño no ha sido reparador y eso hace que mucha gente durante el día tengan un cansancio crónico diurno», enuncia. Diversos y distintos factores que Óscar, sin saberlo, sufría noche tras noche.

La apnea del sueño no era algo ajeno a este taxista nacido en Viana de Cega. Y no porque él la sufriese —aún sin ser consciente—, sino porque su padre ya era un usuario habitual de la CPAP. «Siendo yo niño, le oía roncar y demás. Le pasó exactamente más o menos como a mí, de no descansar al dormir», recuerda Óscar. Lo que podría tratarse, entonces, de una enfermedad hereditaria, esa posibilidad no es 100% factible, como aclara el doctor Frutos. «Es posible que se pueda heredar la unidad del sueño porque tiene un componente hereditario, aunque no hay unos genes específicamente relacionados con la medida del sueño. Si que se considera que puede haber una herencia poligénica, es decir, que pueden probablemente incluir algunos factores genéticos. Pero no es una enfermedad en la que ahora mismo tengamos un gen como hay en otras concreto al que se pueda achacar la enfer-



Imagen de un hombre utilizando una máquina CPAP. E.P.

medad», comenta al respecto.

Con caso omiso a esa posible herencia, Óscar continuó su vida entre cansancio y pocas horas de sueño. Unos malos hábitos de vida que, unidos a un «trabajo sedentario» como es el oficio de taxista, le hicieron «engordar muchísimo». Ello no solo le repercutió en el aspecto laboral, sino también en el ámbito familiar. «Comía y dormía, comía y dormía y no hacía absolutamente nada en casa. Ya ni encender la leña para la chimenea de mi casa, en Viana de Cega. Dormir, era lo único que quería», reconoce.

Todos estos problemas le llevaron, incluso, a plantearse dejar de ser taxista por el riesgo que suponía. «No podía ir por la ciudad. Si estás constantemente moviéndote bien, pero en un viaje si no te van hablando, me quedaba dormido. O cuando dejaba de conducir y paraba, lamenta. De hecho, en un viaje de regreso a Madrid casi sufrí un accidente: «No llegué a tocar el quitamiedos porque me avisó mi cuñada. Me gritó: «Óscar, Óscar, ¡ya desperté! Si no, habríamos chocado».

Tras esquivar varios avisos de la vi-

da, no fue un accidente de tráfico el que le descubrió que sufría apnea del sueño, sino un pequeño problema de corazón. «Se me quedó enganchado el corazón y me tocó ir a urgencias», recuerda Óscar. No sería casualidad este problema, y es que la apnea del sueño provoca alteraciones en los pacientes para ser más propensos a tener más problemas cardiovasculares, cerebrovasculares o metabólicos, como explica el doctor Frutos. «Es más frecuente que tengan la tensión alta, arritmias, y también complica la insuficiencia cardíaca», puntualiza.

Las puertas del servicio de urgencias no serían las únicas que abriría Óscar para encontrar la solución a su enfermedad. Las siguientes serían las de un cardiólogo. «Pero me dijo que no, que yo necesitaba ir al neumólogo tras contarle que yo no podía salir a andar porque me aplastaban los pies del sobrepeso y que, sobre todo, que me encontraba muy cansado», cuenta que le narró. En busca de paz en cada noche, la Unidad del Sueño del Río Hortega de Valladolid le cambió la vida a través de prueba de nombre complejo —poli-

somnografía— pero sencilla en sus métodos. «Básicamente consiste en determinar una serie de parámetros neurológicos y cardiorrespiratorios», explica el neumólogo. Si existen episodios en los que la vía aérea superior se cierra durante el sueño, ya se habla de AOS. Y así fue en el caso de Óscar, que llegó a presentar un cuadro de 73 interrupciones respiratorias en una hora, cuando el máximo es 30.

A un problema complejo, una solución fácil: la máquina CPAP. «Un aparato que suministra aire a una determinada presión y lo que se hace es mantener abierta la vía aérea», explica el doctor Frutos. Todo ello a través de una máscara que se pone en la cara y que va unida a la pequeña máquina bajo tratamiento domiciliario y sin ningún desembolso al cubrir los costes Sanidad. «Ha sido para mí un milagro. Me pongo la maquinita cinco o seis horas para dormir y ya estoy activo. Puedo trabajar, puedo comer y no echarme la siesta, que no pasa absolutamente nada. Hasta la forma de ser: de estar antipático a estar bien», agradece Óscar a la CPAP, su ya fiel compañero de viajes nocturnos.

A Alfonso, de Salamanca, también le ayudó satisfactoriamente en su diagnóstico, aunque sus palabras cambian cuando habla del funcionamiento de la máquina. «Es una lata», considera, refiriéndose concretamente a la máscara que usa cada noche.

MÁS DE 37.000 PACIENTES

Como Óscar y Alfonso, otras 37.360 personas hicieron uso de la máquina CPAP en 2023. «Son pacientes que la mayor parte de los casos nos mandan de Atención Primaria sobre una consulta de neumología y allí se solicitan sobre todo las poligrafías o polisomnografías», explica el doctor Frutos.

Por hospitales, la mayor cantidad de pacientes fueron recibidos en el Complejo Asistencial de Salamanca (5.891), seguido del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (5.602), Complejo Asistencial de Burgos (4.826), Clínico de Valladolid (4.441), Complejo Asistencial de Palencia (3.517), Complejo Asistencial de León (2.690), Complejo Asistencial de Zamora (2.310), Complejo Asistencial de Ávila (2.208), Complejo Asistencial de Segovia (2.197), Hospital del Bierzo (1.952), y el Complejo Asistencial de Soria (1.726).

Por otro lado, entre las diferentes terapias ambulatorias para tratar la AOS, el reparto de distribuye con 16 pacientes a las que aplicaba la monitorización de la apnea a domicilio: 16 pacientes, 2.222 con una BiPAP controlada, 591 con una BiPAP espontánea, 238 con un aspirador de secreciones, 2.151 con aerosolterapia, y 226 con asistente de tos.



No todos los cánceres son famosos. Hay algunos que se esconden en el torrente sanguíneo. Son más raros. Menos conocidos. E incluso pasan desapercibidos por sus síntomas inespecíficos. «Los tumores hematológicos son todos raros si los comparamos con el cáncer de pulmón o mama», apunta Tycho Baumann, hematólogo del Hospital 12 de Octubre. «Pero, de forma individual, si tenemos muchos cuya prevalencia es tan baja que serían considerados enfermedades minoritarias», añade Ramón García Sanz, jefe de Servicio de Hematología del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Entre los más raros de los raros hay dos: el linfoma de zona marginal y la macroglobulinemia de Waldenström. Los hematólogos afirman que «uno puede ver uno o tres al año», a menos que esté especializado como ellos, en cuyas consultas se concentran un mayor volumen de pacientes. Por ejemplo, García Sanz detalla que de la macroglobulinemia de Waldenström pueden darse unos 160 nuevos casos anuales. «Puede haber unos cuatro por cada millón de habitantes». Al tiempo, apunta que «se trata de pacientes que controlamos bastante bien, viven mucho. Por lo que lo mismo la cantidad total de personas afectadas podría llegar a los 1.500 de

LOS TUMORES HEMATOLÓGICOS MÁS RAROS: «SON INFECCIONES QUE HAN IDO MAL, PERO LOS CONTROLAMOS BIEN MUCHOS AÑOS»

Invisibles. Se trata de un pequeño grupo de linfomas que se detecta a edad avanzada, a veces fortuitamente, y mueren con el paciente

Por Pilar Pérez. Fotografía de Javier Barbancho

prevalencia». En el caso de los linfomas de la zona marginal, Baumann señala que «representa una pequeña parte de los casos de los linfomas no hodgkinianos, entre un 5 al 10% del total».

Ambos hematólogos son optimistas ante este tipo de tumores «porque son de crecimiento lento» y no en muchas ocasiones «interfiere de forma dramática en la vida de los pacientes». Esto se debe en parte a que no son muy agresivos y se detectan en edades avanzadas de la vida, por encima de los 60 años.

Otra de las peculiaridades de estos tumores es que «son infecciones que se han dejado evolucionar», apunta García Sanz. Por ejemplo, como detalla Baumann, dentro de los linfomas de la zona marginal «hay una variedad de subtipos» que tienen en común un proceso infeccioso detrás. «Surgen como consecuencia de una inflamación crónica causada por una infección [con bacterias o virus] o por condiciones autoinmunes». Por eso se pueden dar en localizaciones del organismo que no se asociarían con un tumor hematológico, como «el estómago, también llamados MALT (linfoma de tejido linfático asociado a mucosas) gástricos, pero también en otros órganos (MALT no gástricos), como el intestino delgado, las glándulas salivales, la tiroides, las mamas, alrededor del ojo (linfoma de los anexos oculares), pulmón y piel».

Uno de los microorganismos culpables de la transformación de las defensas en enemigos son la

recientemente EL MUNDO, bajo el epígrafe *Referentes en Hematología. Las patologías oncohematológicas menos frecuentes*, realizado con la colaboración de BeiGene. Se trató de la tercera cita, y esta vez los estudiantes que asistían para conocer más de cerca esta especialidad médica y sus avances clave en los últimos años lo hicieron en remoto.

¿Cómo llegan los pacientes a la consulta ante la inespecificidad de sus signos? Esta fue una de las cuestiones que surgió de mano de una de las alumnas de Medicina, Ana Bernal. «Si son desconocidas, más aún en la población general, qué puede hacer sospechar que estamos ante un caso. ¿Cómo va el paciente al médico y qué debe vigilar éste?».

El jefe de Hematología del Gregorio Marañón respondió que es sencillo: «Hay marcadores en sangre que nos revelan que hay un proceso alterado: la velocidad de la sangre, anemia... Una analítica sencilla nos da la primera pista; luego, para confirmar, pedimos pruebas más específicas, como un proteinograma. Si salen alteraciones, las identificamos y damos con la enfermedad». Para la macroglobulinemia de Waldenström la marca inequívoca es «la MYD88L265P, presente hasta en el 90% de los pacientes», apunta García Sanz. En el caso de los linfomas de zona marginal, dependerá de la zona a la que esté asociada, ya que se inician específicamente en células B de la zona marginal del tejido linfático.

Baumann señala que los pacientes experimentan síntomas comunes a cualquier linfoma, como «la pérdida de peso, el cansancio y la sudoración nocturna, entre otros». Con este conjunto de signos, mantenido en el tiempo, cualquier persona debe alertarse y pasar por la consulta, al menos, para descartar. «En muchos casos, la gente ni se da cuenta y es en una analítica de esas anuales que casi todo el mundo se hace en la que se descubre de forma fortuita», agrega García Sanz. «Por eso, es fácil de diagnosticar».

Por otro lado, Baumann añade las ventajas de la biopsia líquida. «Permite con una analítica de sangre detectar las anomalías genéticas y las alteraciones celulares y ofrecemos una fotografía de lo que está pasando». De esta forma, se resuelve la duda presentada por la estudiante de sexto de Medicina, Lourdes Bernabé, sobre los factores pronóstico que se deben vigilar en este tipo de tumores. También se emplean los estudios por imágenes, como los realizados mediante PET, que ayudan a mostrar si el cáncer se extendió a otras zonas del cuerpo, «si hay enfermedad residual en alguna parte concreta del organismo».

Aunque, ambos no dejan de señalar que estamos ante unos tumores indolentes «que avanzan de forma lenta» y con el factor de que estamos ante «patologías cancerosas crónicas per se». En muchos casos esta condición hace que, como explican, las revisiones sean en periodos más cortos. «Puede que haya un marcador asociado a un buen pronóstico y nos sirva de guía para ver la evolución del paciente. Si permanece asintomático, no trataremos. Pero con la observación periódica, vemos si hay cambios y ajustaremos las decisiones terapéuticas», resume García Sanz.

Claro, pero, llegado el momento de ponerle nombre, ¿cómo se transmite que padece un tumor sanguíneo

“Ajustamos la terapia a los marcadores y huellas genéticas que hallamos en las pruebas que realizamos de forma periódica”



PERFIL.
Estos tumores se dan en edades avanzadas, entre los 60 y los 70 años.

SÍNTOMAS.
Son comunes a otros linfomas: pérdida de peso, cansancio y sudoración nocturna.

OCULTO.
Hay casos en los que se descubre de forma fortuita en un análisis de sangre anual.

DETECCIÓN.
Además de la analítica, hay pruebas para determinar las alteraciones genéticas.

TERAPIAS.
Hay un botiquín amplio: desde antibióticos hasta 'quimio' y combinaciones de fármacos.

PRONÓSTICO.
La mayoría se mantienen crónicos y los pacientes no mueren por el cáncer.

infección crónica con *Helicobacter pylori*, «que se implica en la inflamación crónica de la región del estómago que causa gastritis, y la *Chlamydia psittaci*, que puede causar linfoma MALT orbitario (del ojo)», señala Baumann. «O la *Borrelia*, en la piel», añade García Sanz.

Estos patógenos desencadenan una serie de cambios en las defensas que culminan en una transformación maligna. Pero no es algo que ocurra de un día para otro: algunos glóbulos blancos sufren cambios que los convierten en células cancerosas. Éstas pueden acumularse en el material esponjoso del interior de los huesos, donde se fabrican las células sanguíneas, es decir, en la médula ósea. Las células cancerosas desplazan a las sanas de la médula ósea y también pueden acumularse en otras partes del cuerpo, como los ganglios linfáticos y el bazo. «Es todo un viaje que lleva años, que va desde la médula hasta el ganglio linfático», dice Baumann.

García Sanz reconoce que en los tumores hematológicos se encuentran más avanzados que sus compañeros que abordan sólidos. «Los cánceres de la sangre se conocen mejor», aunque desconoce el motivo. «No sabría decir si es porque ha habido más interés o por su facilidad de acceso».

Para poner de relieve cómo son estos tumores y sus perfiles terapéuticos, ambos expertos compartieron sus experiencias en el encuentro que celebró

“Algunos patógenos provocan cambios en las defensas a largo plazo, como ‘Helicobacter pylori’, ‘Chlamydia psittaci’ y ‘Borrelia’, entre otros”

raro con el que convive desde hace tiempo, pero, que quizás, no requiera de tratamientos agresivos? «Los pacientes lo entienden», asegura García Sanz. «Puede que les resulte raro, pero asumen que van a recibir tratamientos casi de forma crónica para mantener a raya al tumor», amplía Baumann.

Una de las ventajas que subrayan es que «en la gran mayoría de las ocasiones, el paciente se muere con el tumor, no por su culpa», afirma García Sanz. Esto se debe a que son personas que ya son pacientes con otras patologías cardiovasculares y respiratorias con las que conviven desde hace tiempo. «La dificultad que nosotros añadimos es la compatibilización de los fármacos con los planes terapéuticos que ya siguen para sus otras enfermedades», señala el hematólogo del Gregorio Marañón. «Debemos trabajar de forma conjunta, en equipos multidisciplinares para controlar todos los efectos o minimizarlos», añade el del 12 de Octubre.

Ambos destacan que hay un botiquín lleno de posibilidades para el tratamiento, aunque hay algunas pegadas. «Uno de los problemas no es tanto que falten opciones, es que esas opciones estén a disposición del especialista y paciente», acota García Sanz. Para ser más precisos, este experto pone de manifiesto las diferencias por comunidades e incluso hospitales en la oferta de los fármacos que estén financiados y «puedan ofrecerse a los pacientes», insiste. «Hay muchos obstáculos económicos en este aspecto. Son patologías minoritarias y en muchos casos la barrera del bolsillo es importante: la toxicidad económica».

Sorprende, como reconoció García Sanz, que una de las primeras opciones sea el uso de antibióticos.

«Estamos ante unas neoplasias provocadas por infecciones y es por eso por lo que debemos emplear fármacos dirigidos a estos procesos». Claro que hay quimioterapia, exponen, pero también otros tratamientos dirigidos en monoterapia o combinados, como las inmunoterapias, que van a controlar la progresión del tumor. «Ajustamos la terapia a los marcadores y huellas genéticas que nos encontramos en las pruebas. Esta es la manera más precisa de actuar», indica el hematólogo del Gregorio Marañón.

Dado que estamos ante una de las especialidades oncológicas con más desarrollo, la investigación también es importante. Algunos de los estudiantes, como Virginia y Marta, lanzaron esta cuestión. En estas patologías oncohematológicas la realización de ensayos clínicos entraña la dificultad de contar con un volumen suficiente de pacientes para ponerlos en marcha. «Hoy día contamos con los ensayos basket, que pueden agrupar personas con patologías similares ante una misma terapia y comprobar así su efectividad transversal», aseguran.

En España, las redes de investigación que tejen los distintos servicios hospitalarios y centros «ayudan a que los pacientes tengan acceso a terapias más concretas conforme su tumor se vuelve agresivo». Porque si la edad es un factor beneficioso, en el sentido de que en el momento de la detección el paciente ya es mayor, también puede volverse en contra, «dado que los pacientes tienen esperanzas de vida de casi 20 años tras el diagnóstico. Esto supone que tienen más posibilidades de desarrollar mutaciones añadidas o eventos oncogénicos», remacha Baumann.

CASTILLA Y LEÓN

Sacyl indemniza a una mujer operada por error de cáncer al confundirlo con una diverticulitis

- Le extirparon en el Hospital de Miranda parte del colon pero luego el informe patológico descartó signos de malignidad
- Sanidad reconoce el fallo diagnóstico y, tras oír al Consultivo, debe resolver la cuantía, fijada en inicio en 25.000€

ESTHER NEILA VALLADOLID
No era cáncer sino diverticulitis aguda. Sacyl ha reconocido el error diagnóstico con una paciente del hospital de Miranda de Ebro, en Burgos, que fue sometida a una operación de colon por un supuesto cáncer cuando en realidad lo que padecía era diverticulitis aguda. La Consejería de Sanidad asume así su negligencia y se aviene a indemnizar a la mujer en respuesta a la reclamación de responsabilidad patrimonial que ésta había presentado para exigir una compensación económica por los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

El Consejo Consultivo acaba de pronunciarse a favor de la paciente, con un dictamen que es el penúltimo paso antes de que Sacyl emita su resolución definitiva con la cuantía de que procede pagar a esta usuaria.

Tras analizar el expediente, el órgano consultivo confirma en su dictamen del 21 de noviembre la postura preliminar de Sanidad, que ya en septiembre estimó parcialmente la reclamación siguiendo el criterio de la Inspección Médica y de la compañía aseguradora de la Administración. La asesora jurídica también informó favorablemente.

En esa orden, Sanidad proponía indemnizar a la mujer con 25.072 euros, una cantidad algo superior a la planteada por la aseguradora (21.915 euros) pero muy por debajo de lo exigido en la reclamación (150.303 euros, por la mala praxis y el «perjuicio moral moderado» sufrido).

Tras revisar los baremos y el tiempo del padecimiento, ahora Sanidad debe resolver si se reafirma en la cuantía propuesta con anterioridad o si eleva la cuantía definitiva que procede para compensar los daños soportados por esta paciente del hospital Santiago Apóstol.

Los hechos se remontan al otoño de 2021. El 18 de octubre la mujer acudió al servicio de Urgencias del centro sanitario mirandés, donde fue diagnosticada de apendicitis aguda. Ese mismo día fue intervenida de urgencia y tras dos jorna-



Acceso al hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro, en Burgos. NURIA GONZÁLEZ

das ingresada recibió el alta. Tras esa operación, «se envió la pieza quirúrgica al servicio de Anatomía Patológica, que tras realizar la biopsia informó de adenocarcinoma», explica en su relato de los antecedentes el dictamen del Consultivo.

Con ese diagnóstico, que luego se confirmó erróneo, se indicó una nueva operación. Y un mes después fue sometida a una intervención que más tarde se demostraría innecesaria. El 24 de noviembre se le practicó una «hemicolectomía derecha

laparoscópica», que le mantuvo hospitalizada durante cuatro días.

La pieza extraída tras esa «resección parcial del intestino grueso» fue enviada para su análisis a Anatomía Patológica. Y con los resultados llegó la sorpresa. No había

signos de malignidad. «El 14 de diciembre de 2021 el Comité de Tumores desestimó el diagnóstico de adenocarcinoma, y lo modificó a diverticulitis aguda».

La paciente solicitó una revisión de la primera biopsia. También pidió una segunda opinión al servicio de anatomía patológica de otro hospital, que «concluyó con el diagnóstico de diverticulitis aguda».

Un año después, durante una revisión en febrero de 2022, la paciente «manifestó tránsito intestinal normalizado con ingesta oral adecuada y malestar psicológico». Pero la cosa volvió a complicarse poco después.

Para mayor padecimiento de la mujer, la operación de colon innecesaria le ocasionó pasados unos meses complicaciones adicionales que volvieron a exigir su paso por quirófano una tercera vez. Durante un control en agosto de 2022 «se sospechó de eventración», que es una hernia producida como consecuencia de una mala cicatrización tras una incisión en la pared abdominal durante una cirugía. Tras esperar tres meses para que se le realizara un TAC, esa prueba confirmó ese nuevo diagnóstico. Y en mayo de 2023 volvió a ser operada.

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

Tirón de orejas a Sanidad por un atasco de 1.243 casos pendientes de respuesta

E. NEILA VALLADOLID
Hay un paciente de Zamora que lleva desde octubre de 2017 esperando una respuesta de Sanidad a su reclamación de responsabilidad patrimonial (pide 7.000 euros) por mala praxis durante en una prueba diagnóstica. La administración dispone de seis meses de plazo para responder y se acaban de cumplir siete años. Su caso es el más antiguo de Castilla y León, pero no es excepcional. El atasco acumula 1.243 expedientes pen-

dientes de una resolución, según datos proporcionados por la Consejería de Sanidad.

Esa tardanza motiva el tirón de orejas que el Consejo Consultivo incluye en dictámenes como el recién emitido por el error diagnóstico de una mujer que fue operada de un cáncer cuando padecía diverticulitis aguda. Sanidad ha tardado en tramitar el caso dos años, un tiempo que el dictamen del Consultivo ya censura al estimar «excesivo el tiempo transcu-

rido desde que se presenta la reclamación hasta que se formula la propuesta de orden». «Necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del [...] derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernen en un plazo razonable» y «infracción de los principios» de «eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos» que deben regir su actuación.

El embudo se produce por la en-

trada creciente de casos cada año y el lento ritmo de resolución de los expedientes. Al cierre del año 2022 eran 545 las carpetas acumuladas y se han duplicado en sólo dos años por la creciente llegada de nuevos casos. Sólo en 2023 entraron 327 reclamaciones en la Consejería de Sanidad y, a la espera del cierre de año, otros tantos han debido entrar en 2024.

Por provincias, la que acumula un mayor número de reclamaciones pendientes de una respuesta es León (con 276), seguida de Valladolid (262), Burgos (216), Salamanca (135), Palencia (81), Zamora (77), Segovia (75), Ávila (70) y Soria (37). Otros catorce son reclamaciones asignadas a la gerencia regional.

esRadio
Castilla y León

SI LO BUSCAS
LO ENCUENTRAS

SORIA 88.1 FM ÁGREDÁ 93.2 FM EL BURGOS 105.9 FM

www.esradiocastillayleon.es/soria
@soriaesradio

PAPEL | SALUD



HALLAN HUELLAS DEL DETERIORO COGNITIVO EN 13 PROTEÍNAS DE LA SANGRE

Neurología. El equipo de científicos de la Universidad de Zhengzhou, liderado por Wei Cheng, analiza los datos de más de 4.500 personas e identifica cambios en la concentración sanguínea de los marcadores a los 57, 70 y 78 años

Por Pilar Pérez (Madrid)

Rastrear el deterioro de nuestro cerebro es uno de los desafíos que supone la esperanza de vida. En España se sitúa en los 84 años, uno de los más altos del mundo. Y contamos ya casi ya con más de 14.000 centenarios. Pero llegar a esas edades con la «cabeza en su sitio» requiere conocer qué enfermedades hay que salvar.

Más allá de las demencias, las patologías neurocardiovasculares y las alteraciones funcionales son los obstáculos a los que se enfrenta el cerebro. Esos daños no surgen de un día para otro. Y los científicos buscan pistas sobre su aparición

con métodos que sirvan para adelantarnos y evitarlos. En 2050, más de mil millones de personas en el planeta superarán los 65 años. Esto se traduciría en unos 130 millones con Alzheimer, 20 millones en el caso del párkinson.

En este sentido, la revista *Nature Aging* publica un trabajo de un equipo de investigadores de China, encabezado por Wei Cheng de la Universidad de Zhengzhou, que ha buceado entre 3.000 proteínas plasmáticas para colocar en la diana 13 relacionadas con el envejecimiento cerebral en humanos. Validaron seis de ellas: GDF15, BCAN, TIMP4, KLK6, ADGRG1 and LGALS4. Y apuntaron la huella de

los niveles de dos de ellas en sangre: BCAN y GDF15 se asociaron con la demencia, el ictus y la función del movimiento. En concreto, «hemos identificado BCAN como un marcador biológico neuronal en unas edades clave. Esto abre posibilidades intervencionistas en el futuro». Los mencionados cambios en las concentraciones alcanzarían su máximo a los 57, 70 y 78 años. Esta medición la han conseguido detectar en un grupo de casi 5.000 personas. Una de las limitaciones que subrayan los investigadores es que la cohorte elegida es fundamentalmente europea, ya que los datos proceden del Biobanco de Reino Unido. A los 57 años los marcadores están más asociados con los procesos metabólicos (hipertensión, diabetes, colesterol). Al inicio de la séptima década los mecanismos alterados son vías neuronales y de desarrollo, y al final, a los 78, se identificaron procesos biológicos complejos de comunicación.

¿Cómo llevaron a cabo la búsqueda de pistas? Para determinar las proteínas emplearon los datos de las pruebas de imagen de casi 11.000 personas. Después, buscaron su presencia en sangre, ya que «sirve de mediador entre el cerebro y la periferia, y los cambios en la abundancia de proteínas plasmáticas reflejan alteraciones en el cerebro asociadas a trastornos neuropsiquiátricos, debido a la comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central y la circulación periférica».

Los autores afirman que estas edades pueden reflejar transiciones en la salud del cerebro humano en momentos concretos. Desde la Sociedad Española de Neurología (SEN), Federico Castillo, destaca que «el gran aporte de este trabajo es buscar una serie de marcadores en plasma [sangre] y luego, como resultado secundario describen unos picos de edad relacionados con el envejecimiento». Para Castillo esta propuesta de «investigación básica» puede encontrar su utilidad a largo plazo en la clínica. «De momento, ya vemos coincidencias de consultas a estas edades. No nos sorprende. Si será útil de cara a un futuro poder establecer cribados», argumenta.

Sobre el estudio en concreto, Ander Matheu, investigador principal del CIBERFES (área CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable), resalta que «es interesante e importante que descifra trayectorias de envejecimiento cerebral con picos o edades que se

Varias personas juegan al ajedrez en varios bancos de la céntrica calle Larios de Málaga. CARLOS DÍAZ / EFE

presentan como momentos clave». Además, el jefe del grupo de Oncología Celular del IIS Biopuzkoa, subraya que se identifica «biomarcadores y procesos biológicos relevantes en el deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas, así como en esos picos o edades clave. Para ello, combina diferentes aproximaciones metodológicas como resonancia magnética, biología computacional e inteligencia artificial y estudios biológicos ómicos».

En el trabajo, los autores detallan que en este proceso «han utilizado imágenes multimodales de resonancia magnética cerebral y modelos de aprendizaje automático». También explican que ya hay estudios previos han demostrado las asociaciones entre la desviación entre la edad cerebral prevista y la edad cronológica, conocida como BAG, y múltiples trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo la enfermedad de Alzheimer (entre un 3-4% de la población mundial de entre 75 y 79 años está diagnosticada) y de Parkinson (la edad media de detección son los 60 años), la depresión, la esquizofrenia y el ictus. Matheu explica la importancia de la denominada BAG: «Es un termómetro-indicador de la edad biológica del cerebro, que no tiene que coincidir con la edad cronológica. Por ejemplo, puede indicar que una persona de 50 años tiene un envejecimiento cerebral de una persona de 70 o viceversa. Usando herramientas de inteligencia artificial identifica que regiones del cerebro están más alteradas y cuales menos con el envejecimiento, así como las que se asocian a enfermedades neurodegenerativas, ictus, etc.».

Castillo se muestra realista. «A día de hoy no vamos a hacer un cribado en sangre a toda la población para ver si están alteradas estas proteínas», sentencia. Si bien asegura que las edades pico ya se «intuían en la práctica clínica» porque el proceso del envejecimiento «no es lineal». «Hay mo-

“Este trabajo aporta las pistas en sangre de los marcadores ligados al envejecimiento”

“La investigación ha empleado diferentes metodologías, como la IA y estudios biológicos”

mentos en los que se sabe que llegan los mazazos: la jubilación es uno de ellos. ¿Los 57? ¿La década de los 70? Son edades en las que vemos gente en las consultas», resume el portavoz de la SEN. Para el investigador vasco esto significa que en estas edades se producen alteraciones importantes que tienen un impacto en el envejecimiento cerebral futuro.

PAPEL | SALUD



El equipo antisuicidios de la Guardia Civil, comandado por el coronel José Luis González, Ángel Navarrete.

SUICIDIOS EN LAS FUERZAS DE SEGURIDAD: "COMO UNO 'VA DE VERDE' NO TIENE PERMISO PARA QUEBRAR"

Once Vidas. Guardias civiles y policías nacionales forman un colectivo resiliente, pero también vulnerable por factores de riesgo normalizados, como el estrés y el trauma. Este año han fallecido 21 agentes, cinco más que en 2023

Por Yaiza Perera (Madrid)

Del día más duro de su vida emerge hoy, dos años después, un único recuerdo cálido: el abrazo de aquel guardia civil que la sostuvo tras conocer la muerte de su hijo por suicidio. Tampoco se borrará nunca de la memoria de otra mujer en Valencia cómo aquel policía nacional la resguardó con fuerza entre sus brazos durante una crisis de ansiedad tras la dانا.

Trabajar en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado supone mirar de cara al dolor. Actúan ante catástrofes naturales, agresiones sexuales, narcotráfico, accidentes, rescates... Son situaciones de alto estrés y trauma que afrontan mientras combaten conflictos internos como cualquier ser humano. En ese transcurrir diario hay otro riesgo invisible: el estigma que impide hablar de su vulnerabilidad y pedir ayuda. En 2024 han fallecido por suicidio 11 guardias civiles, una muerte más respecto al año anterior, y 10 policías nacionales, cuatro pérdidas más.

La Guardia Civil estudia la conducta suicida desde hace 40 años, una preocupación que se materializó en 2002 en un plan específico actualizado en 2010. La Policía Nacional cuenta con uno desde hace cuatro años: «Como uno viste de verde no tiene permiso para quebrar», lamenta José Luis González, coronel jefe del

Servicio de Psicología de la Dirección General de la Guardia Civil. Las campañas buscan combatir esa idea: «En tu vida personal pide refuerzos también».

Javier Muñoz Moreno es psicólogo del Equipo de Intervención Psicosocial de la Policía Nacional. Lucha contra esa arriesgada imagen de «superhombres». No se habla de vulnerabilidad en un colectivo que lo es «especialmente al estar en contacto con lo peor de la sociedad». En su labor diaria se encuentra con compañeros con problemas «muy graves» que no han compartido. Desde 2018, la asociación Ángeles de Azul y Verde vela por el bienestar de los agentes. Su vicepresidenta, Mónica Blasco, hace hincapié en la necesidad de «normalizar» el sufrimiento y no esconder las emociones: «Vas apartándolas hasta que ya no puedes porque hay demasiado». Ese *demasiado* puede ser letal.

La conducta suicida es muy compleja y en esos dolor, desesperanza y desconexión se entrelazan factores de tipo biológico, psicológico y social. Existen circunstancias que pueden actuar como desencadenantes y en la Guardia Civil y en la Policía Nacional se conocen porque en todos los casos de suicidio se realiza una autopsia psicológica. A través de esta técnica se habla con familiares, superiores y compañeros para comprender mejor qué provocaba tanto sufrimiento. También ayuda a detectar factores de riesgo. En el 95% aparecían como principales precipitantes problemas de pareja, legales, económicos y trastornos psicológicos. En el 5% restante, laborales. El exceso de carga de trabajo, las largas jornadas, la falta de conciliación y la tensión constante son para la Asociación Unificada de la Guardia Civil circunstancias que merman la salud mental y por ello pide medidas que promuevan el bienestar, más psicólogos y formación continua en gestión emocional y resolución de conflictos.

El esfuerzo en prevención se dirige a que un guardia civil no piense en quitarse la vida a través de recursos para que exprese su malestar y reforzar la detección temprana. Durante los procesos de selección, ascensos y especialización se realizan preguntas sobre conducta suicida y en todas las escalas se dan charlas de prevención. Los policías también reciben formación. En este colectivo es vital el papel de los compañeros, que sepan cómo actuar si perciben sufrimiento. En la Guardia Civil el protocolo de conductas anómalas da desde 2018 esa orientación. «¿Notas algo distinto? ¿Rompe tu silencio, no le juzgues, escúchale y dale apoyo, presta atención a las señales, no mires hacia otro lado, animale a pedir ayuda», reclaman los trípticos en los cuarteles. «Muchos dicen que siguen vivos gracias a aquella conversación con un compañero o a que habló con el psicólogo», asegura Benito Florido, comandante psicólogo.

El tabú ha ido perdiendo peso pero aún hay «muchísimo trabajo que hacer», asegura Blasco. La retirada del arma despierta recelo por el temor de que la baja sea una mancha en el expediente. Para ella Blasco clave mejorar la formación en gestión de equipos, «un buen ambiente laboral aumenta el sentido de pertenencia».

LA IA VE FUERA DE ALCANCE LIMITAR A 1,5°C EL CALENTAMIENTO

Crisis climática. Prevé que la mayoría de las regiones terrestres superarán el umbral crítico en 2040; y la zona mediterránea irá más allá de los 3°C en 2060

Por Ricardo F. Colmenero

Tres destacados científicos del clima han pasado por el filtro de la Inteligencia Artificial los resultados de diez modelos climáticos globales, y sus previsiones son aún peores que las dibujadas por los humanos, superando en varios lugares del mundo, entre ellos el Mediterráneo, los umbrales de calentamiento que desencadenarían fenómenos meteorológicos extremos.

El estudio, publicado en *Environmental Research Letters* por IOP Publishing, prevé que la mayoría de las regiones terrestres, según la definición del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC), superarán el umbral crítico de 1,5 °C en 2040 o antes; y varias de ellas van camino de superar los 3 °C en 2060, cuando el informe de evaluación del IPCC, basado en más de 30.000 estudios científicos de 270 autores procedentes de 67 países estimaba que, de seguir la tendencia actual, nos dirigiríamos a un escenario de entre los 2,3 y 2,7 °C de subida para 2100.

De este modo, el objetivo global de limitar el calentamiento a 1,5 grados por encima de los niveles preindustriales está ahora casi con certeza fuera de alcance, incluso si la humanidad cumple los objetivos actuales de reducir rápidamente las emisiones de gases de efecto invernadero a cero neto para la década de 2050.

Según la IA, el peor escenario está reservado para el sur de Asia, el Mediterráneo, Europa central y partes del África subsahariana, lo que agravará los riesgos para los ecosistemas y las comunidades vulnerables.

«En los últimos años hemos visto cómo los impactos se han acelerado en todo el mundo, desde olas de calor y lluvias torrenciales hasta otros fenómenos extremos. Este estudio sugiere que, incluso en el mejor de los casos, es muy probable que experimentemos condiciones más severas que las que hemos estado enfrentando recientemente», dijo Noah Diffenbaugh, científico climático de la Escuela de Sostenibilidad Doerr de Stanford, y coautor del estudio con Elizabeth Barnes, científica climática de la Universidad Estatal de Colorado.

De acuerdo con el último informe del IPCC, si el calentamiento supera los 1,5°C, asistiremos a fenómenos extremos como fuertes tormentas, olas de calor, sequías más prolongadas, precipitaciones más torrenciales y muerte masiva de bosques. Además, muchos glaciares desaparecerán por completo o perderán la mayor parte de su masa.

Con un calentamiento de 2°C, la seguridad alimentaria en el África subsahariana, Asia del Sur o América Central se verá considerablemente afectada. Entre 800 a 3.000 millones de personas en todo el mundo sufrirán escasez de agua crónica. Y aunque ya se han certificado las primeras extinciones de especies, el riesgo sería 10 veces mayor con un aumento de 3°C.

El PP denuncia el «colapso» sanitario si se incorporan los mutualistas

Culpa al Gobierno de generar un problema que no existía y reclama una licitación de las mutuas con primas ajustadas / Solicita la comparecencia de los ministros López y García

MILAGROS HERVADA SORIA
El PP de Soria denuncia el «colapso» que supondría en la sanidad pública la incorporación de los mutualistas si finalmente queda desmantelado el sistema de aseguradoras para los funcionarios públicos. El diputado por Soria Tomás Cabezón, acompañado por el senador José Manuel Hernando, aseguró que el problema no sólo afecta a los 4.500 mutualistas de la provincia sino que tendrá un «impacto directo» sobre los 90.000 habitantes de la provincia por la situación sanitaria que se derivaría de carga adicional en el Sacyl.

Aunque no existe una estimación de los médicos que serían necesarios, desde el PP señalan que el problema que ha generado en Gobierno, «donde no lo había», es «especialmente grave» para provincias como Soria, porque no existe una planificación del Ejecutivo para asumir el impacto y proveer nuevos recursos económicos y de sanitarios.

«El modelo de Muface, que durante décadas ha garantizado una asistencia sanitaria de calidad, está siendo puesto en jaque por la gestión irresponsable del Gobierno central. Más de 4.500 mutualistas en Soria ven amenazado su derecho a elegir un sistema sanitario que ha funcionado de manera eficaz y que también alivia la presión sobre el sistema público», recalcó Cabezón.

La propuesta del PP de Soria pasa por que el Gobierno garantice la continuidad de Muface y apruebe una licitación del servicio de las aseguradoras con primas ajustadas a las necesidades para proteger «el derecho de elección de los mutualistas», así como un plan para la sanidad de Castilla y León con «recursos suficientes adicionales para el Sacyl».

Además, los populares ya han solicitado la comparecencia de los ministros de Transformación Digital y de la Función Pública, Oscar López, y de Sanidad, Mónica García, criticando que López esté más preocupado de su candidatura al PSOE de Madrid que de cumplir con su Ministerio. También han presentado 80 preguntas parlamentarias para exigir claridad y soluciones concretas, y se han reunido con representantes de las mutuas y mutualistas para buscar soluciones a la situación generada.

Cabezón reconoció que podría entenderse que el Gobierno quiera acabar con el sistema de mutuas, pero ha de ofrecer una alternativa, ya que se trata de un derecho adquirido por los funcionarios públicos y por lo tanto han de poder ejercerlo. «El modelo ha garantizado durante décadas la asistencia sanitaria de calidad y ha funcionado de manera eficaz, aliviando la presión al sistema sanitario público».



Los parlamentarios del PP por Soria, José Manuel Hernando y Tomás Cabezón, a las puertas de Muface. M.H.

blico», puntualizó. El diputado se refirió a la «incertidumbre» provocada en los mutualistas, que ya han comenzado a sufrir suspensiones de citas médicas programadas, señaló, culpando al Gobierno de la no renovación del convenio con las mutuas.

«Quieren acabar con Muface pero

sin tener una alternativa sobre la mesa. Yo podría entender que un Gobierno pueda querer acabar con un sistema sanitario como el que hay de la mutualidad, pero para ello hay que tener un cronograma, con actuaciones previstas, una dotación económica para transferir a las comunidades au-

tónomas y un plan de médicos para poder trasladar a los territorios para absorber toda la carga de trabajo».

El convenio con las mutuas finaliza en febrero y actualmente está en fase de «concurso de ideas», dijo el PP.

«Vemos más al alcalde viajando por el mundo que en la ciudad»

Cabezón lamenta que no se hayan presentado los Presupuestos Generales del Estado que afectan a proyectos sorianos

M.H. SORIA

El diputado del PP por Soria, Tomás Cabezón, declinó posicionarse sobre la posible candidatura de Carlos Martínez Mínguez al frente del PSOE de Castilla y León, mencionando que el actual secretario regional, Luis Tudanca, aún no se ha pronunciado, pero al mismo tiempo reconoció su «preocupación» por lo que calificó como «inactividad» de Carlos Martínez en la ciudad de Soria.

«Es algo que los sorianos empezamos a notar», señaló Cabezón. «Vemos más fotos de Carlos viajando por el mundo que dando las ruedas de prensa posteriores a las juntas de Gobierno, que son muy interesantes y trasladan el pulso de la ciudad y de lo que quiere impulsar el alcalde en la ciudad».

Eso es lo que empezamos a echar de menos los sorianos», recalcó.

Por otro lado, también criticó que el Gobierno aún no haya presentado los Presupuestos Generales del Estado, que deberían haber estado antes de octubre, «ya a los sorianos nos preocupa, que va a pasar con lo vinculado a los presupuestos del próximo ejercicio», citando la autovía A-15, entre otros tramos de autovía, la electrificación prometida entre Soria-Torralba, el estudio de viabilidad de la línea Soria-Castejón, la presa río Mayor o el Museo de la Fotografía...

Se refirió igualmente a la posible aprobación de la Ley de Movilidad Sostenible que incluye la implementación de la condición del empujamiento para el uso de la

conexión al AVE de Soria-Calatayud, vía enmienda de los socialistas, «o vamos a tener que ir a los presupuestos, como planteaba Luis Rey», dijo Cabezón, quien recriminó que se vea ahora que se podía haber hecho con una enmienda a la ley y por tanto ya podía estar en vigor desde hace un año.

Con respecto al estudio de viabilidad de la Soria-Castejón, el diputado afirmó que no disponen de ninguna información. «La subsecretaria dijo que antes de fin de año tendríamos noticias, le quedan 21 días. Mucha prisa se van a tener que dar para dar respuesta», señaló Cabezón: «Eso denota el compromiso del Gobierno con Soria, no es que lleguen tarde las obras, es que llegan tarde hasta los estudios».

La jueza de El Burgo entra en el nuevo Pleno del TSJCyL

SORIA

La Sala de Gobierno del TSJCyL, reunida ayer en el Palacio de Justicia de Burgos, ha conformado el nuevo Pleno en el que han jurado y tomado posesión los 14 representantes elegidos tras las elecciones celebradas el pasado 26 de noviembre. Tras esos comicios formará parte del Pleno Belén González Sánchez, titular del juzgado de Primera Instancia e Instrucción de El Burgo de Osma.

La participación fue del 81,8% al haber ejercido el voto 257 jueces y magistrados de un total de 314, según informaron desde el propio Alto Tribunal de la Comunidad. El Pleno de la Sala de Gobierno del Tribunal Superior de Justicia está formado por 28 miembros: 14 electos y 14 natos. Los miembros natos son los cinco magistrados presidentes de la Sala de lo Civil-Penal, los dos Salas de lo Contencioso-Administrativo y las dos de lo Social; y los presidentes de las nueve Audiencias Provinciales. Además, forma parte de la Sala la secretaria de Gobierno del alto tribunal autonómico.

Webinar de FOES para evitar fraudes en el comercio electrónico

SORIA

Bajo el título 'Comercio electrónico seguro: claves para evitar fraudes online', FOES ofrece a sus empresas un nuevo webinar gratuito con el objetivo de analizar los diferentes métodos de compra y venta en internet así como las alternativas de ciberseguridad de cada uno de ellos. Además, se presentarán ejemplos de casos reales con el fin de detectar sus vulnerabilidades de seguridad que pueden finalizar en potenciales estafas, explicando a los participantes medidas de seguridad a tener en cuenta para reducir dichos riesgos. La jornada online dará comienzo a las 11.00 horas con la bienvenida de Marcos Nieto, Responsable de la Oficina Aceleradora de Pyme de FAE Burgos, continuación Natalia Eguíluz, Técnica de Innovación de CTME, tras explicar brevemente la labor que desarrollan desde la Fundación Centro Tecnológico de Miranda de Ebro, analizará junto a Pedro Sainza, Ingeniero Informático de CTME, los posibles riesgos de las compras y ventas en internet.

CASTILLA Y LEÓN

Mutualistas y sindicatos salen a la calle para exigir que siga Muface

Varias organizaciones sindicales convocan hoy una concentración en las sedes provinciales para reclamar al Gobierno un nuevo acuerdo

D. G. VALLADOLID

Los sindicatos representantes de los trabajadores públicos mutualistas convocan hoy una movilización en Valladolid para reclamar una solución y un acuerdo respecto a Muface, después de que la primera licitación del concierto sanitario quedara desierta por que las aseguradoras no se presentaron a la renovación del convenio al no considerar suficiente la subida de la prima propuesta por el Gobierno.

ANPE, junto a UGT, USO, ADIDE, USIE, UFP, ACAIP y SIAT, anunció ayer la concentración frente a la sede de Muface en Valladolid, a las 18.00 horas, y que se une a las convocatorias en todas las capitales provinciales para reclamar una solución que dé «tranquilidad y calma» para la asistencia sanitaria a casi 1,5 millones de personas en España, 76.682 en Castilla y León.

Los sindicatos convocantes indican que la asistencia sanitaria a estos funcionarios y funcionarios está «seriamente comprometida» tras la renuncia de las aseguradoras a acudir al concierto sanitario de Muface. Por ello, exigen «celeridad» al Gobierno para cerrar un nuevo convenio y poner sobre la mesa un Plan de viabilidad para la asistencia sanitaria del funcionario público.

Por otro lado, denuncian a unas aseguradoras «insaciables» que, desde su punto de vista, «quieren aumentar sus beneficios económicos a costa del Estado y a costa de la selección de riesgos», derivando a la sanidad pública los casos más graves y caros de atender. Todo ello con el argumento de que el modelo con el Muface está «infrafinanciado».

Con este contexto, reclaman a las aseguradoras la «necesidad» de alcanzar un acuerdo, «priorizando la debida atención sanitaria de las personas mutualistas a créditos económicos que pusieran en peligro la nueva licitación». Asimismo, exigen que se concrete «lo antes posible» un acuerdo «estable, razonable y satisfactorio, que garantice la asistencia y calidad sanitaria de los empleados públicos, en la que los servicios médicos ofertados no se vean mermados, sino que, por el contrario, mejoran sus prestaciones».

Además, los grupos sindicales exigirán «más transparencia por parte del Gobierno y de la propia mutualidad en todo este proceso, y la participación de los sindicatos en el mismo».

Por parte de CSIF, en palabras de su presidente autonómico en Casti-

lla y León, Benjamín Castro, apuesta por la renovación de otro concierto con el Gobierno, por lo que recordó los centenares de quejas que se han tramitado ante el Defensor del Pueblo en las que se denuncia que las clínicas están anulando, retrasando y suspendiendo citas médicas e intervenciones quirúrgicas ante la incertidumbre sobre el concierto sanitario.

NUEVA LICITACIÓN

Ante ello, la respuesta del Gobierno ha llegado a través del ministro para la Transformación Digital y de la Función Pública, Oscar López, quien garantizó que habrá «una nueva licitación antes de que acabe el año», después de lanzar una consulta al sector asegurador para saber a qué precio aceptarían acudir a un nuevo concierto sanitario para el período 2025-2027.

Sobre la prestación sanitaria a los mutualistas, López aseguró que su prestación sanitaria está garantizada por la Ley de Contratos del Sector Público: «Les ampara y, por lo tanto, se prorrogará el servicio mientras se resuelva la licitación».

EL MUNDO. Martes, 17 de diciembre 2024

El Gobierno azuza las dudas sobre Muface

Defiende ahora el trasvase a la pública de un millón y medio de funcionarios

CRISTINA ALONSO MADRID

Lejos de tranquilizar al millón y medio de funcionarios de Muface, el Gobierno no hace más que alimentar las dudas sobre el futuro de la mutualidad. Cuando quedan apenas dos semanas para que acabe el año y empiece la cuenta atrás para el eventual fin del sistema, sale a la luz un conflictivo documento en el que el Ejecutivo defiende el trasvase de los beneficiarios a la sanidad pública, tal y como reclamó el Ministerio de Sanidad en un polémico informe publicado hace ahora un mes en el que justificó el desmantelamiento del modelo.

El Boletín Oficial de las Cortes Generales publicaba ayer una respuesta parlamentaria en la que el Gobierno deja por escrito que «el Ministerio de Sanidad trabaja con la posibilidad de que la totalidad de los funcionarios mutualistas pasen a ser atendidos en la sanidad pública». Y recuerda que, en el informe publicado el pasado 18 de noviembre, el departamento que dirige Mónica García concluye que «el contexto actual hace que, por primera vez en muchos años, la posibilidad de incorporar a la población mutualista a la asistencia sanitaria pública sea una opción tanto viable como razonable».

Recogiendo algunos de los cálculos de aquel controvertido informe que evidenció el choque entre los socios de la coalición en este tema, el Ejecutivo justifica que la sanidad pública estaría capacitada para atender al millón y medio de funcionarios de Muface porque sólo supondría un incremento de poco más del 2% en el número de pacientes. «El eventual trasvase de pacientes mutualistas desde la sanidad privada supondría apenas el 2,12% de los que atienden ahora las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) a través de sus servicios de salud», afirma el texto consultado por EL MUNDO.

La clave de este documento, que firma el Gobierno, a través de la Secretaría de Estado de Relaciones con las Cortes, en respuesta a una pregunta escrita registrada por el Grupo Popular en el Congreso —y, por tanto, no se atribuye a ningún ministerio concreto— está precisamente en el *timing*. El sello de la Secretaría Central del Registro General del Congreso está fechado a 28 de noviembre. Exactamente un mes antes, Sanidad había irrumpido en el debate con su apuesta por aca-

bar con Muface. Y sólo dos días después el Ministerio de Función Pública se desmarcaba de esa iniciativa con la publicación de una consulta preliminar de mercado como paso previo al lanzamiento de una nueva licitación mejorada para intentar convencer a las compañías aseguradoras de que renueven el contrato y sigan prestando sus servicios a los funcionarios.

De hecho, ese siempre ha sido el Plan A del Gobierno, tal y como han venido trasladando tanto desde Moncloa como en el departamento que pilota Oscar López. Por eso llama especialmente la atención la mención al trasvase del funcionario a la sanidad pública que hace el Ejecutivo en esta respuesta parlamentaria que se hace pública, precisamente, cuando el Consejo de Ministros se dispone a dar

«El trasvase supondría apenas un aumento de pacientes del 2%»

Según Moncloa, el 'Plan A' sigue siendo renovar la licitación

luz verde a los nuevos pliegos y mientras miembros del Gobierno siguen lanzando un «mensaje de tranquilidad» a los funcionarios en intervenciones públicas.

Ayer mismo, la propia ministra de Sanidad trasladó ese mensaje de tranquilidad a los mutualistas, pero lo hizo apuntando que la sanidad pública está «perfectamente» preparada para asumir su asistencia y es además «el mejor lugar» donde pueden ser tratados.

Mónica García recordó (como, por otro lado, también indica el Gobierno en el encabezado de su respuesta parlamentaria) que Muface es competencia del Ministerio de Función Pública, pero aún así insistió en la conveniencia del trasvase de funcionarios a la pública.

Según la ministra, todo este asunto se ha generado porque a las aseguradoras «no les dan los números». «No nos engañemos, ellas son las que tienen que firmar ese convenio, y hasta ahora no lo han firmado porque los mutualistas no les salen rentables», enfatizó.

CASTILLA Y LEÓN



Elena García y Alfonso Fernández Mañueco en la presentación del 'Exoesqueleto Pediátrico, Atlas 2030' en León, E.M.

Sacyl completará su red de exoesqueletos pediátricos

Mañueco anunció la incorporación del dispositivo para el hospital del Bierzo y para el resto de provincias que aún no lo tienen para el primer semestre de 2025

LEÓN
La Junta de Castilla y León completará a lo largo del próximo año la red de exoesqueletos pediátricos 'Atlas 2030' con la incorporación durante el primer semestre de uno en el Hospital del Bierzo y, de forma progresiva, en los hospita-

les de carácter provincial en los que todavía no hay. Estos dispositivos se sumarán a los recientemente adquiridos para los hospitales de León, Burgos, Salamanca y Universitario Río Hortega de Valladolid, donde ya existe uno en el Hospital Clínico Universitario, lo que

convierte a la Comunidad Autónoma en «pionera» en el país, con «el 20 por ciento de los dispositivos existentes en toda España».

Así lo avanzó ayer el presidente del Gobierno autonómico, Alfonso Fernández Mañueco, durante la presentación del exoesqueleto pe-

diátrico 'Atlas 2030' en el Complejo Asistencial Universitario de León, donde resaltó la capacidad del dispositivo para llevar, con su tecnología innovadora, «una sonrisa a los niños de toda la Comunidad que tienen patologías neuromotoras, como parálisis cerebral o da-

ño cerebral adquirido» y que, en el caso del Caule, permitirá que 20 niños inicien el tratamiento, a los que «se incorporarán a medida que vaya avanzando en su uso y se amplíen las indicaciones», según informó Ical.

Un aparato que permite incorporar en el Hospital de León la terapia de marcha asistida por robots y lo sitúa «a la vanguardia de España», al tiempo que «potenciará el trabajo de los profesionales como rehabilitadores y terapeutas» e «incrementará el bienestar de los familiares y todo el entorno de los menores».

En la presentación en el Caule del exoesqueleto pediátrico 'Atlas 2030' también participó su creadora, Elena García Armada, quien resaltó la «apuesta por la innovación» iniciada hace más de un año en el Hospital Clínico de Valladolid con «la introducción de este tipo de tecnología para la rehabilitación de los más pequeños en la sanidad pública de Castilla y León». Este hecho, afirmó, «posiciona a la Comunidad como referente en vanguardia e innovación para la salud de los más pequeños».

En representación de las familias, Paula Cristina Arede Ribeiro relató «emocionada y orgullosa» la primera experiencia de su hija, Elena, con el dispositivo que «facilita enormemente la vida a los padres de niños con estas patologías». «Nunca pensé que mi hija iba a estar montada encima de estos aparatos maravillosos», relató.

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Viernes 6 de diciembre 2024

Csif exigirá en la calle la continuidad de Muface por riesgo de «colapso» de Sacyl

VALLADOLID
Ante la inminente desaparición de Muface, el sindicato Csif animó ayer a los funcionarios y beneficiarios mutualistas a participar en la concentración del próximo 14 de diciembre en Madrid, ante la Dirección de Muface, para reclamar la continuidad del concierto y la garantía de la asistencia sanitaria de calidad. El sindicato ha fletado autobuses desde

todas las provincias de la Comunidad, pueden llamar a las diferentes uniones provinciales de CSIF, con el objetivo de movilizar a 2.500 personas.

La Central Sindical Independiente y de Funcionarios (Csif) de Castilla y León urgió al Gobierno de España a llegar a un acuerdo económico y firmar un nuevo concierto «responsable» con las asegu-

radoras de Mufacé, ya que el actual convenio sanitario vence el 31 de enero, por lo que advirtió que 100.000 mutualistas de la Comunidad no pueden depender de decisiones políticas y demagógicas. No en vano, el sindicato subrayó que la intranquilidad y los temores de los funcionarios y beneficiarios de Muface, que ven cómo «se juega» con su salud. De no renovar el convenio, alertó que

el sistema público de salud en Castilla y León quedaría al borde del «colapso», con una tensión «insostenible» en los centros de salud y los hospitales, informa Ical.

Csif recordó que Muface forma parte del Sistema Nacional de Salud desde 1975, que «no se puede hacer desaparecer de la noche a la mañana». El secretario autonómico de Relaciones Institucionales y Comunicación de Csif, Rodrigo Mollado, aseguró en Valladolid que la licitación del nuevo contrato de Muface va «tarde», al señalar que una tramitación administrativa de esta «envergadura» lleva «mucho tiempo».

ACTUALIDAD ECONÓMICA

El choque entre sector y Gobierno acerca la fecha del final de Muface

● Sindicatos y compañías advierten de que no se cumplen las condiciones para extender nueve meses la cobertura como pretende el Ejecutivo ● El convenio sólo garantiza la asistencia hasta el 31 de diciembre

C. R. MADRID

Tranquilidad. Quizás es la palabra más repetida por la Administración, tanto por Muface como por el propio ministro de Transformación Digital y de la Función Pública, Óscar López, desde que el pasado 5 de noviembre la licitación para un nuevo convenio de asistencia sanitaria privada para los más de un millón de funcionarios se quedara desierta. SegurCaixa Adeslas, Asisa y DKV dijeron no a las condiciones propuestas.

Sanidad también se muestra tranquila. El informe de transición *Muface: del seguro privado al Sistema Nacional de Salud* contempla un periodo de nueve meses para hacer la mudanza de forma «paulatina y estratificada» de los pacientes de una cobertura a otra. «El contexto actual hace que, por primera vez en muchos años, la posibilidad de incorporar a la población mutualista a la asistencia sanitaria pública sea una opción tanto viable como razonable», sostiene.

Con la patata caliente entre las manos, la propia mutualidad no se ha cansado de decir que la asistencia a este numeroso colectivo estaba ase-

La licitación se anunció con menos de 3 meses fijados en la ley

gurada, más allá del fin del convenio actual y a la espera de una nueva licitación – como anunció el martes el ministro, para antes de final de año que corra distinta suerte que la primera. Del mismo modo lo ha hecho López y, en ambos casos, no han dicho cómo.

El mantra es que existen «herramientas» en la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) que ofrecen la posibilidad de una prórroga. Sin embargo, desde el sector no lo tienen tan claro; tampoco desde los sindicatos y dudan de que se pueda llevar a cabo esa ampliación automática siguiendo la literalidad de la ley a la que se agarran Muface y el Gobierno.

La norma, en su artículo 29 apartado 4, establece que, «cuando al vencimiento de un contrato no se hubiera formalizado el nuevo que garantice la continuidad de la prestación a realizar por el contratista como consecuencia de incidencias resultantes de acontecimientos imprevisibles para el órgano de contratación producidos en el procedimiento de adjudicación y existan razones de interés público para no interrumpir la prestación, se podrá prorrogar el contrato originario hasta que comience la



Protesta de los sindicatos, ayer en Madrid, para exigir una solución para Muface. EFE

LA NUEVA LICITACIÓN, ¿EN EL PRÓXIMO CONSEJO DE MINISTROS ORDINARIO?

«El Gobierno hará una nueva licitación [para el convenio de Muface] antes de que acabe el año». Así lo aseguró el ministro para la Transformación Digital y de la Función Pública, Óscar López, al término del último Consejo de Ministros. Esa afirmación, con el

calendario en la mano, y si el Ejecutivo no celebra ninguna reunión extraordinaria, deja de margen al Gobierno un Consejo de Ministros ordinario, el próximo, antes de que acabe 2024 para aprobar una nueva licitación y de que concluya la vigencia

del convenio actual el 31 de diciembre. Licitación que, después, deberá ser publicada oficialmente en la Plataforma de Contratación del sector público.

Así lo entienden también fuentes de las aseguradoras, una vez que el informe de la consulta preliminar de mercado lanzada por Muface se ha conocido y que servirá de guía para esa nueva contratación de

asistencia para el más de un millón de funcionarios públicos que optan por la sanidad privada a principios de año.

Sobre la consulta, fuentes de Asisa, una de las dos compañías que respondieron a la mutualidad, se muestran satisfechas porque el informe final recoge una de sus propuestas: la subida de las primas se adaptará a los tramos de edad.

acaba el 31 de enero de 2025 es la cobertura que tienen que dar a sus asegurados las compañías que no van a continuar en el concierto».

Solo hay dos casos en los que la cobertura se alargaría y se refieren a las maternidades que vayan a producirse en febrero, cuya asistencia se ampliaría «hasta recibir el alta después de dar a luz» y en casos de hospitalizaciones, «también hasta el alta y con fecha límite hasta el 31 de marzo de 2025». Las mismas fuentes apuntan que las dudas sobre la prórroga automática y forzosa son generalizadas si bien, reconocen que, «de llegar a ese escenario habría que ver con detalle cuál es la argumentación exacta de la Administración y hacer un análisis para poder tener una respuesta más aquilatada. Pero en lo que estamos ahora mismo –reiteran– es que no está claro que automáticamente se pueda proceder a esa prórroga».

Todo ello como prelude de la manifestación convocada por CSIF para el sábado en Madrid a la que están llamados funcionarios de toda España y que seguirá a la desarrollada ayer por otras centrales.

ejecución del nuevo contrato y, en todo caso, por un periodo máximo de nueve meses».

Para que eso sea posible, la norma también fija un requisito que, en el caso del convenio de Muface, es determinante: «Que el anuncio de licitación del nuevo contrato se haya publicado con una antelación mínima de tres meses respecto de la fecha de

finalización del contrato originario». Unos plazos que no se dan en la licitación desierta de Muface, ya que el Gobierno la aprobó la licitación el pasado 8 de octubre y la publicación oficial se produjo seis días después en la Plataforma de Contratación, es decir, dos meses y medio antes de que finalizase el convenio actual y no tres como marca la ley.

«Existen muchas dudas de que esa prórroga automática se pueda ejecutar porque no se han cumplido los plazos que marca la ley y que son tres meses», señalan fuentes del sector, que aclaran algo más: «No es cierto que el convenio actual finalice el 31 de enero como se está diciendo; el convenio vigente formalmente finaliza el 31 de diciembre de este año. Lo que

ACTUALIDAD ECONÓMICA



Una manifestación de sindicatos de funcionarios en defensa de Muface el pasado miércoles en Melilla. EFE

La crisis de Muface bloquea el alza salarial para funcionarios en 2025

A 15 días para que acabe el año, el Gobierno aún no ha convocado a los sindicatos

CRISTINA ALONSO MADRID
«Quedan 15 días para que acabe el año y no sabemos nada, es una falta de respeto a tres millones de empleados públicos». Con esta reclamación, fuentes de la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) denuncian que, cuando faltan apenas dos semanas para que caduque el pacto salarial vigente, el Gobierno no les ha convocado para negociar un nuevo acuerdo marco que fije la subida de sueldos de 2025 y las condiciones retributivas y laborales para los próximos años.

«No tenemos ninguna noticia», insisten las fuentes consultadas, que consideran «inaceptable» la «dejación» del Gobierno en este asunto. A estas alturas, el Ministerio de Función Pública tendría que haberse sentado con las organizaciones sindicales a hablar, al menos, sobre la actualización de las nóminas de 2025. Pero la llamada aún no se ha producido y, preguntados al respecto, en el departamento que dirige Oscar López evitan despejar la incógnita sobre la apertura de una eventual negociación y se limitan a afirmar que el Ministerio «mantiene un diálogo constante con los sindicatos».

En el flanco sindical señalan que el Ejecutivo está volcado en estos momentos en dar solución a la cri-

sis abierta en Muface por la negativa de las aseguradoras a renovar el convenio que cubre la asistencia sanitaria de un millón y medio de funcionarios y sus familiares. Pero, siendo este un tema vital, por el que incluso se han echado a la calle los grandes sindicatos estos días para exigir la renovación del contrato, consideran que el Ministerio de Función Pública debe «diversificar sus esfuerzos» y «abrir ya el melón» de la subida salarial.

La senda de mejoras salariales pactada entre el Gobierno y los sindicatos CCOO y UGT en octubre de 2022 culmina en 2024 con la subida fija del 2% aprobada el pasado mes de

«Es una falta de respeto a tres millones de empleados»

El acuerdo vigente caducará con la subida extra del 0,5% en enero

junio (con efectos retroactivos desde el 1 de enero) y el extra consolidable del 0,5% que se abonará el mes que viene porque la inflación acumulada en los años del acuerdo ha superado el incremento retributivo aplicado durante estos ejercicios. Pero a partir de ahí, más de tres millones de trabajadores públicos desconocen cuánto les va a subir el sueldo en 2025 y años posteriores.

Por eso desde CSIF reclaman al Gobierno que «se siente a negociar un nuevo acuerdo» y que «aplique la subida por decreto, a falta de Presupuestos Generales del Estado para el próximo año». Este sindicato, que no firmó el acuerdo vigente, denuncia que, como consecuencia de lo que acordaron CCOO y UGT, los empleados públicos han perdido un 6% de poder adquisitivo desde 2022 y exigen recuperar esa capacidad de compra. Aunque evitan poner una cifra a la subida de 2025, lo que sí avanzan es que van a reclamar un acuerdo a varios años con un compromiso para recuperar «de manera progresiva» el poder adquisitivo.

Los sindicatos también están enfocados ahora en presionar para la renovación de Muface, pero no dejan de lado la exigencia de mejora salarial. De hecho, este mismo lunes, 16 de diciembre, CSIF ha convocado

una concentración a las puertas del Ministerio de Hacienda. Previamente, este sábado, se manifestarán para defender el derecho a la atención sanitaria privada de los funcionarios, como ya hicieron el pasado miércoles CCOO y UGT, junto a otras organizaciones.

En el caso de CSIF, el lunes saldrán a la calle para exigir al Gobierno que desbloquee la negociación colectiva de las condiciones laborales que afectan a los empleados públicos no sólo en el ámbito

salarial, sino también respecto a las condiciones de jubilación, la implementación de la jornada laboral de 35 horas semanales o el teletrabajo, entre otros. En paralelo, pedirán la convocatoria de una nueva oferta de empleo público para 2025, eliminando la tasa de reposición, además de la culminación del plan de estabilización de plazas de personal interino. «A 31 de diciembre la cifra no debe superar el 8% del total y las convocatorias que afectan a miles de personas van con retraso de meses», advierten desde el sindicato.

Gran pedido saudí a Navantia tras lograr permiso en Telefónica

C. S. MADRID

Arabia Saudí ha cerrado finalmente la compra de tres corbetas a la empresa estatal española Navantia apenas dos semanas después de lograr que el Gobierno permitiera su desembarco en Telefónica.

Se ha encargado de la firma, según la agencia oficial saudí, incluso Khaled bin Hussein Al-Biyari que es a la vez adjunto al ministro de Defensa saudí y actual consejero de Saudi Telecom (STC), la empresa que ha conseguido autorización para entrar en Telefónica. Por parte de Navantia firma su presidente Ricardo Domínguez, el contrato para el diseño y construcción de una segunda serie de tres corbetas AVANTE 2200, de la misma clase que las ya entregadas a la Marina Real Saudí, según un comunicado de la empresa naval española. No da a conocer el precio, pero sí asegura que son «de la misma clase» que las entregadas hasta ahora, por lo que el precio de venta supera los mil millones de euros.

«Este contrato supone unos cuatro millones de horas de trabajo para la bahía de Cádiz, generando un impacto de hasta 2.000 empleos (empleo directo, indirecto e inducido)», afirma Navantia.

Este diario ya publicó en septiembre de 2023 que Arabia Saudí retenía compras militares al Estado hasta conseguir permiso en Telefónica. La ministra de Defensa, Margarita Robles, negó que hubiera relación entre ambas negociaciones, pero finalmente no se ha desbloqueado ninguna compra en firme a Navantia sin que el Consejo de Ministros haya autorizado el pasado día 28 de noviembre a STC a hacerse con el 9,9% del capital con derecho a nombrar un representante en el consejo de administración.

Lo firmado son finalmente tres



Ricardo Domínguez y Khaled Bityaria. SPA

corbetas, pero fuentes de Navantia dicen que este contrato no impedirá intento de vender cinco buques multimisión a Arabia Saudí, por los que se llegó a un acuerdo en 2022 no concretado.

ESPAÑA

212 sanitarios sin plaza fija por el catalán: «Vuelvo a Andalucía»

La Generalitat rechaza estabilizar a estos interinos, con años de experiencia pero declarados «no aptos» lingüísticamente

VÍCTOR MONDELO BARCELONA
«Vuelvo a Andalucía, no tengo fuerzas para seguir intentándolo. Es totalmente frustrante. Te llegas a sentir inferior a los sanitarios catalano-parlantes». Quién así protesta es Javier Gutiérrez, enfermero pediátrico que trabaja en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona desde hace diez años y que, desde hace seis, lo hace como interino. Este sevillano de 34 años es uno de los 212 sanitarios a los que el Institut Català de la Salut (ICS) —la empresa pública dependiente de la Generalitat que gestiona los principales hospitales de Cataluña— acaba de negarles una plaza fija únicamente por no poder acreditar el suficiente nivel de catalán.

El Institut Català de la Salut ofrecía 12.000 plazas fijas a través de un concurso de oposición para dar cumplimiento a la Ley 20/2021, una norma estatal que, por requerimiento de las instituciones europeas, persigue re-

goria— aportando los títulos exigidos o superando un examen.

El conocimiento de la lengua autonómica es un requisito de imprescindible cumplimiento en Cataluña para acceder a la condición de funcionario y, en estos casos, ha ejercido como factor excluyente pese a la contrastada experiencia de los sanitarios descartados.

Esta era la tercera ocasión en la que Javier era declarado «no apto» en el examen de catalán. La tercera, en la que el factor lingüístico le ha privado de una plaza permanente. No volverá a intentarlo. En mayo regresará a su tierra natal para probar suerte en las oposiciones de la sanidad andaluza y, en función del resultado, decidirá su futuro, a pesar de que se declara «totalmente integrado en Cataluña», donde vive con su pareja, también sanitaria, y elogia el «increíble» hospital que es Vall d'Hebron, en el que ingresó hace una década como residente.

«Consiguen que la gente que vale y está motivada se acabe hartando y yendo. Por el catalán, acaban perdiendo profesionales valiosos e integrados que vuelven a sistemas sanitarios donde no se les pone trabas lingüísticas», constata el enfermero sevillano, quien también denuncia la «opacidad» del examen de catalán, cuyos requisitos de corrección «no son comunicados a los aspirantes». «No sabes si están aprobando a alguien a dedo», sostiene.

Javier relata cómo tuvo que escribir un artículo de opinión en nada relacionado con la cuestión sanitaria y resolver cuestiones gramaticales complejas. «Era un examen para un periodista, no para un enfermero. Estaba totalmente fuera de lugar», lamenta, al tiempo que pide «personalizar cada caso», valorar la experiencia sanitaria y ofrecer fórmulas para acreditar el catalán «a lo largo de los años», en lugar de usar la lengua como elemento eliminatorio.

Se da la circunstancia añadida de que estos 212 sanitarios fueron declarados erróneamente como aprobados, inicialmente. El Institut Català de la Salut publicó el 24 de noviembre una resolución en la figuraban como candidatos que habían superado la oposición estos 212 trabajadores. Unos días después, el sindicato UGT advirtió del error cometido y el 27 de noviembre la empresa sa-



Javier, enfermero interino en el hospital Vall d'Hebron, declarado «no apto» en catalán. E. RACÓ / ÁRABA PRESS

JAVIER

«Consiguen que la gente que vale se harte y se acabe yendo»

SANDRA

«Para mi trabajo, el catalán no es básico. Soy buena profesional»

RESOLUCIÓN

La Generalitat publicó por error una lista en la que eran aceptados

ducir el problema de la temporalidad excesiva y abusiva en las Administraciones Públicas, estabilizando las plantillas. Y estos dos centenares de sanitarios, que llevaban un mínimo de cuatro años como interinos en Cataluña, y que en determinados casos alcanzaban décadas, no pudieron lograr su plaza al no haber sido capaces de demostrar un nivel B2 o C1 de catalán —en función de la cate-



Sandra, sanitaria también excluida por su nivel de catalán. G. LEIZA / A.P.

nitaria dependiente de la Generalitat emitió una segunda resolución —a la que ha tenido acceso EL MUNDO— y en la que se daba publicidad al resultado final del concurso eliminando del listado a «las 212 personas aspirantes que no han acreditado el conocimiento de lengua catalana». «A raíz del aviso de UGT, se ha publicado una nueva diligencia donde han decaído 212 aspirantes que no habían superado/acreditado la prueba de catalán y que, por tanto, no tenían que figurar en los listados», se jactó la sección sindical de UGT en el Institut Català de la Salut, en una circular consultada por este diario.

La empresa vinculada a la Generalitat catalana asegura a EL MUNDO que el hecho de que los sanitarios no hayan superado el concurso de oposición «no supone directamente su cese de la plaza que ocupen, ya que pueden continuar manteniendo su condición de interinos o sustitutos». La consideración del

Institut Català de la Salut no tranquiliza a Sandra Morales, administrativa de 52 años que lleva trabajando 18 años en el Institut Català de la Salut y casi ocho como interina en el Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) Disset de Setembre, de El Prat de Llobregat.

GENERALITAT

«Pueden continuar manteniendo su plaza de interino»

RECURSO

«Tienen que demandar. Es una discriminación lingüística»

PROPUESTA

El PP pide que el catalán no sea un requisito y el PSC lo rechaza

En la primera lista emitida por el Institut Català de la Salut, Sandra—nacida en Cataluña, pero residente en Venezuela durante muchos años—ocupaba el puesto número 34, una situación de privilegio que le garantizaba plaza fija, pero pasó a quedar eliminada como el resto de los 212 trabajadores sanitarios que no demos-

traron suficiente nivel de catalán. Esta profesional, que rechaza ser fotografiada por temor a ser señalada, subraya que ya ha probado «ser una buena profesional que ha demostrado los conocimientos necesarios» y ha podido desarrollar correctamente su trabajo a lo largo de estos años, incluso comunicándose en catalán cuando alguien se le dirigía en esa lengua, aunque no considera el idioma «algo básico para trabajar».

Temer Sandra que la plaza que ocupa como interina acabe saliendo a concurso y se vea condenada a «volver a empezar como suplente». «Ya me lo he ganado; he pasado por muchos ambulatorios antes de llegar aquí», se indigna.

«No estabilizar y dar plaza fija a personal sanitario por no acreditar un nivel de catalán determinado cuando llevan años trabajando sin problemas en los hospitales catalanes es totalmente arbitrario. Y mantenerlo años en precario y con la amenaza constante de irse a la calle por no tener ese nivel de catalán, algo injusto e inmoral», considera Àngel Escolano, presidente de Convivència Cívica Catalana. «Discriminan por motivos lingüísticos a trabajadores de una manera caprichosa, dejando en precario a empleados que llevan años trabajando para la Administración al exigirles un requisito que la práctica ha demostrado que no les hace falta para su trabajo», abunda este letrado, que insta a los afectados a «demandar ante esta situación», ya que, alega: «En Cataluña, aplicando ese requisito, no se está estabilizando correctamente al personal interino, al exigirles requisitos ilógicos».



Begoña Suárez, la enfermera gaditana expedientada tras criticar el Ci de catalán. E.M.

LA BARRERA DEL CI QUE DENUNCIÓ LA ENFERMERA GADITANA

Begoña Suárez, la enfermera gaditana de 25 años que en 2023 fue hostigada por el independentismo y que acabó expedientada por la Generalitat con una «falta grave», protestó por «el puto Ci». Así se rebeló la sanitaria contra el nivel de catalán exigido para obtener una plaza fija en el sistema sanitario de Cataluña. Esa misma condición excluyente priva ahora a 212 sanitarios de poder estabilizar su situación laboral después de un mínimo de cuatro años trabajando como interinos en la región y, por tanto, de haber acreditado una solvencia contrastada.

El PSC, partido que gobierna actualmente la Generalitat, bendice que el catalán sea una condición excluyente en la selección de empleados públicos. La última vez que lo

evidenció fue el pasado 28 de noviembre, cuando se alineó con los partidos independentistas para tumbar en el Parlament una moción presentada por el PP que llamaba a

«abandonar la imposición lingüística en el sistema de salud, apostando por el conocimiento del catalán como un mérito en la carrera profesional y no como un requisito».

INDICADOR DE RIESGO
Cuenta corriente y depósito

1 / 6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Entidad bancaria adherida al Fondo de Garantía de Depósitos Italiano (F.I.T.D.). Importe máximo garantizado hasta 100.000 euros por titular.
ALERTA DE LIQUIDEZ
Depósito

La venta o cancelación anticipada no es posible o puede implicar pérdidas relevantes.



DEPÓSITO A PLAZO

FACTO

AHORRA CON UN DEPÓSITO A PLAZO EN FACTO

Y HAZ REALIDAD TUS SUEÑOS

NO ESPERES MÁS, ABRE TU DEPÓSITO HOY

3,55% TAE* **A 3 MESES**

*TAE del 3,546% (3,50% TIN) para un depósito a 3 meses. A partir de 5.000 € y con liquidación cada 90 días sin renovación automática. Oferta para particulares. El depósito Facto requiere la contratación de una cuenta corriente. No existe el derecho a la cancelación anticipada. Facto es una marca comercial de BIF Bank SpA.



CASTILLA Y LEÓN

Castilla y León, la más lenta en tramitar los procesos de eutanasia

La Comunidad lleva 23 realizadas desde que existe la ley, 12 de ellas el último año / Uno de cada tres solicitantes muere antes de que se resuelva el expediente, denuncia DMD

SANTIAGO G. DEL CAMPO
VALLADOLID

El pasado año se atendieron en Castilla y León 27 solicitudes de prestación de ayuda a morir según el Ministerio de Sanidad, y 26 según la Consejería de Sanidad de la Junta. Esta última aporta otros dos datos, y suma cuatro solicitudes más que, aunque presentadas en 2023, no habían concluido su tramitación a 31 de diciembre, lo que eleva las peticiones a 30. Otras cuatro habían sido presentadas en 2022 y se resolvieron en 2023.

Precisamente esta disparidad de datos, junto a la «ocultación» de los mismos, es uno de los aspectos que denunció ayer la asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD), en una rueda de prensa en la que relató cómo la entidad tuvo que acudir al Procurador del Común para que se les aportasen cifras sobre la prestación. «Los datos sobre las solicitudes de eutanasia son un gallimatías en todo el estado, trabajamos a oscuras», aseguró el médico y activista de DMD, Fernando Sanz. Desde la puesta en marcha de la Ley de eutanasia en 2021 hasta el 31 de diciembre de 2023, Castilla y León ha registrado 63 solicitudes, con un total de 23 autorizaciones de eutanasia.

En lo que sí concuerdan ambas administraciones es que en 2023 llegaron a realizarse doce eutanasias en Castilla y León. Desde la entrada en vigor de la ley que regula la eutanasia en junio de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2023, se atendieron en España 1.515 solicitudes de prestación de ayuda para morir: 173 durante 2021, 576 en 2022 y 766 en 2023.

Según los datos del estudio del Ministerio once de las solicitudes de la Comunidad en 2023 fueron de hombres y 16 de mujeres, y las patologías de base mayoritarias fueron enfermedad neurológica y oncológica.

DMD puso de manifiesto que Castilla y León es la comunidad autónoma que más tarda en tramitar los expedientes de eutanasia, con un plazo medio de respuesta de 81 días, cuando la media nacional se sitúa entre los 35 y los 40 días. La asociación lamenta que un tercio de los solicitantes muere antes de que se resuelva el expediente, otro tercio se deniega y solo un tercio llega a término.

Pero el mayor problema no está en la burocracia de la Junta. Uno de los mayores escollos a la prestación real de la eutanasia está en la objeción de conciencia del personal sanitario, un total de 1.011 profesionales. Existen 764 médicos, 234 enfermeras y 13 farmacéuticos inscritos en el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, según la Junta. «Pero aquí no están todos, porque muchos no se registran hasta que les

llega una solicitud», apunta Sanz. Y es que «no hay un procedimiento para sustituir al médico objetor para tramitar una solicitud», remarca. Y mientras no se encuentra otro médico, esa solicitud «es inexistente, no se contabiliza».

Por comunidades, según el Ministerio, la que más solicitudes registró fue en Cataluña, con 219, Castilla y León ocupa el puesto undécimo, con 27, y el último lo ocupan Murcia y Extremadura, con dos cada una.

En el otro lado de la moneda, el pasado año se presentaron 21 revocaciones en toda España. Según el Gobierno central, dos de ellas se realiza-

ron en Castilla y León; según el Gobierno autonómico fueron seis.

Por provincias, Ávila es la única de la Comunidad que no contabiliza ninguna solicitud en los tres años del informe. En el caso de Palencia, registró una solicitud en 2021 y otra en 2022, pero no llegó a realizarse ninguna. En Zamora aunque no llegó a sustanciarse ninguna eutanasia, sí hubo solicitudes; dos en 2022 y otras dos en 2023.

El resto de territorio sí realizaron eutanasias. La que menos Segovia y Soria, con una cada una. En el caso de Segovia fue en 2022, proveniente de una única solicitud ese año. En Soria

hubo más solicitudes, dos cada uno de los tres años, pero la única que se sustanció fue en 2023. Dos hubo en Burgos, una en 2022 y otra en 2023 (1 petición en 2022 y 3 en 2023) y cinco en León, 1 en 2022 y 4 en 2023 (1 petición en 2021, 5 en 2022 y 6 en 2023).

Las provincias con más eutanasias realizadas en la Comunidad Autónoma fueron Salamanca y Valladolid, con ocho cada una. En la provincia charra se solicitaron 2, 4 y 6 en 2021, 2022 y 2023, respectivamente, y se realizaron 2, 3 y 3. En Valladolid se solicitaron 4, 8 y 11 en 2021, 2022 y 2023, respectivamente, de las que llegaron a sustanciarse 1, 4 y 3.



Judit González, Fernando Sanz y Cristina Miner en la rueda de prensa, ayer. DMD

Judit revive la muerte de su padre por ELA: «No llegó a ver tramitada su solicitud»

S. G. C. VALLADOLID

«El caso de mi padre nunca aparecerá en la base de datos de solicitudes de eutanasia de Castilla y León ni de España, porque jamás se le asignó un número de expediente». Con estas palabras Judit González Barcina, hija de un solicitante de eutanasia residente en un pueblo de Burgos que falleció de ELA sin que llegaran a escucharle, denunció ayer la situación burocrática de la asistencia a la eutanasia, que en la mayoría de los casos no llega a prestarse por los muchos escollos que los peticionarios encuentran en el camino. Judit explicó su caso en la rueda de prensa de la asociación Derecho a Morir Dignamente. «Nunca logramos entregar siquiera el primer formulario de solicitud», remarcó.

«Incluso antes de saber que padecía ELA, mi padre dejó claro en su testamento vital que el día que dejara de ser él mismo, no quería seguir viviendo. Era su decisión tomada con lucidez y determinación». En una fase avanzada de la enfermedad, cuando se lo comunicó per-

sonalmente a su médica especialista, esta indicó que la familia debía hablar con el médico rural asignado a la residencia para iniciar el proceso. En ese momento «comenzaron los obstáculos».

La familia habló con la directora de la residencia. «Debía llamar al médico para entregarle la solicitud que mi padre había rellenado». Sin embargo, «el médico nunca se presentó. Nosotros mismos tuvimos que llamarlo bajo cita telefónica. Nos dijo que era objetor y que la familia deberíamos haber ido a hablar con él en persona, infantilizando la voluntad de mi padre».

Viendo la «poca voluntad» de ese médico, la familia se dirigió al especialista para agilizar el proceso, decidida a hacer cumplir la voluntad del padre de Judit. «Unos días más tarde pudimos hablar con la especialista, pero ella, sin informarnos directamente, no recogió el formulario y derivó el caso a un equipo de técnicos». Sin embargo, ese equipo de técnicos «nunca se puso en contacto con la familia». Ante ese silen-

cio, decidieron contactar con la Comisión de Garantía y Evaluación de Castilla y León para saber si ellos sabían algo del caso: «Nos devolvieron la llamada un día después del fallecimiento de mi padre», lamentó Judit en su comparecencia ante los medios de comunicación, sin poder contener las lágrimas.

«Perdimos 24 días intentando iniciar un trámite al cual tenía derecho por padecer ELA. Una enfermedad terminal que aproximadamente en un año se lo llevó», continuó relatando Judit. «El viernes 28 de noviembre de 2024 mi padre nos llamó. Ya no tenía fuerzas para hablar. Me desgarré por dentro al decirle, con lágrimas en los ojos y la voz rota, que estábamos haciendo todo lo posible, pero que nadie quería hacerse cargo de su caso».

«El fin de semana siguiente se despidió de la familia que le visitó y el 1 de diciembre se acostó como cualquier otro día. Murió esa noche solo. Algo que con voluntad política y un sistema eficiente jamás debería haber ocurrido», concluyó.

PAPPEL

Ana, en el centro,
escortada por el
oncólogo José Luis
Fuster y la
investigadora
Clara Bueno, ayer
en Madrid.



EL ENCUENTRO DE ANA CON LOS PROFESIONALES QUE CURARON SU EXTRAÑA LEUCEMIA DEL LACTANTE, 13 AÑOS DESPUÉS

De bebé, la adolescente sufrió un grave tipo de cáncer que casi le cuesta la vida, pero un laboratorio cerca de su casa en Murcia tenía la clave para salvarla

Por Cristina G. Lactio. Fotografía Sergio G. Valero

PAPEL EN PORTADA

Por Cristina G. Lucio (Madrid)

Estoy muy emocionada de estar aquí hoy con las personas que me curaron». Ana sonríe y se coge las manos buscando las palabras para continuar... aunque en realidad no le hace falta encontrarlas porque el brillo de sus ojos ya cuenta lo que siente en su interior. Acaba de conocer a la investigadora y al médico que le salvaron la vida cuando era un bebé y sufrió una grave leucemia. «Si hoy estoy aquí es por ellos», prosigue. Y vuelve a sonreír.

Hace apenas unas semanas que Ana, que hoy tiene 13 años, supo que su historia da para el guion de una película. La adolescente sí era consciente de que a los pocos meses de nacer sufrió un cáncer hematológico muy complejo que a punto estuvo de costarle la vida, pero no sabía que pudo superarlo gracias a una mezcla de intuición, conexiones y mucha investigación. Cuando estaba a punto de quedarse sin opciones, un laboratorio a poco más de 250 km de su casa en Murcia dio con la clave para curarla.

Escucha atenta de nuevo hoy el relato, la historia que ella protagoniza, como si fuera uno de los libros que devora siempre que tiene un hueco entre sus deberes de 2º de ESO.

Empieza a contar la historia José Luis Fuster, jefe de la sección de Oncohematología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia y el médico que llevó su caso, que no había vuelto a ver a Ana desde que era muy pequeña.

«Era febrero de 2012, lo he estado revisando estos días», recuerda. «Ana tenía una leucemia linfoblástica aguda, que cuando se produce en los primeros meses de vida tiene mal pronóstico», detalla. Además, en las células tumorales de la pequeña se había producido un reordenamiento genético particular—en el gen KMT2A—que empeoraba aún más sus perspectivas. «Lamentablemente habíamos pasado ya por casos similares y aunque alguno se curaba con las terapias que teníamos entonces, que eran básicamente quimioterapia y trasplante, sabíamos que eran una minoría los que conseguían superar la enfermedad», señala el oncohematólogo, que rememora sus tribulaciones para intentar hallar opciones terapéuticas para la pequeña.

Para acabar de complicar las cosas, los análisis de la respuesta a los primeros ciclos de tratamiento, mostraron que la terapia no estaba funcionando como debiera.

Con apenas alternativas con las que contar, Fuster recordó el trabajo de Clara Bueno, hoy investigadora del Instituto de Investigación contra la Leucemia Josep Carreras de Barcelona y que entonces trabajaba

la niña había una altísima expresión de FLT3, una proteína que los investigadores estaban estudiando y sabían que se asociaba con un pronóstico aciago. «La situación era muy sombría, pero conocer que existía esa sobreexpresión nos ofreció también una posible diana terapéutica, porque entonces ya había fármacos que se estaban investigando e incluso tenían ya alguna indicación en adultos que se estaban usando para inhibir FLT3», apunta Fuster.

Mediante una fórmula de uso compasivo, que permite administrar un fármaco fuera de la indicación cuando no hay otras opciones disponibles y tras comprobar que era seguro, el medicamento se añadió a su protocolo terapéutico. Y ahí todo empezó a cambiar. «La enfermedad residual que habíamos visto que seguía ahí tras las primeras semanas de tratamiento desapareció por completo», recuerda el médico con satisfacción. «Cumplimos el resto del protocolo de tratamiento, en combinación con este fármaco y, como estaba previsto, se realizó el trasplante», que pudo llevarse a cabo gracias a la compatibilidad de Ana con su hermana mayor, Mónica, que hoy tiene 17 años.

Y las buenas noticias sustituyeron a las malas. Hoy Ana está perfectamente y, como cualquier adolescente, sus preocupaciones tienen más que ver con el instituto —aunque asegura que es muy buena estudiante y que le encantan las matemáticas— o su próximo partido de baloncesto que con el hospital, donde solo va una vez al año para comprobar que todo sigue bien.

«No recuerdo nada de cuando estuve enferma. Solo sé lo que me han contado», asegura. «Que mi padre venía a vernos por la ventana en el hospital o que mi madre tenía mucho miedo de que pudiese coger cualquier infección, que al principio le costaba salir conmigo a la calle por si pasaba algo». Sí conoce bien sus fotos de bebé: en muchas está sin pelo, con el pijama del hospital, rodeada de

casos de cáncer en niños y adolescentes de entre 0 y 19 años. La leucemia es el cáncer infantil más frecuente y supone el 28% de los casos de cáncer en niños de 0 a 14 años, según datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles. En 2022 se diagnosticaron 288 leucemias a niños y adolescentes.

«Prácticamente la mitad de sus primeros 12 meses la pasamos ingresadas», musita su madre, Mónica, emocionada con el encuentro de hoy auspiciado por la Fundación Unoentrecienmil y con un mensaje que quiere transmitir: «La investigación es fundamental para que más casos como el de mi hija puedan darse», subraya. «Hay que darle un mayor empuje a la investigación, se lo pido a nuestros políticos», reclama.

Gracias a la investigación, el equipo de Clara Bueno pudo cerrar el círculo que arrancó hace 12 años estudiando la proteína

Ana, antes de cumplir su primer año de vida. En la imagen se aprecian las secuelas de las terapias.

FLT3, sus mecanismos y por qué en casos como el de Ana se sobreexpresa.

«Tras mucho trabajo en el laboratorio hemos podido entender por qué ese abordaje que se utilizó con Ana funcionó», señala la investigadora, que recibió una beca de la Fundación Unoentrecienmil para llevar a cabo este proyecto y acaba de recibir otra de la misma organización para buscar estrategias terapéuticas pioneras basadas en inmunoterapia para la leucemia del lactante. «Estos tratamientos están siendo revolucionarios en la hematología. Con esta nueva beca vamos a intentar generar nuevas terapias, como células CAR-T, que sean más efectivas en el caso de leucemias como la de Ana», confirma Bueno.

La investigadora está también emocionada con el encuentro con Ana. «En el día a día no eres



“Estoy muy emocionada de encontrarme con quienes me curaron. Si puedo estar aquí hoy es gracias a ellos”

“El pronóstico era muy malo. Entonces eran una minoría los que conseguían superar la enfermedad”

en el Centro de Genómica e Investigación Oncológica de Granada. El médico mantenía contacto frecuente con la científica, precisamente por el trabajo que estaba llevando a cabo para encontrar posibles dianas terapéuticas contra leucemias del lactante. Estaba al tanto de la evolución de los estudios en su laboratorio y tuvo la intuición de que podría ayudar en el caso de Ana. No se equivocó.

El equipo de Bueno comprobó que en las células de

cables... Vuelve a ver hoy esas instantáneas, muy diferentes a las que inmortalizan el primer año de vida de sus amigos, a quienes ha contado su historia para que sepan que la leucemia existe y que afecta a más niños de los que ellos creen. De media, cada año se diagnostican en España 1.296

consciente de que lo que haces en el laboratorio puede tener un impacto, aunque obviamente si haces investigación traslacional lo que quieres es que eso se traduzca en beneficios para la clínica. Quizás piensas más en el largo plazo. Pero estar hoy aquí te hace ser consciente de que lo que haces en el laboratorio puede llegar a alguien», asegura, mientras mira con una sonrisa a Ana, que se sienta a su lado.

«El trabajo en equipo entre investigadores y clínicos es fundamental», continúa. «Gracias a esta cooperación y comunicación se consigue avanzar más rápido en los tratamientos y conseguir mejores resultados».

Tanto Fuster como Bueno subrayan que el caso de Ana no tiene por qué ser extrapolable a otros, que para conocer la verdadera efectividad de cualquier terapia es necesario llevar a cabo ensayos clínicos que estudien diferentes variables.

«Este subtipo que sufría Ana es una enfermedad muy poco frecuente, lo que complica encontrar el número suficiente de niños para iniciar un ensayo

“Quiero ser pediatra para darle a otros niños la oportunidad que a mí me dieron de disfrutar de la vida”

“El caso de Ana sirve para enfatizar la importancia que tiene la comunicación entre investigadores y clínicos”

clínico. Además, en este tiempo se han desarrollado otras estrategias de tratamiento que han demostrado ser bastante útiles, lo que explica por qué en este tiempo no se ha explorado más a fondo el posible papel de este tipo de fármacos», señala Fuster.

«El caso de Ana sobre todo sirve para enfatizar la importancia que tiene la comunicación entre investigadores y clínicos, que es fundamental para avanzar en la lucha contra estas enfermedades», añade el oncohematólogo.

Desde la Fundación Unoentrecienmil, Gemma Ortiz hace hincapié en la necesidad de apoyar a científicos y médicos para conseguir que «haya muchas más Anas».

«Nosotros concedemos una beca anual a investigadores que ponen el objetivo en curar la leucemia infantil, que en este caso ha recaído en Clara Bueno. Estas becas llevan dándose desde el año 2013 y su objetivo es conseguir nuestro propósito que es la curación plena de la leucemia infantil. Creemos que es imprescindible apoyar el trabajo de estos profesionales porque solo se curarán todos los niños cuando haya investigación suficiente para abordar todos los tipos de leucemia y todas sus variantes», plantea.

El encuentro se acaba y a Ana le espera una tarde de visitas y también alguna compra en Madrid. Charla animadamente con sus «salvadores», como ella misma les llama varias veces durante la conversación, pero antes de la despedida se acuerda de los niños y las familias que están viviendo algo similar a lo que ella sufrió y van a leer su historia en las páginas de este periódico. «A todos ellos, sobre todo a las madres que puedan estar pasando por una situación como la que mi madre vivió me gustaría decirles que mantengan la esperanza y confíen en sus médicos», dice Ana, a la que su madre mira con orgullo. Se le empuñan los ojos al escucharla.

A sus 13 años, Ana tiene ya muy claro qué quiere ser de mayor. Tiene el firme propósito de estudiar muy duro y esforzarse al máximo para acabar sus estudios de ESO, sacar buena nota en Bachillerato e ir a la Universidad para, algún día, poder convertirse en pediatra. «Igual que a mí me dieron esta oportunidad, en el futuro yo también quiero contribuir a ayudar a otros niños y darles también la oportunidad de estar aquí como yo y disfrutar de la vida».

EL AVANCE MÉDICO DEL AÑO: EL NUEVO ESCUDO FRENTE AL VIH

Revolución. La revista 'Science' subraya la capacidad de lenacapavir como defensa frente a la infección y para mostrar una nueva diana contra el virus. El tratamiento se administra con un 'pinchazo' cada seis meses

Por C. G. Lucio (Madrid)

A principios del pasado verano, un ensayo realizado en 5.000 adolescentes y mujeres jóvenes en el África más azotada por el VIH mostró que un fármaco que se inyecta solo dos veces al año era capaz de prevenir nada menos que el 100% de las infecciones en la muestra estudiada. Lenacapavir, que así se llama, mostró meses más tarde, cuando el verano acababa, una eficacia que también rozaba esas cifras en un contexto diferente, entre 2.000 personas de distinto género que mantenían habitualmente sexo con hombres.

Estos datos pusieron sobre la mesa el potencial del medicamento, desarrollado por Gilead, para contener la expansión de las infecciones si se usa en personas de riesgo como profilaxis preexposición, la conocida como PrEP, lo que le ha valido el reconocimiento de descubrimiento del año desde la revista *Science*. La publicación destaca además que el fármaco ha permitido destapar una diana para dirigirse al VIH que

antes desconocíamos y abre la puerta a nuevos abordajes que podrían ser útiles frente a este y otros virus.

Javier Martínez-Picado, investigador principal y profesor ICREA de IrsiCaixa, destaca el mecanismo de acción del fármaco, que inhibe la cápside del virus, una especie de cubierta similar a un balón de fútbol que recubre y protege el material genético. El fármaco consigue inhibir al virus tanto a la entrada como a la salida de las células, lo que le da una doble vía de actuación. Este mecanismo de acción único del fármaco es, precisamente, lo que le confiere una capacidad para ser efectivo ante infecciones que se han hecho resistentes a otros tratamientos, un uso para el que actualmente tiene aprobación.

En este sentido, en sus páginas *Science* destaca que dado que muchos otros virus tienen también proteínas cápside, este hallazgo abre «la emocionante perspectiva de que inhibidores de cápside similares también puedan combatir otras enfermedades virales», si bien Martínez-Picado

recuerda que no todas las cápsides son iguales, por lo que haría falta investigar inhibidores particulares para cada caso.

Esta es la tercera vez que *Science* elige un descubrimiento relacionado con el sida como el descubrimiento del año. En 1996, el desarrollo de las primeras terapias realmente efectivas frente al virus protagonizaron el reconocimiento. Lo mismo pasó en 2011, cuando se demostró que indetectable significaba intransmisible. Y en este 2024, la publicación científica valora «el siguiente, aunque no último, paso en la lucha contra el sida, donde la rigurosidad de los laboratorios y las necesidades de la humanidad son inseparables», tal y como cita el editorial.

«Aunque la vacuna que pueda acabar con la pandemia sigue siendo escurridiza, el desarrollo de lenacapavir, un fármaco inyectable de larga duración que puede tomarse de forma preventiva por personas en riesgo de exposición al VIH, representa un avance en la prevención del VIH similar a descubrimientos anteriores con antirretrovirales», recoge el texto.

«En mi opinión es un gran avance, sobre todo en la prevención, como medio para frenar la epidemia», apunta Luz Martín Carbonero, especialista de la unidad de VIH del Hospital La Paz (Madrid) y miembro de GeSIDA, quien subraya los magníficos resultados del fármaco en los citados ensayos, realizados en contextos donde sigue habiendo una importante circulación del virus.

«En el primer ensayo, realizado en mujeres en África se registraron cero infecciones en una muestra de 5.000», recuerda la especialista. «A día de hoy, en algunos contextos, puede ser lo más parecido a una vacuna que podemos tener», subraya Martín Carbonero.

Science también hace hincapié en que el hecho de que lenacapavir pueda convertirse en un fármaco clave para acelerar la prevención frente al VIH depende en gran medida del acceso al fármaco.

«El precio, que aún no se ha fijado, determinará quién puede permitírselo», señala el documento. Actualmente, para la indicación que tiene aprobada, el fármaco ronda los 20.000 euros en España, una cifra que se duplica en EEUU. El pasado mes de octubre, Gilead anunció la firma de acuerdos de licencias voluntarias con seis compañías para la producción y suministro de genéricos de lenacapavir en 120 países en desarrollo, si bien la publicación científica manifiesta que ese plan no recoge la situación de algunos países de recursos medios como Brasil, que tiene las mayores cifras de VIH de toda América Latina, un dato que ya habían señalado diferentes organizaciones.

Un sanitario sujeta un vial del fármaco que se inyecta dos veces al año para prevenir el contagio frente al VIH.

EL MUNDO



El programa Ícaro Alcohol detecta 19 intoxicaciones de menores en cinco años

Desde Sacyl, Areso y la Fedampa advierten, en vísperas de Navidad, de que en Soria el consumo se ha normalizado y animan a las familias a que sean «modelos positivos»

A.P.L./SORIA

En Soria el consumo de alcohol por parte de menores de edad está más extendido y normalizado que en otras provincias, como advierten desde Sacyl y Areso (Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Soria), y frecuentemente se relaciona con fiestas como Navidad, San Juan o el Jueves Lardero. El Gobierno prepara una nueva Ley de prevención del consumo de alcohol y de sus efectos en las personas menores de edad, con más restricciones, y las administraciones a distintos niveles llevan a cabo diferentes programas para concienciar a la sociedad de los riesgos de este consumo precoz y de la permisibilidad.

Las estadísticas reflejan la gravedad de la situación. Según los informes del programa Ícaro, de la Junta de Castilla y León (Sacyl y Gerencia de Servicios Sociales) para la prevención y reducción de los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras sustancias en menores de 18 años que son atendidos en urgencias hospitalarias o emergencias sanitarias por problemas derivados de este consumo (intoxicación, accidentes, lesiones, traumatismos, agresiones...), en Soria se han detectado en el Hospital de Santa Bárbara 19 casos de 2019 a 2023 (cuatro de media al año), lo que supone un 3,3% del total de Castilla y León.

En 2023 se registró un caso de un menor de 14 a 17 años atendido en una unidad móvil de emergencias y que fue derivado a los Servicios de Referencia de Prevención (SRP), donde se terminó la intervención. En Castilla y León los casos detectados por el programa fueron 104 y por los indicadores de urgencias alcanzaron los 170. En la región se realizaron 62 derivaciones. Del total de casos del programa, según el informe, el 53,8% fueron chicas, el 23% menores de 14 años, 18 casos eran reincidentes y se realizaron dos ingresos hospitalarios (uno en la UCI de 13 años y otro por el consumo de varias sustancias). En los años anteriores, hay que hablar en Soria de dos casos en 2022, otros dos en 2021, cinco en 2020 (tres de

menos de 14 años) y nueve en 2019. La mayoría de ellos se derivaron a los servicios de prevención. Sin embargo, como apuntan desde Ícaro Alcohol en Soria, «hay muchos casos que llegan a Urgencias que se registran con otros diagnósticos que no son las intoxicaciones (una pierna rota o cefalea, por ejemplo) y que se escapan a estas estadísticas, por lo que la situación es peor de lo que revelan los datos del programa sanitario». Los pediatras están más concienciados y cuando llega al hospital así un menor de 14 años «saltan todas las alarmas». Todos los años hay algún caso, más frecuentes en el Jueves Lardero, la primera salida en la que beben botellas de alcohol, destacan desde Pediatría.

FUNCIONAMIENTO. En cuanto al proceso del programa, tras detectar los casos de intoxicación los servicios sanitarios realizan intervenciones motivacionales breves con el menor y su familia «para aumentar la percepción del riesgo y facilitar la derivación a los SRP donde son atendidos por psicólogos, trabajadores y educadores sociales, que a su vez hacen un diagnóstico y una intervención individual en función del nivel de riesgo». Si es posible, se prosigue con la incorporación a programas grupales de prevención (Moneo, Dédalo y Taller OH.com) o a los programas de intervención familiar a través de los CEAS. Posteriormente, las familias informarán del proceso a su pediatra o médico de familia para incorporarlo en la historia clínica y dar continuidad sanitaria a las actuaciones preventivas. Este es el principal mecanismo para detectar casos y ofrecer apoyo a menores y familias desde el sistema sanitario y cuenta con un material muy completo disponible en la propia web del programa, para menores, familias y profesionales.

En el Hospital de Santa Bárbara de Soria, la jefa del servicio de Pediatría, Marisa Serrano, y la psiquiatra infantil, Patricia Blanco, son las encargadas de realizar el seguimiento del programa y, ante todo, advierten del riesgo que hay en Soria de «normalizar» esta situación y de los efectos

DECLARACIONES

MARISA SERRANO
JEFA DEL SERVICIO DE
PEDIATRÍA DE SORIA

«El alcohol en menores afecta al hígado, a los huesos y a las hormonas sexuales y del crecimiento»

PATRICIA BLANCO
PSIQUIATRA INFANTIL

«Es un tóxico neuronal que interfiere en el funcionamiento del cerebro, en el equilibrio, la memoria y el juicio»

JUAN CARLOS DÍEZ
PRESIDENTE DE ARESO

«Los jóvenes no suelen ver el problema hasta que es una grave adicción y a veces las familias no ayudan...»

JAVIER DÍEZ
PSICÓLOGO DE ARESO

«Es importante ofrecer ocio saludable ante el aumento del consumo, sobre todo del mixto [alcohol y drogas]»

M^a JOSÉ GARCÍA
PRESIDENTA FEDAMPA SORIA

«El alcohol en jóvenes en general en España es preocupante y ahora se suman otras adicciones como el móvil»

CLAVES

15

casos más a través de Urgencias

El informe del Programa Ícaro Alcohol de 2023 refleja que el indicador de Urgencias detectó 170 casos, superando los 161 de 2022, los 143 de 2021, los 77 de 2020 y los 155 de 2019 (que son 15 casos más). En cuanto a los casos detectados por el citado programa, se observa una disminución respecto a 2022, al pasar de 122 a 104. En 2019 se detectaron 156 casos, en 2020 un total de 73 casos y en 2021 fueron 129 casos.

Seis jóvenes acuden a Areso

El presidente de Alcohólicos Rehabilitados de Soria (Areso), Javier Díez, cifra en seis los jóvenes de hasta 25 años que reciben atención en la asociación. «El joven no ve el problema hasta que ya es grave y los padres no ayudan porque piensan que por una no pasa nada», lamenta apuntando que el alcohol es aún un tema tabú que debe abordarse más decididamente. El psicólogo, Javier Díez, aboga por alternativas de ocio saludable y advierte de los perfiles mixtos (cocaína, porros, pastillas...), según los casos de Areso.

tos que este tóxico tiene en el organismo de los niños y jóvenes.

La pediatra destaca la importancia de Ícaro Alcohol, una iniciativa de Sacyl para hacer frente a un problema que surge, a su parecer, por cuestiones como imitar a los adultos y los padres y la presión social, «porque parece que el que bebe antes es el más guay». Desde que comenzó en 2019 se intenta captar a aquellos menores de 18 años -niños y adolescentes- que llegan a Urgencias del hospital o que han sido atendidos por servicios de emergencias en el 112 en la calle con problemas de salud en los que la causa de base puede ser una intoxicación etílica, no solo con pérdida de conocimiento sino también, por ejemplo, con traumatismo o agresión sexual.

Con ellos, una vez se ha pasado la intoxicación, se aplica el protocolo con una entrevista breve motivacional «para que se den cuenta de que están en Urgencias por culpa del alcohol a través de herramientas de psicología y psiquiatría, ofreciendo la posibilidad de entrar en un programa de ayuda para ver el alcohol desde otro punto de vista y cómo el ocio puede entenderse de otra manera, que decir no al alcohol no significa que se te aparte de un grupo, sino ser más maduro e importante».

Una vez ahí, los casos se derivan a Servicios Sociales y servicios de prevención, con algo de retraso por la tramitación y los permisos de padres o tutores en mayores de 14 años, porque en menores se enviaban directamente. En función del grado de intoxicación, del perfil de las familias, si hay otro tipo de consumo de sustancias, si hay algún problema psiquiátrico, si el consumo es puntual o habitual... entran en un programa de ayuda determinado. «En todos los casos que hemos derivado la gente acaba muy contenta, a pesar de que algunos no quieren al principio», destaca Marisa Serrano insistiendo en que es una herramienta útil para concienciar a toda la familia y dar ejemplo a los menores de la casa.

EFFECTOS EN EL ORGANISMO. Para la pediatra, «borrachera es igual a intoxicación etílica, no hay que llegar al coma, en el momento en que estás un poco contento te has intoxicado. Es así y hay que llamar a las cosas por su nombre porque el alcohol es una droga legal muy generalizada y muy aceptada a nivel social». Además, la médica asegura que, como dicen los psiquiatras, es la peor adicción que hay precisamente por esa normalización. Otro de los riesgos para ella es el consumo en atracón o *binge drinking*, que «genera más daño a nivel agudo y de dependencia». «Eso tiene más riesgos para después necesitar el alcohol en su día a día», añade.

Sobre los órganos que se dañan con el alcohol, hace referencia en primer lugar al hígado porque «los ni-

NOVEDAD

El nuevo proyecto de ley iniciará su andadura parlamentaria en 2025

En 2018 se inició la consulta pública para elaborar el anteproyecto de Ley de prevención del consumo de alcohol y de sus efectos en las personas menores de edad y se redactaron borradores de base para el Ministerio de Sanidad. En 2022 se realizó una nueva consulta para recabar la opinión de personas, organizaciones y asociaciones potencialmente afectados por la futura nor-

ma. En la redacción del anteproyecto han participado asociaciones de cervecedores, del vino y de bebidas espirituosas, con los que se han venido reuniendo los responsables de Sanidad en los últimos meses. El texto podría presentarse como proyecto de ley de la mesa del Consejo de Ministros a finales de año o principios de 2025 para, a partir de ahí, poder empezar su andadura parlamentaria.



Un grupo de jóvenes haciendo botellón en una fiesta de Soria.
/EUGENIO GUERRERO

PROHIBICIÓN DEL CONSUMO

La nueva ley prohibiría el consumo en centros docentes (salvo universidades), de protección de menores y residencias de estudiantes y en espacios deportivos o de ocio o dedicados a espectáculos públicos con sesiones para ellos.

PUBLICIDAD A 200 METROS

Solo se permitirá el nombre comercial, denominación social y marcas o símbolos identificativos a 200 metros de zonas frecuentadas por menores: centros sanitarios, servicios sociales y sociosanitarios, parques y lugares de ocio.

PRUEBAS DE ALCOHOLEMIA

Las fuerzas de seguridad podrán hacer pruebas de alcoholemia en lugares y circunstancias específicas donde el consumo de alcohol esté prohibido. Las pruebas se limitarán a métodos no invasivos como el etilómetro.

MULTAS HASTA 600.000 EUROS

Las sanciones pueden ir de una multa de 60 a 600 euros si son leves (pueden ser sustituidas por programas de concienciación o rehabilitación), de 601 a 30.000 euros si son graves, y de 30.001 a 600.000 euros si son muy graves.

CONSUMO EN ATRACÓN

El consumo «excesivo y peligroso» en atracón son 0,08 gramos de alcohol por decilitro, lo que corresponde que una mujer consuma cuatro bebidas o más en 2 horas y un hombre cinco bebidas o más en 2 horas.

Los niños tienen todas las piezas nuevas y se recuperará rápido pero puede haber un aumento de las enzimas y las transaminasas y provocar un daño hepático agudo. Si eso se suma a que se ha tomado un Paracetamol o alguna otra medicación puede haber un problema serio y si es de forma continuada o el niño es obeso se puede hacer un hígado graso». Asimismo, hay daños en los huesos porque «disminuye la mineralización y se frena el crecimiento» y afecta a nivel hormonal, tanto a la GH o de crecimiento como a las sexuales (estrógeno, testosterona y LH), produciendo un retraso de la pubertad en niños y niñas. En cuanto a la resaca, el sistema enzimático que degrada y elimina el alcohol está más impuro y hay peores efectos, con problemas físicos (cefalea, insomnio, irritabilidad...). «Lo malo del alcohol es que crea una dependencia psicológica en ese momento en que una persona no se pasa, de ahí la dependencia psicológica», comenta la especialista añadiendo además los efectos negativos para los estudiantes, con problemas de concentración.

Por eso, la pediatra piensa que hay que comunicar a los menores que beber alcohol les provoca daños. «Es una edad muy difícil, pero beber no hace más mayores, sino que afecta al crecimiento y la madurez», alerta recordando también los daños en el cerebro, con efectos en la concentración, por ejemplo.

SISTEMA NERVIOSO. Por su parte, la psiquiatra infantil advierte de los daños en el sistema nervioso y a nivel cerebral, porque «en la adolescencia se produce la poda neural, una reorganización de las conexiones neuronales». «Es un periodo que implica adaptación a la capacidad de aprender y desarrollar nuevas habilidades, pero también de mayor vulnerabilidad», sostiene con preocupación.

El alcohol, como tóxico neuronal, interfiere con las vías de comunicación del cerebro y afecta a su funcionamiento en áreas que controlan el equilibrio, la memoria, el habla y el juicio. «A largo plazo también va a provocar alteraciones en las neuronas, incluso a nivel morfológico porque va a haber reducciones en su tamaño, que ya está estudiado por técnicas de imagen», añade. Entre los efectos, apunta a las lagunas mentales, «vacíos en la memoria porque la persona, al beber alcohol, bloquea el paso de los recuerdos de la memoria de corto plazo a largo plazo en el hipocampo, que sirve para consolidar la memoria».

Patricia Blanco alerta de que cuando hay sobredosis de alcohol en sangre, se afectan funciones vitales y esenciales, como la respiración, la frecuencia cardíaca, el control de la temperatura... Esas funciones «deben

Pasa a la página siguiente >>>

TEMA DEL DÍA | CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES

>>> Viene de la página anterior

monitorizarse y controlarse» porque la persona con sobredosis de alcohol o en coma «no las controla» y «hay un riesgo letal». «Por no hablar de daño cerebral, porque hay que resaltar que el alcohol es un neurotóxico», insiste justificando la derivación de los casos detectados en Icaro Alcohol.

«Es lo que puede pasar cuando hay una sobredosis de alcohol, cuando un adolescente puede entrar en coma y lo tienen que trasladar sus amigos a casa porque está dormido... Hay una serie de funciones que se afectan y unas respuestas fisiológicas embotadas que disminuyen los reflejos, como en náuseas, por lo que se inhibe el vómito y puede hacer que la persona se asfixie», indica la psiquiatra.

Los efectos en el sistema nervioso pueden interferir en la capacidad en la toma de decisiones: «El cerebro de un adolescente es más vulnerable y les motiva explorar y asumir riesgos, por lo que hay que tener cuidado con el alcohol porque fomenta comportamientos peligrosos al tomarse decisiones equivocadas». El lóbulo frontal (concretamente la corteza frontal), el asiento anatómico de la toma de decisiones del juicio, se ve afectado gravemente. Hay una cuestión relacionada con «la manera de engañar» que el alcohol produce en el adolescente, porque «se ha visto que provoca menos síntomas de sedación y alteraciones de equilibrio y coordinación muscular en roedores adolescentes que en adultos». «El adolescente piensa que a él no le va a pasar nada por beber mucho alcohol y da una falsa sensación de que no hay riesgo. El joven puede consumir más alcohol sin tener afectadas estas funciones pero sí que le va a afectar la capacidad de juicio, va a fomentar comportamientos riesgosos...», avisa la experta sobre esta reducción de percepción del peligro porque el alcohol también afecta a la estructura cerebral de la amígdala, ese detector del peligro que apaga.

Por otro lado, a largo plazo el alcohol, como se ve en Salud Mental no solo en adolescentes sino también en adultos, «genera trastornos de ansie-

dad y depresión». «Esto está relacionado estrechamente porque las personas que luego vemos de adultos con un uso abusivo de alcohol al final también tienen comorbidamente ansiedad y depresión», añade.

Además, la psiquiatra hace hincapié en el trabajo de las familias, «cómo los padres y todos los adultos que tengan que ver con los menores, como profesores y otras personas de referencia, juegan un papel importante en la forma en la que los adolescentes piensan sobre el alcohol». En relación a la normalización, Patricia Blanco sostiene que «los estudios demuestran que los niños cuyos padres les permiten consumir alcohol e incluso se lo compran para que sea de marca porque es mejor, algo que muchas veces vemos en consulta, tienen luego más probabilidades de pasar de su primera bebida a patrones de consumo poco saludables, como el consumo excesivo y poco saludable».

De ahí la advertencia a las propias familias que normalizan el consumo por parte de las sanitarias, aconsejando que «sirvan de modelos positivos con su propio consumo de alcohol para moldear las actitudes de los niños y darles herramientas para que tomen decisiones saludables». «Con las familias con las que trabajamos es crucial ese papel», insiste, «y en nuestras sociedades, aquí en Soria en concreto, sí que percibimos que está más normalizado». De esta manera, critica a los padres que dicen «la primera copa se la tomé conmigo» o «yo se lo que bebe porque se lo he comprado» porque se hace un flaco favor a los jóvenes. El servir de modelos, prosigue Patricia Blanco, obliga a los adultos a «revisar» los propios hábitos, «pero es lo que toca».

La presidenta de la Fedampa de Soria, María José García, es consciente del riesgo y avanza que se estudian más acciones de prevención para familias y menores. «El alcohol en jóvenes en España es preocupante y se suma ahora la adicción al móvil», indica. En los centros escolares se trabaja con el programa Moneo de la Junta de Castilla y León, orientado a la prevención universal para familias con hijos entre 9 y 13 años.

EN CIFRAS | DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD

66,6%

EN ATRACÓN. Aunque el consumo mantiene una tendencia estable en los últimos años, los consumos intensivos (borracheras o intoxicaciones éticas y binge drinking o consumo en atracón, con cinco copas o cañas en dos horas) han aumentado en España. Cuatro de seis encuestados de 14 a 18 años, lo que es un 66,6%, dice haber tomado cinco o más consumiciones en dos horas en el último mes, según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, lo que es más frecuente en chicos que en chicas.

40%

SE HAN EMBORRACHADO. Un 40% de los adolescentes de 14 a 18 años declara haberse emborrachado en el último mes. Aquí, la prevalencia es mayor en chicas.

75%

LO HAN PROBADO. Tres de cuatro jóvenes (75%) lo han probado alguna vez, los mismos en el último año y más del 60% en el último mes.

23%

CADA FIN DE SEMANA. Según datos del Ministerio de Sanidad en cuanto a la frecuencia del consumo de alcohol, un 23% ha bebido todos los fines de semana.

99,8%

EN FINES DE SEMANA. Del 58,5% que había consumido en los últimos 30 días, el 99,8% había sido en fin de semana y el 39,3% en días laborables.

71

POR CIENTO: SÍ, POR SABOR. El 71% de los estudiantes consume alcohol porque le gusta su sabor, el 63,6% por diversión y placer y el 15,2% para sentir emociones nuevas. Un 15% declara hacerlo para olvidar problemas personales y un 14,6% para superar la timidez y relacionarse mejor.

57

POR CIENTO: NO, POR SALUD. Entre las razones para no beber destacan los efectos negativos para la salud, con un 57,3%, y la pérdida de control, con un 42,5%. Es interesante analizar cuáles son las motivaciones que los propios jóvenes expresan en relación a consumir o no bebidas alcohólicas.

50

POR CIENTO, NO VE RIESGO. El número de chicas que consume alcohol y se emborracha es superior al de los chicos, pero ellos beben más cantidad de alcohol. La mitad de los adolescentes no cree que consumir 4 o 5 copas durante los fines de semana puede causarles problemas de salud.



ÚNICO EN SORIA



¡¡Nueva apertura!!

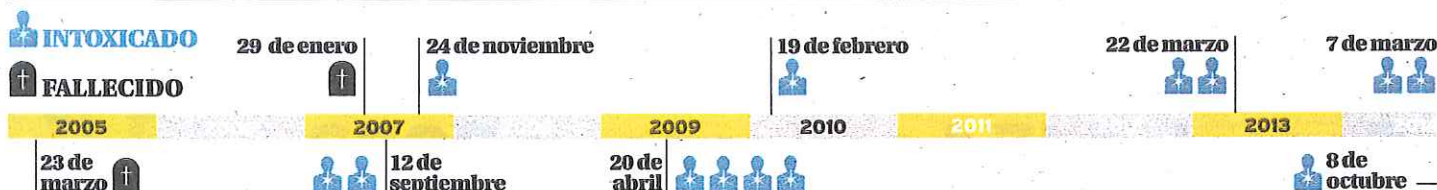
Alquiler boxes de mecánica
Taller mecánica rápida
Venta Recambios

RESERVA TU BOX EN:
www.talleresrengel.com

647 249 166 - 975 026 167 ALMAZÁN - SORIA



SANIDAD | MONÓXIDO DE CARBONO, EL PELIGRO QUE NI SE HUELE NI SE VE



‘MUERTE DULCE’: OCHO FALLECIDOS Y 50 INTOXICADOS EN DOS DÉCADAS

Desde 2005 se han registrado más de una veintena de incidentes de gravedad en la provincia relacionados con el monóxido de carbono. La Diputación retomará en 2025 las charlas en los pueblos para prevenir este tipo de sucesos

N.Z. / SORIA

La llaman la ‘muerte dulce’ porque la víctima se va adormeciendo lentamente y no sufre. De hecho, muchas veces, ni se entera de que está siendo intoxicada por monóxido de carbono, un gas incoloro, inodoro e insípido, indetectable para el ser humano. La persona que lo respira no es consciente de que algo va mal hasta que, en muchos casos, es demasiado tarde.

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica estima que la

intoxicación por monóxido de carbono provoca -de media- 125 muertes anuales en España. En Soria, ocho personas han fallecido por esta causa en las últimas dos décadas. Las últimas, el pasado puente festivo, cuando un hombre y una mujer con domicilio en Barcelona fueron localizados sin vida en el interior del alojamiento turístico donde se hospedaban en Medinaceli. La Guardia Civil realiza las diligencias pertinentes para aclarar lo sucedido y, aunque no se puede descartar todavía ninguna hipótesis, la causa más probable

podría ser la inhalación de monóxido de carbono ya que había un fuerte olor a gas, apuntó la Subdelegación.

Lamentablemente, este caso no es único. Solo es necesario echar un vistazo a la hemeroteca para detectar el riesgo. En las últimas dos décadas se han registrado en la provincia más de una veintena de incidentes de gravedad relacionados con el monóxido de carbono; más de medio centenar de personas han tenido que ser atendidas por los servicios sanitarios; y ocho han fallecido. El histórico habla por sí solo: el año pasado, en febrero,

se localizaron los cadáveres de dos personas en una furgoneta en Soria y la principal hipótesis apuntaba a una intoxicación por la combustión de gases de la calefacción del vehículo. En enero de 2016, una persona falleció y otra resultó herida en una vivienda en San Felices. En noviembre de 2007, una mujer fue localizada muerta en Cubo de la Sierra. En la habitación había un brasero apagado con restos de ascuas. Ese mismo año, en enero, falleció una mujer y su marido resultaba grave. También la mala combustión de un brasero de leña es-

taba detrás de este suceso, registrado en Ágreda. En marzo de 2005 una mujer moría en Soria por la inhalación de gases a consecuencia de la combustión de una manta eléctrica.

BRASEROS, MEJOR «COLOGADOS». Evitar que se repitan titulares como estos depende, en muchos casos, de la prevención. El sargento de los bomberos de la Diputación de Soria, Jorge de Miguel, da algunas claves.

De partida, siempre que haya algún tipo de combustión en el interior de una habitación, y hay una expulsión



de gases, es necesario estar alerta, prevenir y, sobre todo, mantener los equipos correctamente.

«Los braseros de combustibles vegetales (leña, carbón...), mejor suprimirlos. Hacen combustiones muy lentas y desprenden mucho monóxido de carbono. Y no tienen chimenea, por lo que los gases salen directamente a la habitación. Así que, mejor en vertical, como un adorno, que en horizontal debajo de la mesa», apunta de forma muy gráfica.

Si hay una chimenea abierta en la sala es necesario que «el tiro sea y esté limpio, e intentar que funcione bien» para que los gases salgan. El problema puede surgir «si revoca, si se ha cambiado el tiro...».

En caso de que se tenga quemador de gas en casa, asegurarse de que la llama es de color azul. Si es amarilla, peligro. Es necesario «revisión por un profesional». En ese momento pero, también, periódicamente.

De Miguel insiste también en que, a pesar del frío soriano, «no hay que tapar rejillas de ventilación ni tiros».

Y, en todo caso, aconseja instalar detectores de gas en casa, unos «apa-

CLAVES DE PREVENCIÓN



Mantener una ventilación adecuada

en aquellas estancias en las que se instalan calefacciones alimentadas por combustibles vegetales.



Revisar

las chimeneas y conductos de ventilación antes de comenzar la temporada de frío.



Cuando los aparatos estén en funcionamiento,

verificar que la llama que emiten sea del color adecuado (cuanto más azul sea esta, más perfecta es la combustión)



Instalar un detector

de este gas en las viviendas y edificios.



Nunca taponar las rejillas y respiraderos

de las distintas estancias de la casa. Tampoco se debe cubrir la parte inferior de los hornos de gas ya que se bloquea la circulación de aire y se puede provocar una combustión incompleta que derivaría en cantidades excesivas de monóxido.



No dejar el coche (u otros motores) con el motor en marcha

dentro de un garaje o un espacio cerrado.



Revisión. En las instalaciones de gas

hay que asegurarse de que todos los equipos de calefacción estén instalados correctamente y realizar las revisiones periódicas. Eso sí, el mantenimiento debe ser por parte de un profesional cualificado.

ratos sencillos» que se pueden encontrar por un precio módico.

«Normalmente el problema es la mala praxis», asume, por lo que insiste en la prevención. Precisamente para ello, anuncia, la Diputación tiene previsto retomar el próximo año sus charlas informativas en los pueblos.

CÓMO ACTUAR. En ocasiones se llega tarde pero, generalmente, los afectados notan «adormecimiento, dolor de cabeza...». Por ello, apunta De Miguel, ante estos síntomas y siendo consciente de que hay alguna combustión en casa, hay que actuar con rapidez: «Salir de la habitación, y de la vivienda. Y, si es posible, dejar las puertas abiertas al salir. No volver a entrar hasta que se está fuera de peligro», algo que precisará la presencia de los bomberos para, con sus equipos especializados, comprobar los niveles de gas. Una vez superado el momento de riesgo, se debe «revisar los aparatos de combustión que han dado el error», emplaza el sargento de los bomberos, que insiste en que la revisión debe ser en todo caso por «profesionales cualificados».

Más riesgo de parto prematuro

Las inundaciones pueden afectar a la salud de las personas incluso antes de su nacimiento, según un estudio presentado hace unos días del Instituto Politécnico y la Universidad Estatal de Virginia (EEUU) que revela que, a nivel mundial, estos fenómenos meteorológicos aumentan los nacimientos prematuros en un 3 por ciento.



1

DE CADA CINCO personas menores de 50 años en el mundo (846 millones) viven con herpes genital, lo que impulsa a los expertos a pedir el desarrollo de nuevos tratamientos y vacunas para controlar la propagación de la infección y reducir sus costes.

MUJER | UNA ETAPA CON ALTERACIONES FÍSICAS Y EMOCIONALES

SPC

En España, existen alrededor de 8,5 millones de mujeres mayores de 50 años, edad en la que, de media, suele iniciarse la menopausia. Este es un proceso fisiológico normal y natural en la vida de las mujeres que implica la desaparición definitiva de la menstruación. Con ello, se inicia el llamado climaterio, en el que se produce el declive gradual del funcionamiento habitual de los ovarios. «En torno a los 45 años comienza esta disminución paulatina de la función ovárica y de los niveles de estrógenos, que culmina con la desaparición definitiva de la menstruación en torno a los 50-55 años, generalmente», explica Julio Maset, médico de Cinfa.

Este proceso puede causar alteraciones físicas como los conocidos sofocos, aumento de peso, sudoración, sequedad en la piel, alteraciones del sueño como el insomnio y, añade el experto, «también cambios en el estado de ánimo y otros síntomas emocionales como enojo, irritabilidad, angustia, tristeza o, incluso, depresión. Así lo constatamos en un estudio sobre percepciones y hábitos durante la menopausia que realizamos entre más de 2.000 mujeres españolas hace unos años, y en el que una de cada tres mujeres indicó que se siente mal o muy mal anímicamente en esta etapa de su vida. Además, una de cada cinco señaló que la menopausia había afectado negativamente a su autoestima».

«En definitiva, estamos hablando de signos fisiológicos y emocionales de carácter agudo que, si bien no suponen una amenaza para la salud, alteran la dinámica personal, afectiva, social y laboral de las mujeres que los padecen y que pueden llegar a reducir la calidad de vida de la persona afectada de manera muy significativa», apunta el doctor Maset. En este contexto, resulta crucial que la mujer sienta que el entorno comprende cómo se siente en esta etapa. De lo contrario, «esa sensación de falta de apoyo por parte de fa-

MENOPAUSIA CON CALIDAD DE VIDA

Hábitos saludables como practicar ejercicio con regularidad y seguir una dieta equilibrada pueden ayudar a reducir las molestias que acompañan al climaterio



milia y amigos puede llegar a generar todavía mayor impacto en su estado de ánimo, lo que también reduce en un menor bienestar físico y emocional.

NO RESIGNARSE. Sin embargo, no es necesario resignarse sin más a sufrir los síntomas -cuya amplitud y severidad varían mucho de una mujer a otra- y desajustes fisiológicos y emocionales característicos del climaterio y la menopausia. Aunque se trate de un proceso natural que no se puede evitar o retrasar, existen claves que, llevadas a la práctica de manera regular en el día a día, pueden ayudar a reducir las molestias asociadas a este periodo y contribuir a una mayor calidad de vida.

«La primera de ellas es afrontar esta etapa con una actitud positiva. Asimismo, es crucial incorporar a nuestra rutina una serie de hábitos saludables que contribuyan a reducir los síntomas más molestos. Por ejemplo, practicar con regularidad ejercicios aeróbicos como pasear o montar en bicicleta y alternarlos con otros como el pilates o la zumba puede ayudar a mitigar el aumento de peso, a reducir la pérdida de masa ósea y a disminuir los sofocos, el insomnio y la irritabilidad», agrega Maset.

Otra recomendación importante es prescindir del tabaco, ya que este hábito puede agravar los síntomas de la menopausia e, incluso, adelantarla, además de constituir un factor de riesgo de trastornos cardiovasculares y respiratorios, al igual que de otros problemas de salud como la osteoporosis.

Una alimentación equilibrada y saludable es otra de las claves para disfrutar de una buena calidad de vida en esta etapa, por lo que el experto de Cinfa recomienda «reducir el consumo de grasas y azúcares, aumentar el de frutas, verduras y cereales, el de alimentos ricos en calcio y vitamina D y el de Omega-3».

Por último, concluye, «moderar el consumo de alcohol o café y acudir regularmente a las revisiones ginecológicas también resulta clave para ayudar a reducir las molestias asociadas a este periodo y poder llevar una vida más plena y saludable».

Y no debe olvidarse que actualmente existen tratamientos que pueden mitigar en gran medida los síntomas del climaterio. Por ello, es aconsejable acudir a tu ginecólogo/a para que estudie tu caso de forma individualizada y pueda, en su caso, instaurar un tratamiento.

No pierdas de vista...

- 1 **QUIÉRETE A TI MISMA.**
- 2 **REALIZA EJERCICIO FÍSICO MODERADO DE MANERA REGULAR.**
- 3 **MANTÉN HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES.**
- 4 **MODERA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CAFÉ.**
- 5 **REDUCE LA SAL EN LAS COMIDAS.**
- 6 **HUYE DEL TABACO.**
- 7 **REALIZA CONTROLES PERIÓDICOS DE TU TENSION ARTERIAL, COLESTEROL Y GLUCOSA.**
- 8 **ACUDE PUNTUALMENTE A TUS REVISIONES GINECOLÓGICAS.**
- 9 **EVITA LA AUTOMEDICACIÓN CON HORMONAS U OTROS FÁRMACOS.**

8,5

millones de mujeres hay en España mayores de 50 años, edad en la que se suele iniciar este cambio de etapa.

LOS RONQUIDOS PUEDEN ASOCIARSE A FACTORES DE RIESGO CARDIO-METABÓLICOS

Los ronquidos pueden asociarse a factores de riesgo cardio-metabólicos y la clave en estos casos es determinar si se trata de un ronquido simple o primario, o está asociado con la apnea del sueño, es decir, si ya constituye un problema para la salud del paciente. Hasta hace «muy poco», los ronquidos se consideraban «solo una molestia acústica». Cuando no se acompaña de apneas y/o hipopneas o de hipoventilación se le denomina primario y se sitúa



en el extremo más leve del espectro de los trastornos respiratorios relacionados con el sueño, según el Instituto Vilthas, que añade que se puede considerar al ronquido como «parte del continuo» de estos trastornos relacionados con el sueño que conduce a la apnea del sueño (AOS). Su prevalencia es «muy elevada» y en la edad media de la vida prácticamente el 90% de los hombres roncan y también un 50% de las mujeres. Tal como explica la doctora Susana Soler, neurofisióloga, «algunos estudios han puesto de manifiesto que, incluso en ausencia de AOS, los ronquidos pueden asociarse a factores de riesgo cardio-metabólicos como la aterosclerosis y la disfunción endotelial».

MARÍA JESÚS ÁLAVA
PSICÓLOGA

CEDER NO ES PERDER

Hacer concesiones, sí, pero no en lo fundamental, suele ser la clave para 'negociar', más de cara a las muchas reuniones que se avecinan con las fiestas navideñas a la vuelta de la esquina



Si las opciones que plantean los demás son más razonables que las propias, conviene claudicar.

Diciembre es un mes lleno de reuniones sociales y compromisos familiares. Y, por eso mismo, puede ser una etapa temida para algunas personas, que asocian estas fechas con tensiones y discusiones que les amargan las relaciones y convivencias.

¿Cuándo hay que ceder?
Cuando no abdicamos de nuestros valores fundamentales y nuestro bienestar y nuestra convivencia estén en peligro. Por ejemplo, aunque no nos gusten las comidas familiares, no podemos obligar a que el resto se prive de ellas, por lo que, de vez en cuando, acudiríamos, para que la dinámica familiar no se deteriore.

No conviene centrarse en quién cede más, pues no es algo tan matemático. Lo importante es que seamos flexibles y cedamos, a ve-

ces nos tocará hacerlo con nuestra pareja, con los hijos, con los compañeros... pero siempre lo haremos a través de la negociación. Intentaremos alcanzar acuerdos en los que todos ganemos. No obstante, con los niños hay que dejar las cosas muy claras, los límites tienen que estar siempre presentes, y los límites los pondremos los adultos.

¿En qué momentos debemos conservar nuestra resistencia y cuándo es mejor abandonarla?
Si tenemos claro que las opciones que acabamos de escuchar o analizar son más razonables que las nuestras, ahí debemos ceder, y mostraremos con ello nuestra inteligencia emocional al hacerlo; pero si estamos racionalmente convencidos de que nuestro planteamiento es el más adecuado y el

Con los niños hay que dejar las cosas claras y los límites los tienen que marcar los adultos

más objetivo, en ese caso lo mantendremos, aunque nunca nos mostraremos inflexibles.

Tampoco debemos ceder cuando no se nos respeta y nos tratan de condicionar presionándonos al máximo.

Quando alguien emplea la agresividad impide que personas razonables puedan llegar a acuerdos. La presión es la antítesis de la argumentación.

¿Qué postura es entonces la más adecuada?

Ceder de forma permanente suele implicar inseguridad. La persona que siempre abandona sus propios criterios o intereses no lo hace tanto por ser flexible, sino porque depende mucho de la valoración de las personas que la rodean. Este hábito, cuando lo llevamos al extremo, es perjudicial para nuestra autoestima, ya que implica que no nos valoramos y nos comportamos de forma insegura ante los demás, por lo que difícilmente alcanzaremos nuestras propias metas.

En general, pasar por alto nuestros derechos no debería ser la regla, sino la excepción.

¿Qué hacemos cuando nos intentan manipular?

Cuando sentimos que se nos presiona, que hay un chantaje emocional subyacente, no debemos ceder. Es conveniente que veamos que nuestros derechos, nuestras necesidades y nuestros deseos son tan importantes como los de los demás. La manipulación es una forma de no comprender ni respetar la postura del otro, de actuar sin pensar en él y forzarle a que reaccione en función de nuestros propios intereses.

Si observamos que nos intentan manipular, será el momento de actuar con asertividad; es decir, de afrontar la situación con toda la calma y decisión que seamos capaces de mantener. Aquí nuestro tono de voz será firme, pero sereno, mostraremos una sonrisa y una postura relajada, y no caeremos en el juego o en la provocación que nos estén proponiendo. Recordemos que ante estas actitudes conviene evitar las discusiones, ya que solo nos llevan a aumentar nuestro malestar y, además, no son el mejor camino para defender nuestros derechos.

Conclusión

Algunas personas buscan siempre el conflicto y la pelea. Están cómodas provocando tensiones y generando confrontación. Son incapaces de razonar, su foco es la agresión y la imposición. No cedas en lo fundamental, no caigas en su provocación y no dejes que aplasten tu libertad.

Cambios en el volumen cerebral de los usuarios de opioides

Investigadores de la Facultad de Medicina de Yale (Estados Unidos) han descubierto alteraciones estructurales y funcionales en regiones cerebrales específicas de personas con trastorno por consumo de opioides. Los resultados del estudio se publican en *Radiology*, una revista de la Sociedad Radiológica de Norteamérica.

«Estamos en medio de una epidemia de opioides, con millones de afectados en todo el mundo y más de 80.000 muertes relacionadas con sobredosis de opioides solo en EEUU el año pasado. Necesitamos comprender mejor las alteraciones neuronales a nivel de sistema asociadas con el trastorno por consumo de opioides», contextualiza Saloni Mehta, asociada postdoctoral en el Departamento de Radiología e Imágenes Biomédicas de la Facultad de Medicina de Yale.



MÓNICA GARCÍA
MINISTRA DE SANIDAD

«Hay que reflexionar sobre qué es lo que cada uno de nosotros llamamos salud mental»

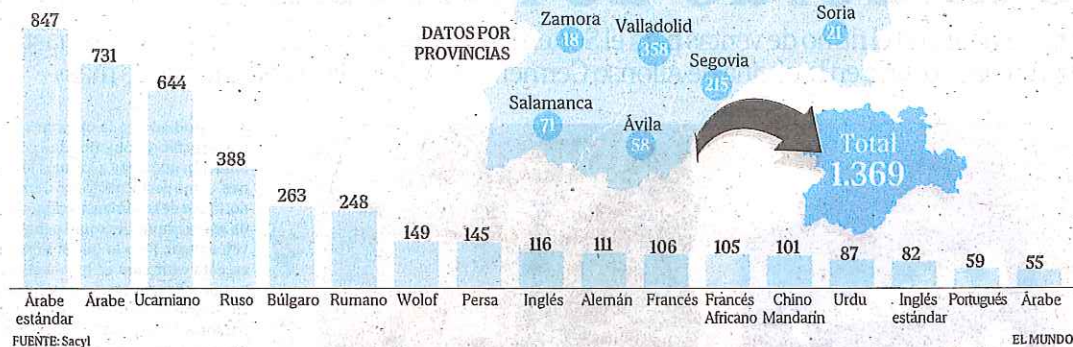
7.713
MUERTES

La epidemia del dengue en las Américas se ha cobrado 7.713 vidas este año, con 12,6 millones de casos registrados, un récord que prácticamente triplica los datos del año anterior, según informó este martes la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

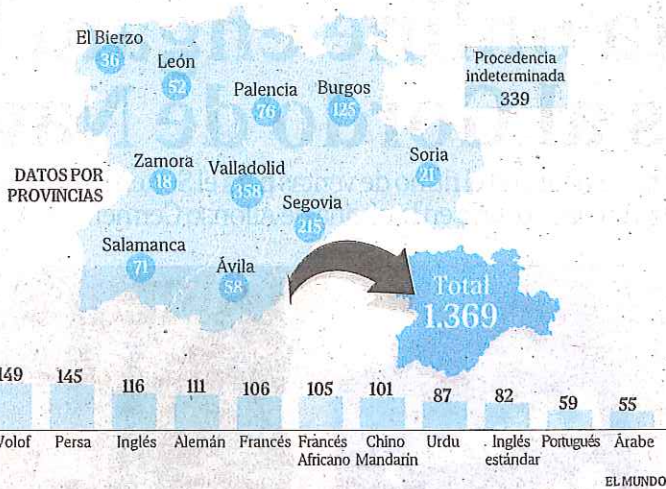
CASTILLA Y LEÓN

INTERPRETACIÓN TELEFÓNICA EN 2024

IDIOMAS MÁS TRADUCIDOS



FUENTE: Sacyl



Sanidad gasta 44.000 euros en traducir a los pacientes extranjeros

La Consejería constata que las llamadas de médicos al servicio de interpretación telefónica se han triplicado en el último lustro / En 2023 se registraron 1.508 peticiones en 48 idiomas

LAURA G. ESTRADA VALLADOLID
Los médicos reciben a diario en sus consultas, o atienden en el servicio de urgencias, a pacientes que no hablan castellano y, con el objetivo de garantizar la correcta atención de estos casos, la Consejería de Sanidad ha elevado hasta los 44.000 euros la partida reservada para contar en 2025 con un servicio de traducción simultánea en Castilla y León, que también incluye la traducción de documentos escritos. Se trata de una cuantía que supera a la de los contratos realizados en anualidades precedentes debido al «significativo incremento numérico» de peticiones.

Tanto, que «el aumento de las solicitudes de interpretación telefónica se ha triplicado en los últimos cinco años», según constata la Gerencia Regional de Salud en un informe donde evidencia que «dos problemas de comunicación» en la atención sanitaria de personas que hablan otros idiomas, ya sean residentes o viajeros ocasionales, «dificultan» la adecuada prestación sanitaria.

¿Cómo atender a un enfermo que sólo sabe wolof, un idioma hablado sobre todo en Senegal? ¿Y a uno de Malí que se expresa en bambara? ¿Y a un japonés? En total, en 2023 se realizaron 1.508 llamadas y en lo que va de 2024 (hasta el día 11 de noviembre) se han contabilizado 1.369, según datos facilitados esta semana por el área de Alejandro Vázquez.

El listado de idiomas con los que se toparon los médicos a lo largo del año pasado es tan extenso que abarca 48 lenguas, con un podio de tres hegemonías por su destacada frecuencia, y una lista de otros de procedencias más o menos alejadas, repartidas por todo el *globo*. En estos casos, para «facilitar el entendimien-



Acceso a un centro de salud de Valladolid. PHOTOGENIC

to», al médico le toca descolgar el teléfono, marcar el del servicio de interpretación y pulsar la extensión del idioma que corresponda.

En la actualidad es Interpret Solutions —con sede en Toledo— la que se encarga de prestar en la Comunidad esta cobertura, contratada por Sacyl desde 2016 porque «es preciso garantizar una asistencia sanitaria de calidad a todos los usuarios del servicio público de salud, aunque no hablen castellano». Según explica la empresa en su web (precisamente con un ejemplo médico), el facultativo llama por teléfono y, al otro lado de la línea, un intérprete va traduciendo la conversación en tiempo real. Es decir, el «mediador» «participa en la conversación entre profesional y paciente para ir reproduciendo el diálogo entre ellos».

Los tres idiomas más demandados en la actualidad por el servicio

de Salud de Castilla y León son el árabe estándar, el árabe magrebí y el ucraniano, en un orden que continúa el ruso. Se trata de un ranking que ha variado en los últimos años a causa de la llegada de refugiados por la guerra en Ucrania, tal y como constata la documentación elaborada por la Gerencia Regional de Salud.

En uno de los informes referidos a la ampliación de crédito del contrato actual porque la «consignación» no cubría la «demanda», Sanidad deja claro que antes de la ofensiva las llamadas en ucraniano y en ruso apenas suponían el 1% del total del servicio y, a partir del inicio de la invasión, se dispararon hasta llegar a representar el 50%.

Para afrontar el nuevo escenario, a finales de 2022 se realizó un «reajuste» en el contrato vigente y, más adelante, en agosto de 2023, se apro-

bó un incremento presupuestario, a fin de atender esa avalancha de interpretaciones telefónicas vinculadas a la llegada de refugiados.

Ahora que hay que renovar el servicio de interpretación telefónica simultánea y traducción de documentos, toca actualizar los términos, con cifras que se alejan de los pliegos anteriores. Baste comprobar que en la licitación de noviembre de 2019 se preveía un consumo de 9.700 minutos y la partida reservada era de 24.200 euros para un año (más la prórroga). Luego, la licitación de junio de 2021 rebajó las estimaciones a 7.068 minutos y cifró la inversión en cerca de 15.000 euros (también para un año más prórroga), aunque los cálculos se quedaron cortos, a tenor de las modificaciones referidas anteriormente.

La recién lanzada estima «una necesidad anual aproximada de 24.600 minutos», no sólo porque pueda haber más pacientes que no tengan un nivel suficiente de castellano como para comunicarse con su médico, sino porque uno de los objetivos que se incluyen como novedad es «dar difusión al servicio, por considerar que facilita la atención al paciente». Es decir, Sacyl estima «un incremento general de las necesidades» porque va a promocionar la disponibilidad de esta herramienta entre la comunidad médica, por ejemplo mediante la difusión de un vídeo informativo en el que se explicará su funcionamiento.

Ahora lo que evidencian las cifras facilitadas por el departamento de Alejandro Vázquez es un uso desigual entre las distintas provincias de Castilla y León, y que la prevalencia de utilización en centros de salud u hospitales también depende de cada territorio.

Tomando como referencia las 1.369 llamadas al servicio de interpretación telefónica registradas a lo largo de este año se observa que 423 se produjeron desde Atención Primaria y 593 desde Especializada, lo que refleja un equilibrio, si bien hay que tener en cuenta que hay 339 de origen 'indeterminado' y otras 14 procedentes de Emergencias o de la Unidad de Atención a la Mujer.

Sin embargo, al poner el foco en cada provincia queda patente que en algunos casos el punto de partida de las llamadas prácticamente es siempre el mismo. Por ejemplo en Salamanca, 68 de las 71 solicitudes contabilizadas este año corresponden con Primaria (96%), lo que supone que son los médicos de cabecera los que más usan esta herramienta. Algo similar a lo que sucede en Ávila, con una proporción de 48 sobre 58 (83%).

Mientras, en el área de Salud del Bierzo (León), ocurre todo lo contrario y, del total de 36 expedientes de interpretación, 34 provienen de Especializada (94%). En Segovia, con 167 sobre 215 (78%), y en León, con 40 sobre 52 (77%), se repite el mismo escenario.

En el cómputo global, Valladolid es la provincia que más ha usado el servicio de interpretación en lo que va de año, al sumar 358 llamadas, y las que menos son Zamora y Soria, con 18 y 21 casos respectivamente.

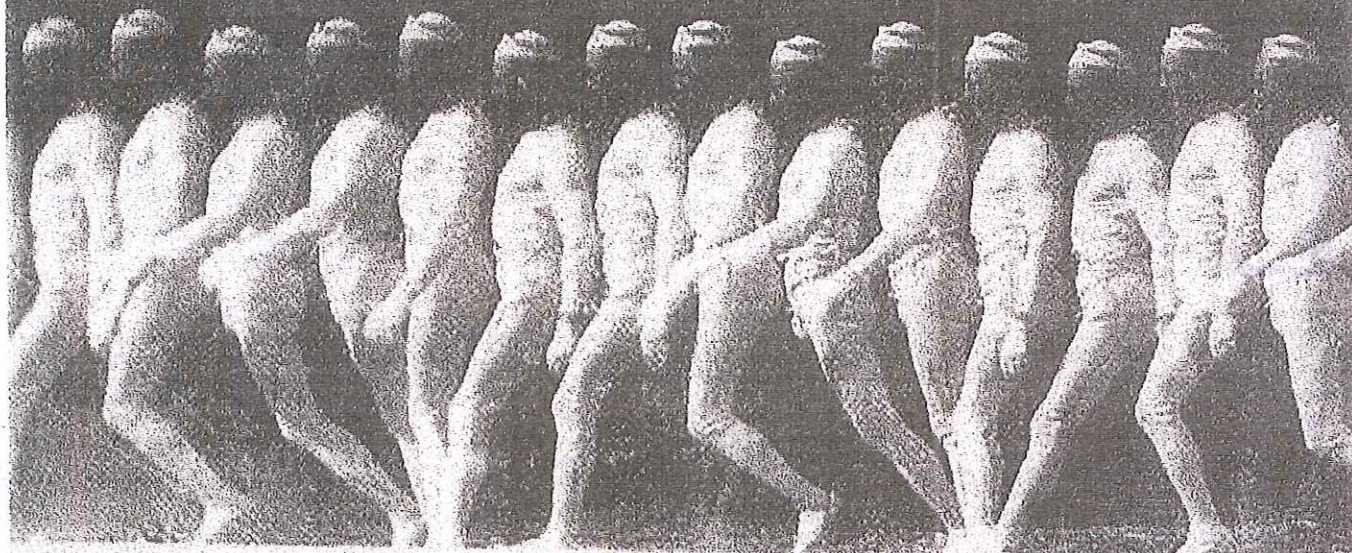
En lo que se refiere a la traducción de documentación clínica, la Consejería de Sanidad no ha proporcionado datos debido a que se trata de una opción que sólo se ha solicitado de manera ocasional, explicaron. En todo caso, se trata de un recurso incluido también en el servicio, que funciona mediante el envío por correo electrónico de un archivo que precise traducción porque «contenga información necesaria para la prestación de la asistencia sanitaria».

La entrega del documento traducido tiene un plazo máximo de respuesta de tres días, no como la interpretación telefónica, que se realiza en tiempo real. Por eso la alternativa telefónica es un servicio que está disponible todos los días del año, las 24 horas del día, si bien la horquilla en cuanto a tiempo de recepción de la llamada es más amplia los fines de semana, los festivos y en horario nocturno. Pero entre las 8 de la mañana y las 8 de la tarde, que es cuando se concentra el 93% de la actividad, el contacto con el intérprete debería estar «por debajo de 30 segundos y, como máximo, en un minuto».

Al otro lado de la línea tiene que haber un traductor nativo del país de origen o un intérprete que acredite un nivel B2 del idioma correspondiente. Según lo que exige Castilla y León, la empresa que contrata debe garantizar 30 idiomas: ucraniano, árabe estándar, árabe magrebí, ruso, rumano, búlgaro, persa, wolof, inglés, alemán, francés, chino mandarín, urdu, francés africano, portugués, árabe, bambara, georgiano, griego, italiano, inglés africano, polaco, bengalí, turco, dariya, pular, mandinga, letón, soninké y somalí.

La revista diaria de EL MUNDO. Lunes, 16 de diciembre 2024

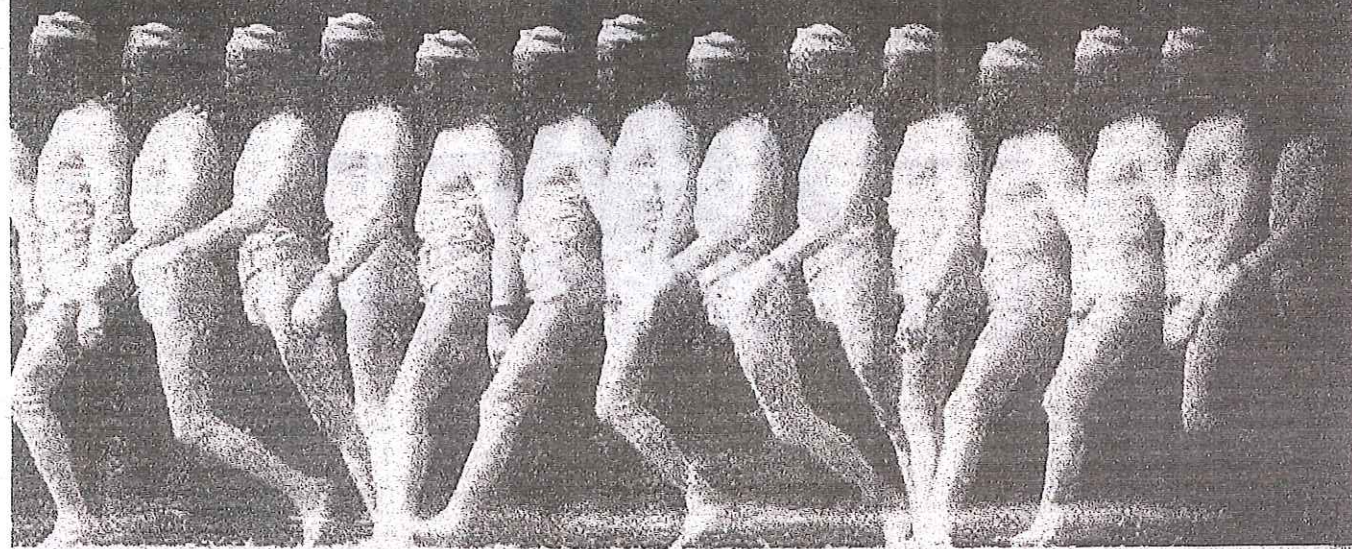
PAPER



LA INCREÍBLE HISTORIA

DE CÓMO CAMINAR ERGUIDOS

NOS HIZO HUMANOS



Jeremy Desilva escribe en el ensayo 'Paso a paso' la historia de cómo los homínidos eligieron ser bípedos y por qué perseveraron en esa estrategia que parecía condenarlos a la debilidad ante otras especies que eran más veloces al desplazarse con cuatro patas

Por Israel Zaballa (Madrid) Fotografías de Etienne-Jules Marey

PAPEL CIENCIA

Por Israel Zaballa

Los cazafósiles contarían después que todo empezó con una buena pelea a bolazo limpio, o más bien sucio, con estiércol seco de elefante. Para evitar los proyectiles de caca de paquidermo de los bromistas rivales, dos de los paleontólogos en liza se parapetaron en un barranco. Y en aquella improvisada trinchera hicieron un gran descubrimiento: justo allí, sobre fango volcánico endurecido, había huellas de animales de hace 3,66 millones de años. Entre ellas, cinco de un misterioso bípedo que andaba tan recto como un modelo de pasarela. ¿Las dejó un homínido? ¿Un oso? ¿Qué?

Aquel magnífico ejemplo de serendipia tuvo lugar en Laetoli (Tanzania) en 1976 y el azar siguió haciendo de las suyas, porque ese mismo año nació quien más tarde resolvería el enigma de las pisadas. Ese no es otro que Jeremy Desilva, el paleoantropólogo norteamericano que ahora publica en España *Paso a paso. Cómo caminar erguidos nos hizo humanos* (Capitán Swing). Un fascinante ensayo donde profundiza en los orígenes de nuestra especie para explicar cómo nuestra peculiar y algo desgarbada forma de movernos nos convirtió en la especie dominante del planeta.

«Andar sobre dos piernas sentó las bases de todo lo que viene más tarde en la evolución humana, desde nuestro gran cerebro a nuestras habilidades tecnológicas, el lenguaje o el pensamiento simbólico. Caminar de esa manera fue el cambio clave, la primera pieza del dominó», explica Desilva para centrar el tema desde su despacho de la Universidad de Dartmouth. Y el profesor lo dice de pie, tal y como se aprecia en la pantalla cuando se conecta. Vamos, pura coherencia bípeda.

Sus conclusiones son fruto de incontables investigaciones, muchas realizadas sobre el terreno en África. Y precisamente uno de esos viajes lo llevó a Laetoli, el escenario de la batalla campal con boñiga de elefante de nuestro arranque, para estudiar las desconcertantes pisadas descubiertas por sus colegas. Otro grupo de huellas cercano ya había sido catalogado como de *Australopithecus afarensis*, pero las encontradas en primer lugar durante la escatológica refriega todavía se atribuían a un lejano pariente del oso Yogui. Desilva sacó los billetes y volvió a Tanzania para demostrar lo contrario.

«Fue emocionante ir al yacimiento, un lugar famosísimo para cualquiera que estudie nuestra forma de andar», recuerda sobre aquella visita. «Viajamos allí con la intención de redescubrir las supuestas huellas del oso, pero con pocas esperanzas porque creíamos que habrían desaparecido por efecto de la lluvia. Volver a encontrarlas después de tanto tiempo nos emocionó».

— ¿Y a qué conclusiones llegaron?

— Parecían de homínido, pero había algo raro en ellas. Eran distintas a las otras pisadas encontradas en la zona. Quizá eran de un niño o de alguien con una peculiar forma de andar. Finalmente, tras volver una y otra vez sobre los datos, concluimos que la hipótesis con más sentido implicaba que fueran huellas de algún antepasado humano. Debí de haber dos tipos de ancestros desplazándose en el mismo paisaje hace 3,5 millones de años, pero cada uno a su manera. Me emociona tener evidencias, en forma de pisadas, que confirman la coexistencia de diferentes formas de andar en el pasado.

¿Le parecen al lector tiempos remotos? Pues prepá-

rese para ver girar hacia atrás la aguja del reloj el equivalente a casi siete millones de años, el doble que antes. De esa época es Tuma, el *Sahelanthropus tchadensis* al que Desilva asigna el papel de pionero:

«Tenemos un fémur fosilizado que indica que se movía a pie sobre el suelo. El *Danuvius* también parecía hacerlo en los árboles, que es donde pudo evolucionar la bipedación, pero no computa como verdadera marcha erguida si no se realiza en tierra».

Pero... esperen. Stop, alto ahí: ¿Qué es eso de que todos esos miembros de nuestro linaje ya caminaban derechos hace la tira de años? ¿No nos había mostrado el célebre dibujo de *La marcha del progreso* que nuestros parientes más lejanos iban encorvados? En tazas, pegatinas y camisetas, la secuencia siempre empieza con una silueta parecida a la mona Chita y termina, según la versión, en un hombretón de porte principesco, Homer Simpson comiendo un plátano o Darth Vader con su sable láser. Pues va a ser que los huesos cuentan otra historia.

«En cierto modo, la ilustración me gusta porque las imágenes potentes nos ayudan a entender ideas complejas como la evolución», concede Desilva antes de pasar a desmontarla. «Ni evolucionamos a un ritmo continuo ni linealmente, es decir, sabemos por los fósiles que hubo muchos tipos de primitivos humanos coexistiendo en determinadas etapas. El tercer problema, aunque en esto mi gremio está dividido, es el punto inicial: ¿Cómo se representa? Suele ser un chimpancé sobre sus nudillos. Pero los chimpancés viven hoy en día y no son nuestros ancestros, sino nuestros primos».



— ¿Cómo sería entonces nuestro común tataratatarabuelo?

— No creo que como un chimpancé. Iba ya mucho más erguido y caminaba sobre dos piernas en los árboles, como hacen a veces los orangutanes. La mitad de mis colegas no lo ve así, pero la otra mitad, entre los que yo me encuentro, opinamos que es la mejor explicación de cómo empezamos a andar. Hace mucho tiempo pero no en el suelo, sino en las ramas. Para este experto en lo que toca a la morfología del tobillo y pie humanos, las respuestas están en los fósiles. En los que se han encontrado y en los que permanecen ocultos. Por eso, esgrime humildad: «Quizá encontremos huesos fosilizados que demuestren que todo empezó en la marcha sobre nudillos. En ese caso, como científico estaré encantado de rendirme a la evidencia y diré: 'Me he equivocado'».

Su reputación, que permanece intacta, le ha servido de salvoconducto para entrar en las cámaras acorazadas donde se guardan los tesoros petrificados más importantes. Por sus enguantadas manos han pasado los restos de famosos *Australopithecus* y no duda al recordar los que más le marcaron: «Uno es Lucy. En

cierto modo, estar con ella, haber sostenido sus huesos, fue como conocer a una celebridad. Me impresionó, equivaldría a conocer a Taylor Swift o una figura del deporte».

Pero todavía le impactó más la *Niña de Dikika*: «La descubrió mi colega Zeray Alemseged y me invitó a estudiar su pie en Etiopía. Sabemos que murió con solo dos años y medio, justo la edad de mi hijo por entonces. Eso hizo que mientras trabajaba con aquellos huesos no pudiera dejar de pensar en la tragedia que debió vivir su familia al perderla. Trabajar con fósiles es un privilegio, pero cuando son de niños resulta duro por la conexión emocional que se crea».

Por cierto, lo nuestro es raro. «Somos el único mamífero que solo camina sobre dos piernas. Hay otros que lo hacen ocasionalmente, como los gorilas o los osos. Pero solo nosotros somos exclusivamente bípedos, lo que resulta extraño. Por eso me interesa como científico en el tema», apunta Desilva sobre nuestros atípicos andares.

Ahora sabemos que nuestro experimento evolutivo salió bien. Tenemos coches, pianos y ordenadores que lo demuestran. Manipulamos todo tipo de cosas, así que buena jugada. Pero ¿por qué apostaron nuestros parientes del pasado por una forma de moverse que les convertía en presa fácil? Ya se imaginan que un *Sahelanthropus* inerte como Tuma, moviéndose a paso de tortuga, haría relamerse a cualquier leopardo. De hecho, numerosos cráneos con marcas pétreas de colmillo demuestran que éramos la golosina del Mioceno tardío.

— ¿Por qué dimos ese el arriesgado paso si no tenía sentido hacerlo?

— Todavía es un misterio. Sospecho que descubriremos que no hay una sola explicación, sino que un conjunto de factores provocó que diferentes poblaciones de simios que caminaban ocasionalmente sobre dos piernas empezaran a hacerlo más frecuentemente. Unos dicen que para transportar comida, otros que para ahorrar energía y algunos que para otear el entorno. Y otro grupo afirma que es una combinación de todo. Es complicado, pero intentaremos responderlo según encontremos más fósiles.

¿Y lo que nos contó Kubrick en 2001: una odisea del espacio? Pues tampoco cuela: «Su teatralización se basaba en la violencia. Presupone que todo empezó para liberar las manos y usar armas con las que matar animales o rivales. Es la tesis del simio asesino y partió de los huesos rotos que encontró Raymond

Dart en la cueva de Makapansgat, según él destrazados por otros hombres arcaicos. Lo que pasa es que después se demostró que lo hicieron las hienas. De todas formas, pese a la malinterpretación, me encanta la película».

Entender por qué nos hicimos bípedos es un rompecabezas. ¿Qué podía salir mal? Casi todo, como recuerda Desilva: «Nos hace excepcionalmente lentos. No es solo que no podamos escapar de un león, es que además no podríamos perseguir ni a un conejo. Además, nos hace vulnerables provocándonos todo tipo de lesiones y, si nos lastimamos un pie, no tenemos otras tres patas como una cebra. En términos evolutivos deberíamos haber sido devorados y, sin embargo, sobrevivimos».

Puestos a encontrarle una explicación, Desilva tiene clara su apuesta. ¿Qué as escondíamos en nuestra peluda manga? Según él, la camaradería: «Volvamos de nuevo a los fósiles... ¿Qué nos dicen? Que muchos de aquellos individuos se rompieron el fémur o el tobillo, lesiones severas que tardan semanas en cicatrizar. Y lo increíble es que esos huesos consiguieron sanar hace millones de años,

Jeremy Desilva, paleontólogo estadounidense y autor de *Paso a paso. Cómo caminar erguidos nos hizo humanos*.
ROBERT GILL

cuando ni siquiera se había domesticado el fuego. Eso demuestra que se cuidaban los unos a los otros. Había cohesión, compasión, cooperación, empatía, generosidad y altruismo».

—Otros bípedos como el avestruz eran rápidos, así que no tuvieron que inventarse ventajas nuevas a partir de una debilidad. Y si avanzamos un poco más en su argumento, de cuidarnos entre nosotros vendría el lenguaje y todo lo demás. Entiendo que por ahí van los tiros...

—Creo que es exactamente eso, tal y como dice todas nuestras vulnerabilidades, nuestras debilidades, derivaron en las fortalezas que asociamos ahora con el ser humano.

Con una elipsis a lo Kubrick, saltamos al presente. Ya sabe, esa época donde los *Homo sapiens* preferimos coger el coche o el sofá a darnos una caminata. De movernos mucho a movernos poco... o nada. Y encima, pagando el precio de tener que luchar contra la gravedad. El castigo por levantar nuestra cocorota hacia el firmamento nos llegó en forma de lumbagos, artrosis, esguinces, etc. Por desgracia para usted, pero por suerte para los fabricantes de antiinflamatorios, la lista de lesiones asociadas al tema es larga.

Y eso por no hablar de las penalidades que entraña para una madre bípeda traer otra criaturita al mundo, un efecto secundario del tetrís que tuvo que hacer la naturaleza con los huesos pélvicos de las mujeres para posibilitar el parto. Lo sufren ellas y, desde otra perspectiva, los bebés. «Navegar por el canal de parto probablemente constituye la mayor maniobra gimnástica que la mayoría de nosotros haremos en la vida», dice Desilva en el libro citando a Karen Rosenberg.

¿Tiene futuro andar pese a todos estos peajes? Según la evolución, sí. Y según los médicos, también. «Ya tenemos pistas de lo que sucede cuando la humanidad ha dejado de moverse. Por ejemplo, más enfermedades cardiovasculares y diabetes», responde Desilva cuando se le pregunta por el moderno sedentarismo.

¿La solución? Dice que lo suyo no son los libros de autoayuda, pero que aun así recomienda quemar suela de zapato: «Siempre buscamos la pastilla mágica de la salud y yo digo que es caminar, poner tu cuerpo en marcha. Sorprende que tengamos esta solución a mano y que en contra de eso estemos construyendo un mundo donde cada vez es más difícil andar. Las ciudades cada vez están más preparadas para los coches y menos para los peatones».

¿Cuál será la huella más fascinante de la historia para alguien que lleva estudiando nuestro caminar desde hace años? Por facilitarle la respuesta, a Desilva le proponemos las siguientes opciones: A) Las dejadas por los *Australopithecus* en Tanzania.

“Muchos fósiles hablan de individuos con lesiones severas que sanaron. Eso demuestra que se cuidaban entre ellos”

B) Las de Neil Armstrong en la luna. C) Diga usted otra.

«La de Neil Armstrong, sin duda», contesta de inmediato. «El hecho de que un antiguo simio bípedo evolucionara para convertirse en el astronauta que fue a la luna es alucinante, me hace enorgullecerme de ser humano. Tenemos un origen realmente humilde, solo éramos un primate que andaba erguido. Y contra todo pronóstico no solo logramos sobrevivir, sino ir al espacio. Ese sentido de la curiosidad que tenemos sobre el mundo y el universo culminó con esa pisada en la luna».

De una huella en el suelo junto al estiercol de elefante a otra en el cielo junto a las estrellas. Para que luego digan algunos que erigirse no merece la pena. Ahí, en todo lo alto, les dejo a ustedes pensando en esta historia.

MASACRE PREHISTÓRICA: CANIBALISMO Y 37 DESCUARTIZAMIENTOS

Antropología. Un estudio de Oxford con participación española reconstruye un episodio negro de encarnizamiento en la Edad de Bronce temprana de Inglaterra, en una época que se consideraba relativamente pacífica

Por Teresa Guerrero (Madrid)

Ha sido considerado el mayor caso de violencia interpersonal conocido de la prehistoria en Reino Unido. Un equipo de la Universidad de Oxford del que forman parte investigadores españoles ha analizado los restos de una gran masacre del condado de Somerset durante la primera etapa de la Edad de Bronce, una época considerada hasta ahora relativamente pacífica. «Apenas habla casos de violencia documentados en ese periodo y la los conocidos eran individuales o afectaban a pocos individuos», explica a este diario la arqueóloga Teresa Fernández-Crespo, coautora del estudio.

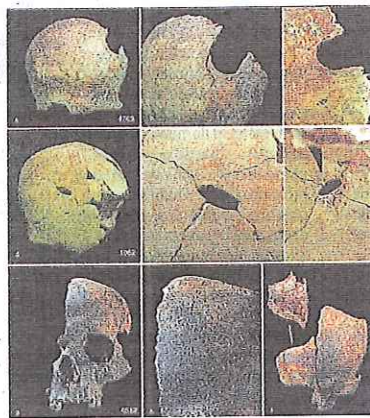
En la escena del crimen, descubierta en los años 70, se han contabilizado restos humanos pertenecientes a 37 personas—hombres, mujeres y niños—que fueron asesinadas y descuartizadas y probablemente canibalizadas antes de ser arrojadas a un pozo de 15 metros de profundidad, tal y como se detalla en un estudio publicado en la revista *Antiquity*.

Para reconstruir lo ocurrido, los arqueólogos tuvieron que analizar más de 3.000 huesos humanos y fragmentos de huesos encontrados en el yacimiento de Charterhouse Warren, en Inglaterra. Su conclusión es que las víctimas murieron a manos de un grupo enemigo, fueron descuartizadas y su carne consumida parcialmente, con el objetivo de deshumanizarlas.

Los científicos creen que las víctimas eran parte de una misma comunidad pero, como admite Teresa Fernández-Crespo, se ignora si todas esas personas murieron en el mismo episodio de violencia, en torno al año 2200 a.C. «Desafortunadamente, no sabemos con seguridad si los individuos encontrados en la sima murieron en un solo evento. La

datación radiocarbónica no permite tanta precisión, pero propone fechas próximas y podemos situarlas en un intervalo posible entre 100 y 125 años. Por tanto, la hipótesis del evento único existe», señala Fernández-Crespo, investigadora distinguida de la Universidad de Valladolid e investigadora asociada de la Escuela de Arqueología de la Universidad de Oxford.

Hasta la fecha, se habían encontrado cientos de esqueletos



humanos en Reino Unido del periodo comprendido entre el 2500 y el 1500 a. C, pero era raro hallar pruebas de que las muertes se hubiesen producido como consecuencia de una conflicto violento. «De hecho, encontramos más evidencia de lesiones en esqueletos que datan del Neolítico en Gran Bretaña que de la Edad del Bronce temprana, por lo que el caso de Charterhouse Warren se considera algo muy inusual», ha señalado en un comunicado Rick Schulting, investigador de la Universidad de Oxford y autor principal de la investigación.

En lo que respecta al análisis forense, Fernández-Crespo señala que «es difícil conocer tanto la secuencia temporal de las heridas, las cuales incluyen múltiples cortes y fracturas perimortem (ocurridas alrededor del momento de la muerte), como determinar

cuáles fueron las causas de muerte y cuáles del procesamiento posterior». No obstante, considera «muy plausible» que las víctimas recibieran golpes fatales en la cabeza. Una conclusión que vincula al hallazgo de «20 fragmentos de cráneos que conservan al menos parte de la órbita derecha (es decir, que corresponden necesariamente a distintos individuos) y a al menos nueve (45%) que muestran fracturas perimortem».

Otro aspecto llamativo de la investigación, en la que también participa el español Javier Ordoño, es la hipótesis de que los restos fueron probablemente consumidos tras ser descuartizados. Los científicos creen que se hizo para deshumanizar a las víctimas, y consideran improbable que fuera por necesidades alimenticias pues el hallazgo en el yacimiento de numerosos restos de animales mezclados con los humanos sugiere que no pasaban hambre.

En el cercano yacimiento paleolítico de la Cueva de Gough, en la garganta de Cheddar, se han encontrado también indicios de práctica de canibalismo que los

investigadores vinculan con un ritual funerario. Lo que pasó en Charterhouse Warren, sostienen, es diferente.

El detonante del conflicto que culminó en esta matanza, según la hipótesis de este equipo, serían factores sociales (robos, insultos, tensiones) y no una competición por los recursos disponibles. El inesperado hallazgo de dientes de dos niños que probablemente sufrían la peste sugiere que esta enfermedad infecciosa podría haber exacerbado las tensiones dentro de esa comunidad.

Según Teresa Fernández-Castro, este comportamiento de consumir carne de enemigos para humillarlos se ha visto en otros yacimientos: «Especialmente en América hay multitud de casos documentados tanto arqueológica como etnográficamente. Sin embargo, es la primera vez que se sugiere en la prehistoria europea con esta intensidad, y en un contexto tan particular (una profunda sima y con evidencias de peste en al menos dos individuos)».

Esta masacre se considera la mayor descubierta en Reino Unido de la prehistoria pero, como señala la arqueóloga española, se han documentado masacres mayores en el Europa. «Lo importante del episodio de Charterhouse Warren no es la masacre, sino el procesamiento de los restos y su intensidad que habla posiblemente de una venganza».

Huesos con indicios de haber sido masticados, posiblemente por humanos.
IAN CARTWRIGHT / UNIVERSIDAD DE OXFORD

LA MIRADA DEL PACIENTE

Cuando la mejor medicina es la familia

Por **UE Studio**

A Manuel se le ilumina el rostro cada vez que su nieto va a verlo al hospital. Está en pleno tratamiento contra el cáncer de próstata y estas visitas le llenan de alegría y le dan fuerza para seguir adelante. La presencia de su nieto refleja la importancia del apoyo incondicional de la familia en momentos difíciles, apoyo que queda retratado en una tierna fotografía donde se aprecia el vínculo y el cariño que comparten ambos, abuelo y nieto.

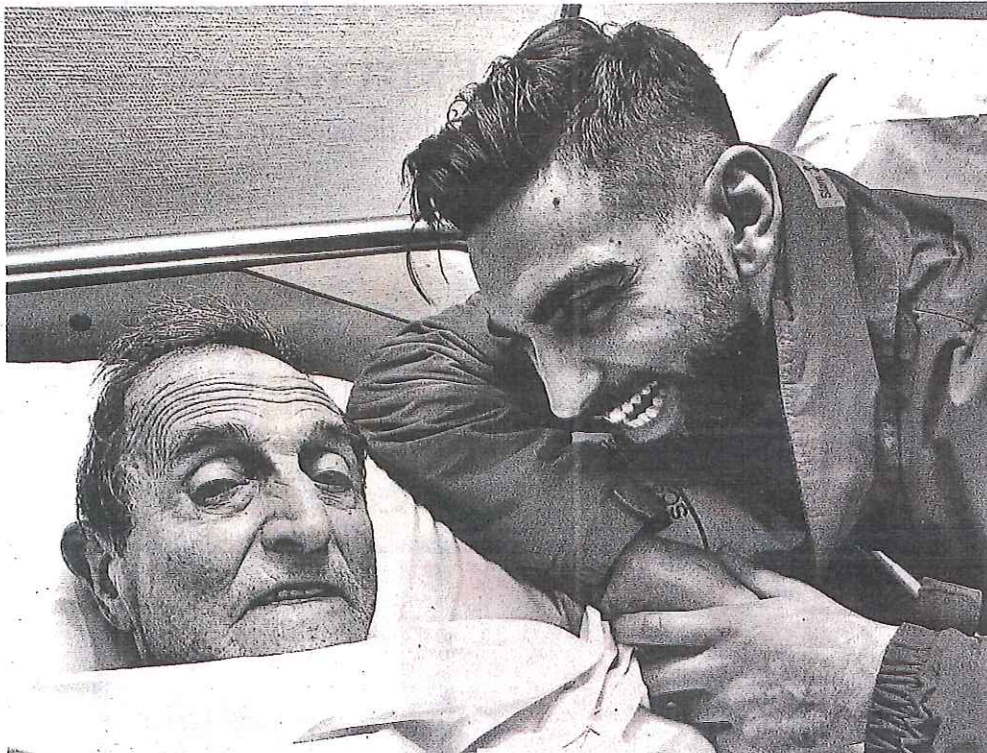
La imagen forma parte de las veinte instantáneas del libro "La mirada del paciente", una iniciativa de Cinfa que busca dar visibilidad a las historias de pacientes, sus familiares cuidadores y las asociaciones de pacientes que les apoyan. Junto a las fotografías, personalidades del mundo del arte, el deporte y la cultura o gastronomía de nuestro país cuentan, a través de un relato, las historias que se esconden detrás de cada imagen. En esta ocasión, el actor y director Miguel Ángel Muñoz se emociona al contemplar esta fotografía, que le trae a la memoria los entrañables momentos vividos junto a su tata, Luisa Cantero. A través de sus palabras, subraya cómo el amor con mayúsculas se convierte en la mejor medicina para fomentar el bienestar y la felicidad de las personas mayores.

Personas como Manuel, retratado en esta fotografía por su hija, María José González, quien eligió a la Asociación de Padres y Afectados por el Síndrome del Espectro Autista y otros TGD de Cantabria (APTACAN) como entidad beneficiaria al presentar la imagen al certamen fotográfico del mismo nombre, "La mirada del paciente".

Alberto Baliñas, director gerente de esta asociación, agradece el apoyo y pone de manifiesto las dificultades a las que hacen frente las personas con estos trastornos. "Tienen pocas habilidades sociales y, por lo tanto, problemas de comunicación. Su estructura es poco flexible y rígida, lo que propicia movimientos repetitivos o conductas obsesivas. Esto, sumado a la invisibilidad del trastorno, hace que sean tachados por la sociedad de maleducados, antipáticos o consentidos".

La asociación desarrolla su labor en cinco áreas: cuenta con un colegio de educación especial específico de autismo con cincuenta alumnos; un centro ocupacional destinado para adultos; un proyecto de intervención en las principales áreas afectadas por el Trastorno del Espectro Autista (TEA), compuesto por un equipo multidisciplinar de psicólogos, trabajador social, educadores, logopedas y psicoterapeutas que ofrecen apoyo desde la infancia hasta la edad adulta; un servicio de ocio, en el que se realizan actividades culturales; y un área de vida adulta, donde se trabaja en la formación para el empleo.

Baliñas valora positivamente la iniciativa de Cinfa, ya que es una forma de cuidar al paciente y a quienes le acompañan. De ahí la importancia de dar visibilidad a entidades que trabajan de manera complementaria, como es el caso de APTACAN. "Cinfa trabaja desde una perspectiva médica, farmacológica y social, y nosotros desde la terapéutica. La combinación de todas hace que se cumplan los objetivos y haya mejoras dentro del colectivo", concluye Alberto Baliñas.



"LA MEJOR MEDICINA".

Fotografía de María José González
Llama a favor de la Asociación de Padres y Afectados por el Síndrome del Espectro Autista y otros TGD de Cantabria (APTACAN).

A Manuel, paciente de cáncer de próstata, le cambia la cara cuando por la puerta del hospital aparece su nieto, Ramón. Lo suyo es un amor mutuo que hace que, durante un tiempo, desaparezcan todos los males. Es su mejor medicina.

Amor

por Miguel Ángel Muñoz
Actor y director.

Ellos son Manuel y su nieto Ramón. Cada vez que Ramón abre la puerta de la habitación del hospital, a Manuel se le ilumina la cara con esa sonrisa.

Yo estoy convencido de que el AMOR alegra y alarga la vida. Creo que

es la mejor medicina para cualquier ser vivo y, por supuesto, para los humanos, donde destaca, que hace especialmente bien a las personas mayores.

Así lo he vivido yo con mi Tata Luisa Cantero, que falleció a la edad de noventa y ocho años.

Si por ella hubiera sido, quizá habría querido marcharse al menos quince años antes. Así lo verbalizó en más de una ocasión. Pero el AMOR tan fuerte que nos profesábamos nos agarró a vivir hasta sus noventa y ocho con mucha alegría, a pesar de las

dificultades propias de una edad tan avanzada.

Esta foto de Manuel y Ramón me transporta inmediatamente a muchos de los momentos vividos con mi Tata y me llena de una inmensa alegría, a la vez que me

remueve mucho por dentro, ya que no puedo repetirla desde que ella se marchó.

Hoy Manuel tampoco está con nosotros, pero estoy convencido que, allá en el cielo, mantendrá esa misma sonrisa que a su nieto le hacía tan feliz y quiero imaginar que por allí arriba se encontrará con la Tata para reír juntos y mirar a sus respectivos nietos con el mismo AMOR y alegría.

A su nieto Ramón, le agradezco la generosidad por compartir esta imagen tan bella y le acompaño en el sentimiento.

El libro "La mirada del paciente" puede descargarse gratuitamente en: <https://lamiradadelpaciente.cinfa.com/>



DXT

FÚTBOL. El Barça cae ante el Leganés (0-1) y agudiza su mal momento en la Liga

BOXEO. Así se prepara Usyk, en Gandía, para defender el título de los pesos pesados



«Esta enfermedad es una cárcel»

TRAIL. Anna Guirado, que fue subcampeona del mundo, lucha contra un trastorno alimenticio, por el que está ingresada

POR JAVIER SÁNCHEZ

06 DXT

ANNA
GUIRADO

CORREDORA DE MONTAÑA. Subcampeona mundial en 2021, está ingresada en tratamiento contra un trastorno que le ha cambiado la vida

«Llegué a pesar 30 kilos, me alejé de mi entorno»

JAVIER SÁNCHEZ BARCELONA

En Eitaca, la clínica de la zona alta de Barcelona donde lleva ingresada un año y medio, Anna Guirado habla con EL MUNDO del trastorno de la conducta alimentaria (TCA) que le ha cambiado la vida. Fue una de las mejores corredoras de montaña de España, toda una promesa, subcampeona del mundo sub-23 en 2021 y hoy no sabe muy cómo definirse.

«Tengo 24 años y llevo cuatro intentando superar esta enfermedad. Hasta hace poco aún quería ser deportista de élite: entrenaba muchísimas horas, estudiaba INEF... ahora ya he abandonado ese sueño. Todo mi mundo era el deporte y ya no, estoy intentando descubrir cosas nuevas. Pienso en apuntarme al grado de diseño gráfico, por ejemplo, pero me siento desamparada, muy sola», reconoce, en tratamiento después de las restricciones, de la obsesión, de perder peso hasta llegar a los 30 kilos, de no poder levantarse de la cama, del primer ingreso, de las recaídas y de la aceptación de su propia dolencia.

«Ahora sí he cambiado el chip. Intentaba ser deportista de élite sin cuidarme, me obsesioné con la competición, pensaba que todo mi entorno estaba en mi contra. Ahora quiero salir de esta mierda», proclama en su internamiento. Dedica los días al completo a terapia, incluso sin poder utilizar el móvil, y sólo los fines de semana tiene permiso para visitar a la familia y los amigos en su pueblo, La Garriga.

Pregunta. ¿Cómo empezó todo? Respuesta. Con las primeras victorias. De los cinco años a los 18 practiqué baloncesto, estuve muchas temporadas en equipos como el Grano-llers, pero siempre me había gusta-

do la montaña, empecé a salir a correr y me enganchó. Disfrutaba muchísimo y las primeras carreras me salieron muy bien, así que me llamó la selección catalana. Era 2020, justo después de la pandemia. Ahí ya no

chísimo en los entrenos. Y por sorpresa me proclamé campeona de España sub-23 de kilómetro vertical y subcampeona en media maratón. P. Descubrió que los malos hábitos podrían dar buenos resultados.

R. Totalmente. A partir de ahí ya dejé de disfrutar de correr, de la montaña, de todo. Me obsesioné con estar muy delgada y tenía mucha ansiedad por entrenar más; fue todo un cúmulo. Yefé que mucha gente en el deporte de élite no estaba en un estado saludable y creía que ése era el camino para destacar. Como campeona de España me convocaron para el Mundial y lo que pasó no me ayudó.

P. ¿Qué pasó?

R. Que acabé subcampeona del mundo sub-23 y eso agravó la enfermedad. Un TCA te hace ser muy manipuladora y manipulé a todo el mundo para que me dejaran competir. Para entonces, la Federación Española (FEDME) ya veía que no cumplía con los estándares de salud, que tenía problemas con el peso, pero prometí a los entrenadores que después de los campeonatos cambiaría de hábitos y me creyeron. Fue un error por su parte. Un error de buena fe, pero un error. La enfermedad ganó claramente.

P. ¿Ahí llegó el primer ingreso hospitalario?

R. Ya había estado ingresada antes del Mundial porque mis padres estaban preocupados y buscaron ayuda pronto. Pero al principio los tratamientos se centraban en mi alimentación, en que ganara peso, en que recuperara la salud. No tanto en la parte

psicológica. Mido 1,63 metros y después del Mundial llegué a pesar 30 kilos. Había gente de mi entorno que me decía que parase de correr, que me cuidase, pero yo estaba tan centrada en llegar a ser deportista profe-



Guirado, durante el Mundial de trail de 2021. FEDME

tenía buenos hábitos de alimentación, pero exageré los malos. Tenía miedo de hacer el ridículo en el Campeonato de España por comunidades autónomas, así que prácticamente dejé de comer y me machaqué mu-



«Cuando gané el campeonato de España me obsesioné con estar muy delgada»

«Un día ya no pude salir de la cama. Estaba a apenas 27 pulsaciones por minuto»

«Necesitaba un informe médico para poder correr el Mundial y lo falsifiqué»

sional, en entrenar, en ganar carreras, que me aparté de ellos. Me quedé sola. Cada día me levantaba con muchos dolores, pero igualmente acababa haciendo salidas corriendo o en bici de horas y horas. Hasta que hubo un día que ya no podía salir de la cama. Cuando me monitorizaron estaba a 27 pulsaciones por minuto. Tuve que estar casi un año ingresada entre la Mútua de Terrassa y un centro de Sant Joan de Déu en Barcelona.

P. ¿Y qué ocurrió al salir?

R. Que volví a entrenar, volví a obsesionarme y volví a ganar. Había una parte de mí que sabía que no estaba bien, que estaba volviendo a los malos hábitos, pero estaba convencida de que podría compaginar la enfermedad con la competición. En abril del año pasado fui campeona de España de media maratón en categoría promesa y me volvieron a convocar para el Mundial. Pienso que en la carrera que era Campeonato de España, la Calamorro Sky Race, de 27 kilómetros y más de 2.000 metros de desnivel, estuve casi cuatro horas corriendo con sólo una manzana en el estómago. Nada más. En los siguientes



sólo paraba para beber agua y los geles y las barritas me daban pavor, pensaba que tenían demasiadas calorías, que ganaría peso. Entonces, antes del Mundial, la Federación Española me pidió un informe médico para dejarme competir y yo, como sabía que ningún doctor firmaría, lo falsifiqué. Estaba cometiendo un delito, pero hasta ahí llegaba mi enfermedad. Por suerte me pillaron y no pude correr. Fue la gota que colmó el vaso. Acepté ingresar aquí en Eutica y llevo un año y medio. Estoy mejorando, aunque no es fácil. Esta enfermedad es una prisión, todo el día luchas contra tu mente.

P. Parte de su tratamiento es, precisamente, hacer deporte.

R. Sí, pero dentro del centro y todo muy centrado en la salud, para nada en la competición. Hago pilates o ejercicios de fuerza. Uno de mis objetivos es volver a disfrutar del deporte, aunque no creo que vuelva a competir nunca más. Para mí, un dorsal es veneno. Incluso un plan de entrenamiento puede llegar a serlo. Hubo una época en la que estuve muy contaminada por Strava, por ejemplo. Es-

«Corría cuatro horas con una manzana. Los geles y las barritas me daban pavor»

«Un dorsal es veneno. Estuve obsesionada con Strava, con hacer más kilómetros»

«Esta enfermedad es una cárcel, quiero salir de esta mierda, quiero volver a ser feliz»

taba todo el día mirando qué hacían mis rivales y mis compañeras de selección y necesitaba ser la que entrenaba más horas, la que sumaba más kilómetros a la semana, la que acumulaba más desnivel positivo.

P. ¿En sus años en competición recibió presiones para bajar de peso? R. La verdad es que no. En deportes como el trail running, al igual que en el atletismo o el ciclismo, siempre se relaciona el estado de forma con estar fina, es decir, estar delgada. Cuanto más fina, más rápida. Y eso no es saludable. Pero la presión para bajar de peso siempre salía de mí, de mi autoexigencia.

P. Ahora está escribiendo un libro. R. Espero que mi experiencia pueda servir a alguien. Cuando salga de aquí quizá pueda ayudar. Se habla mucho de salud mental, pero determinados problemas siguen siendo tabú y hay muy poca ayuda. Esté tratamiento, por ejemplo, lo está pagando mi familia. Estoy participando en un proyecto muy chulo de la Fundación Blanca de Lola Fernández Ochoa sobre TCAs, tengo el libro... Quiero volver a sentirme bien, volver a ser feliz.

AL CIELO
CON ELLA

PITI
HURTADO



El fervor y Nikola Mirotic

Cuando acabó el Barcelona-Olimpia Milán el viernes, en el programa posterior en Movistar+, el vigente seleccionador nacional Sergio Scariolo definió a Nikola Mirotic: «Se puede ser un gran competidor si tener ese punto de HdP». Tales letras mayúsculas no se referían a los apellidos de este columnista, si no como bien barruntan, aludía a la condición de ferocidad extrema que parece que tiene que ir irrevocablemente asociada a los grandes deportistas.

Con selecto estilo italo-español, el entrenador fue ilustrativo sin necesidad de comunicar con grosería. En una época donde usar tacos y palabras malsonantes repetidamente en los medios, parece que aporta frescura y clicks. O no.

Mientras Mirotic saludaba a la grada y devolvía el agradecimiento casi persona a persona a todos los que fueron al *BlauGrana* a verle jugar en su vuelta a Barcelona, ahora con la camiseta de Milán. Jugó bastante bien, valorando 26, anotando 19 puntos. Su compañero LeDay fue quién más daño obró en el rival, un Barça de Peñarroya en el que en su vestuario se miran a los ojos buscando respuestas a derrotas tan dolorosas en casa. Un ataque en manos de la inspiración discontinua de Punter y Parker y de la permanente observación de (o sobre) los nacionales. A los lombardos el exceso de cuartos les sienta bien, a los catalanes sin Metu le falta fuerza y rotación en la misma posición.

Fieberhace, Panathinaikos, Real Madrid, Barcelona. Las marcas más lujosas del concierto baloncestístico europeo

siguen perdiendo y no saben qué les pasa. Y tampoco saben qué contestar. Los mercados de jugadores son caladeros exigüos y las listas de entrenadores disponibles son muy cortas en el perfil más alto. Ya no hay tanta fe en los entrenadores, sólo se les ve por lo que no han ganado. Se da más importancia a eso que a lo triunfado en el pasado o a lo potencial. Ven a Tiago Splitter, pero no le creen.



Mirotic, el pasado viernes, contra el Barça. EFE

Para base espiritual fuerte, la de Mirotic. Él no expulsó a los mercaderes del templo si no que huyó del mismo, dejando la NBA y renunciando a una moneda que no le permitía decidir por su futuro por otra moneda más pequeña pero que pesó todos los años de contrato en Camp Barça, incluso hasta después del último día. En el otro lado de la balanza él puso títulos nacionales, MVP individual y varias F4. Solamente ganar la Euroliga hubiera cambiado el relato de apócrifo a sagrado. La parábola de su carrera deportiva es la fiabilidad de su curva de tiro, ahora en gran momento de forma. Igual que curvó sus dedos para gestualizar un corazón con el que quería volver a tener comunión con el que fue su público. Alargó el regreso a vestuarios mandando un mensaje.

CASTILLA Y LEÓN, SANIDAD DE REFERENCIA NACIONAL

La atención a patologías que requieren de alta especialización, de tecnologías muy complejas o que están catalogadas como enfermedades raras se complementa a través de la red de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR), que dan cobertura a todo el territorio nacional. Nuestra Comunidad cuenta ya con siete CSUR.



**Complejo Asistencial
Universitario de Burgos**

Reimplantes, incluyendo la mano
catastrófica

**Complejo Asistencial
Universitario de Salamanca**

Trasplante de páncreas
Cardiopatías congénitas en adultos
Cardiopatías familiares
(incluye miocardiopatía hipertrofica)



**Hospital Clínico Universitario
de Valladolid**

Tumores intraoculares del adulto
(melanomas uveales)

Reconstrucción de la superficie ocular compleja
Queratoprotesis

**Hospital Universitario
Río Hortega**

Drenaje guiado por ecodoposcopia
de la obstrucción bilio-pancreática compleja



17 DE
DICIEMBRE
DE 2024

extra



DIARIO DE
CASTILLA Y LEÓN
EL MUNDO

INNOVADORES

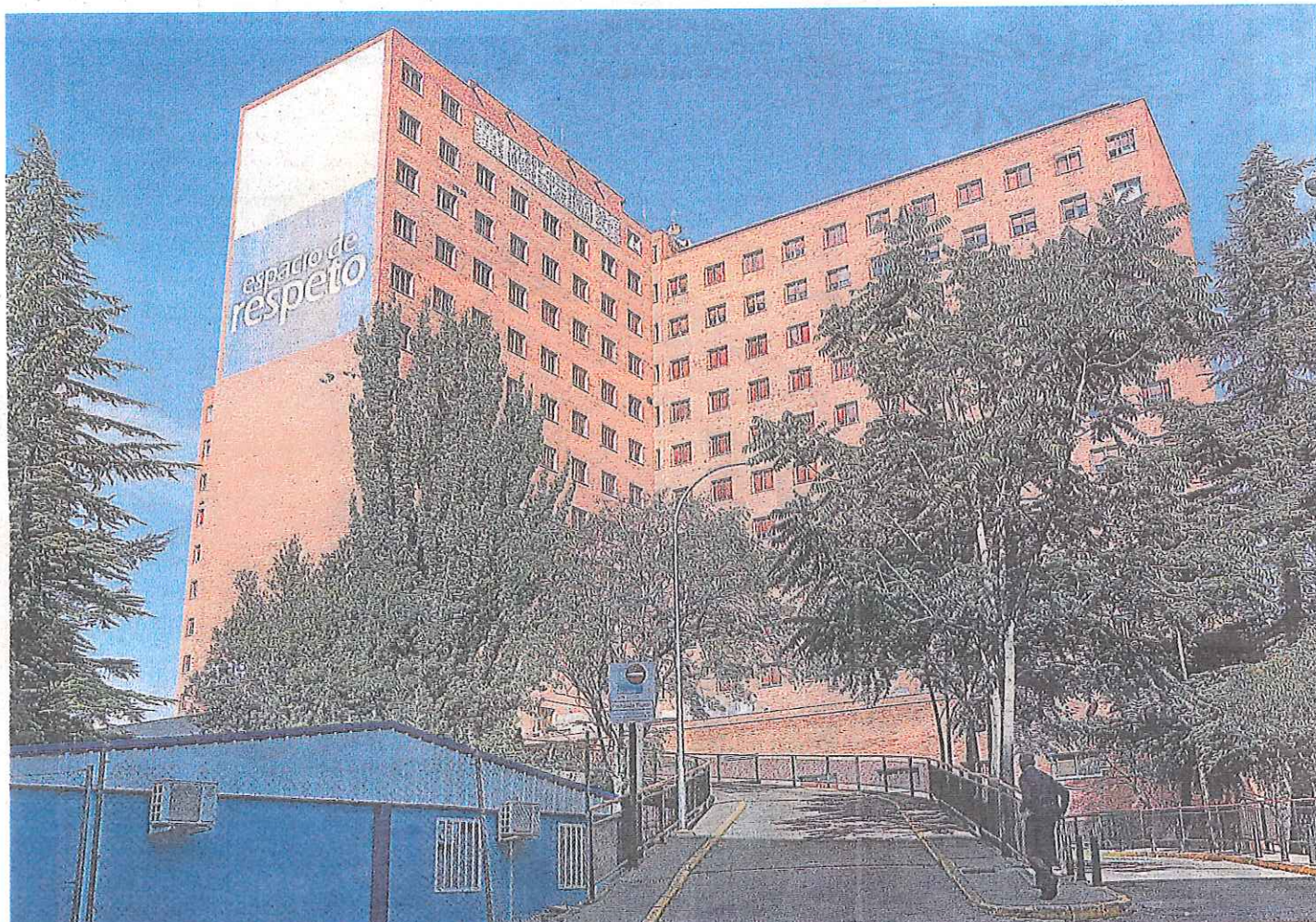
CASTILLA Y LEÓN

www.diariodecastillaleon.es www.diariodevalladolid.es



Centros de Referencia

EM



Entrada del Hospital Clínico Universitario de Valladolid que cuenta con dos CSUR y próximamente sumará un tercero. JM LOSTAU

CSUR: Centros a la cabeza de la calidad y de equidad

En Castilla y León siete, en breve ocho, son los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud que dan servicio a los pacientes de la comunidad y otros territorios nacionales.

Estos son centros, unidades de centros o servicios sanitarios que dedican fundamentalmente su actividad a la atención de determinadas patologías o grupos de patologías que cumplan una o varias de las características establecidas aunque además ese servicio o unidad atienda otras patologías para las que no sería considerado de referencia.

En Castilla y León existen siete, próximamente ocho, centros centrados en diferentes especialidades de que se ubican en el Hospital Clínico y el Río Hortega de Valladolid, el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y el Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Por María Bausola

Estos dan cobertura a todo el país para atender a todos los pacientes en igualdad de condiciones independientemente de su lugar de residencia y proporcionan una atención en equipo

multidisciplinar.

Los CSUR ubicados en la comunidad se corresponden a las especialidades de Tumores intraoculares del adulto, Reconstrucción de la superficie ocular

compleja, ambos ubicados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y otro pendiente de aprobación de Extracción de electrodos en adultos.

En esta misma ciudad también se sitúa un centro de Drenaje guiado por ecoendoscopia de la obstrucción bilio-pancrática compleja en el Hospital Universitario Río Hortega.

A estos se suman los de Trasplante de páncreas, Cardiopatías familiares, Cardiopatías congénitas en adultos, situados en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y otro de Reimplantes, incluyendo la

mano catastrófica, ubicado en el Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

«El término CSUR se refiere a centros que se dedican únicamente a una patología específica mediante una técnica específica, que necesita de una capacitación profesional concreta, o precisa de una alta tecnología que por su dificultad en el uso o por su alto elevado coste necesita la concentración de casos para atender a los pacientes mejor, con criterios de calidad, de seguridad y de equidad dentro de lo que llamamos el Sistema Nacional de Salud», explica Sil-



Silvia Fernández Calderón, Directora General de Asistencia Sanitaria y Humanización. E.M.



Vista del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, que cuenta con tres CSUR. SACYL

via Fernández Calderón, Directora General de Asistencia Sanitaria y Humanización.

Gracias a este sistema «cualquier paciente dentro del territorio nacional o de Castilla y León puede ser atendido en igualdad de condiciones, con la tecnología más moderna, más innovadora y específica para esa patología que padece y, además, cuenta con la experiencia y con el buen hacer que se concentra en un centro».

Para el establecimiento de estos CSUR existen tres criterios que sea una patología que necesita de especial conocimiento, una tecnología específica que necesita agrupar casos o que la enfermedad sea rara.

«Esas tres cuestiones hacen que no sirva cualquier profesional para la atención de estos pacientes, por ello los profesionales que conforman estos centros, servicios y unidades de referencia, son superespecialistas en la materia», añade.

A la hora de considerar una nueva especialidad «lo primero

que se hace es un estudio basándose en esos criterios que se marcan en ese Real Decreto 1302/2006.

En el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España, hay un comité de designación de centros, servicios y unidades de referencia, en el que estamos todas las comunidades presentes, las mutualidades la agencia de calidad del sistema nacional y la organización nacional de trasplantes; donde se decide si es una patología completa y concreta.

«Actualmente, existe un total de 109 procedimientos o patologías que en un momento determinado han sido seleccionados dentro de ese comité para establecer cuántos pacientes tiene que atender un centro que desea ser designado para esa patología, qué recursos materiales, qué recursos humanos, cuántos médicos, cuántas enfermeras, qué quirófano si necesita un robot, si necesita una tecnología específica, si tiene que tener un sistema de información, si tiene

que tener un sistema de calidad que acredite unos criterios mínimos de calidad que sean objetivos...»

Una vez que se definen esos criterios, lo que se hace es una convocatoria que se abre a todos los servicios de salud y a todos los centros de las comunidades.

«Por su parte, desde los territorios autonómicos lo que hacemos es proponer dentro de nuestros centros aquellos que cumplen esos criterios para ser designados».

De ser aprobados estos tienen que ser publicados en una orden específica que lo que hace es dar publicidad de esa designación y establecer unas condiciones.

«Así nosotros en este momento tenemos siete, casi ocho, una vez que se publique el octavo en la orden. Para mí es un orgullo decir que yo dispongo en la comunidad autónoma de casi ocho CSUR que son de referencia dentro del sistema nacional, que los profesionales que allí trabajan tienen el conocimiento y una

altísima capacitación tecnológica, innovadora, moderna para tratar esta patología», incide.

«Esto permite, que los pacientes no tengan que salir fuera de la comunidad autónoma y da más confianza a nuestra población al respecto de los servicios que se ofrecen dentro de la comunidad autónoma».

Dentro de esos CSUR es el de Cardiopatías familiares el que más pacientes atiende con 453 de media al año, de los cuales 6 provenían de fuera de la comunidad.

Detrás de este se ubica el de Drenaje guiado por ecoendoscopia de la obstrucción biliar-pancrática compleja

con unos datos estimados de 303 al año, y el de Tumores intraoculares del adulto con 153, de los cuales 63 no eran de Castilla y León.

Por su parte el centro de Reconstrucción de la superficie ocular compleja atiende de media a 103 pacientes al año, el de Cardiopatías congénitas en adultos ve datos estimados de 102 personas y el de Reimplantes, incluyendo la mano catatráfica a 61, siendo 13 de otras comunidades.

A la cola se ubican los CSUR de Extracción de electrodos en adultos, con una estimación de 22 pacientes al año, y el de Trasplante de páncreas con una media de 7.

«Al principio tuvimos tres CSUR. La primera designación fue en el año 2007, cuando sacamos adelante el de Reimplantes, incluyendo la mano catatráfica, de Burgos y los dos centros de referencia de oftalmología ubicados en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, el de Tumores intraoculares del adulto y el de Reconstrucción de la superficie ocular compleja. En aquel entonces solamente hubo 22 CSUR designados», apunta Silvia Fernández.

«En este momento, en el año veinticuatro, tenemos 347. Es un sistema que está funcionando muy bien y en mi opinión es una de las mejores medidas y más solidarias que pueden dar una mejor respuesta a la población española en términos de calidad».

Por su parte, el último Centro, Servicio y Unidad de Referencia en incorporarse a esta lista en Castilla y León ha sido el de Cardiopatías familiares y el de Drenaje guiado por ecoendoscopia de la obstrucción biliar-pancrática compleja.

A nivel de importancia, destaca esos tres primeros centros designados. «El de Reimplantes, incluyendo una mano catatráfica, es un servicio que se dedica a implantar partes del cuerpo, generalmente extremidades, que han sido amputadas».

«Es un servicio que depende fundamentalmente de cirugía plástica y microcirugía. La mano es uno de esos órganos tremendamente complejos que tú necesitas para el desarrollo de todas tus habilidades y para garantizar la autonomía».

«Generalmente, lo que atienden son pacientes que han sufrido accidentes laborales o accidentes de tráfico donde ha habido politraumatismos. Entonces, el que veas que puede recuperar la función de una mano es muy importante», asegura.

Por su parte, en cuanto a los dos de oftalmología ubicados en el Hospital Clínico Universitario de la capital vallisoletana, «creo que por prestigio a nivel nacional, son también de los más importantes».

«No es que los demás no sean relevantes, por su puesto son fundamentales para la salud de multitud de pacientes, pero el de Tumores intraoculares del adulto trata un cáncer dentro de cualquiera de los elementos del ojo, generalmente de retina. Eso mata».

Además, «aparte de que pierden la visión, en muchos casos, el tratamiento es una enucleación, es decir, quitar el globo ocular».

Y en el caso de la Reconstrucción de la superficie ocular, «esta tiene que ver también con accidentes laborales, accidentes domésticos, donde se pierde parte del ojo en muchos casos».

«Debido a esto la reconstrucción, el trasplante de la córnea y demás procesos que realizan desde el CSUR, a veces permiten mantener la función del órgano; la visión, que es una cosa también muy importante para las personas».

A todos estos centros se sumará en breve otro de Extracción de electrodos de dispositivos cardíacos en adultos que se ubicará en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

«La convocatoria para este tipo de CSUR salió hace dos años y va a ser designado el que viene. A finales del 2022 se presentó, entregamos la documentación a lo largo del 2023, fue estudiado por parte del Ministerio -que también es un procedimiento largo en función del número de centros- y se empezará un día después de que se publique la orden de asignación en 2025».

«Al día siguiente de la orden ya abrimos SIFCO para que entre en el sistema de información de derivaciones para poder recibir a pacientes formalmente de esta u otras comunidades autónomas. Existe un sistema de derivación entre comunidades autónomas que permite que cualquier paciente de, por ejemplo, de Castilla de la Mancha por proximidad solicite ser atendido», concluye.

«Ofrecer una mejor asistencia»

Valladolid cuenta con tres, próximamente cuatro, Centros de Referencia de las especialidades de Tumores intraoculares del adulto, Reconstrucción de la superficie ocular, Extracción de electrodos de dispositivos cardíacos y Drenaje guiado por ecoendoscopia de la obstrucción biliar-pancreática compleja. Por María Bausela

En Valladolid existen un total de tres, en breve cuatro, Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud que trabajan para «ofrecer una mejor asistencia». Estos se ubican en los dos centros principales de la provincia, el Hospital Clínico Universitario y el Hospital Universitario Río Hortega y fundamentalmente su actividad se centra a la atención de determinadas patologías y enfermedades raras.

Estos centros corresponden a las especialidades de Tumores intraoculares del adulto, Reconstrucción de la superficie ocular compleja (queratoprótesis) y otro pendiente de aprobación de Extracción de electrodos en adultos, todos ellos ubicados en el Clínico. Por su parte en el Río Hortega se sitúa un centro de Drenaje guiado por ecoendoscopia de la obstrucción biliar-pancreática compleja.

TUMORES INTRAOCULARES

En el Hospital Clínico Universitario se sitúa el centro de Tumores intraoculares del adulto que fue reconocido como CSUR en 2009, siendo uno de los primeros de la comunidad.

Esta es «una unidad trata patología tumoral ocular del adulto, fundamentalmente melanomas de úvea y de conjuntiva, que además de ser enfermedades de naturaleza cancerosa están catalogadas dentro de las denominadas enfermedades raras por su escasa incidencia».

«La unidad realiza un tipo de tratamiento mediante radioterapia muy específico, denominado braquiterapia episcleral», apunta Ciro García Álvarez oftalmólogo que forma parte de este equipo multidisciplinar. Junto a él componen el grupo oftalmólogos, oncólogos radioterapeutas y radiofísicos, contando con al menos dos especialistas de cada disciplina.

A lo largo del año 2023 este CSUR recibió a 216 pacientes nuevos y se atendieron 1.605 revisiones. De los nuevos, 34 fueron tratados mediante braquiterapia episcleral.



El doctor José María Herreras Cantalapiedra, E.M.

Además, de los 216 pacientes nuevos, 65 fueron de fuera de Castilla y León (el 30%). Vinieron desde País Vasco, Cantabria, Asturias, La Rioja, Castilla-La Mancha, Extremadura y Madrid.

Junto a dicho centro actualmente hay otros cinco reconocidos para esta especialidad y se sitúan en Santiago de Compostela, Barcelona, Sevilla, Valencia y Madrid. «Estos permiten atender con calidad a pacientes con patologías poco frecuentes que precisan, además, de tratamientos complejos».

«La centralización de la asistencia permite optimizar los recursos y permitir una asistencia mejor debido a la alta capacitación y subespecialización de los profesionales que forman parte de estas unidades», incide.

RECONSTRUCCIÓN DE OCULAR

Siguiendo en el Clínico de Valladolid se ubica otro CSUR de la rama de oftalmología centrado en la rama de la Reconstrucción de la superficie ocular compleja (queratoprótesis). Esta unidad «es consecuencia de la primera convocatoria por parte del Ministerio de Sanidad de estas unidades en el año 2006 y lleva en funcionamiento desde 2003», explica José M.ª Herreras Cantalapiedra,

jefe de Unidad del Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Universitario.

«El objetivo asistencial es el tratamiento de patologías complejas de la superficie ocular, referidas fundamentalmente a la córnea y a la conjuntiva. Y se realiza desde tres abordajes».

Por un lado, realizan trasplantes de córnea. «Este es el único centro de la Comunidad y de los pocos en España que realizan todos los tipos de trasplante de córnea (penetrantes, lamelares anteriores y lamelares posteriores) y trasplantes de córneas artificiales (queratoprótesis)», añade.

Además, cuentan con amplia experiencia en el manejo de fármacos inmunomoduladores, «por lo que se asumen pacientes de otros centros, candidatos a trasplante con alto riesgo de rechazo o con enfermedades inmunológicas graves que han causado la ceguera corneal. Y este es uno de los aspectos diferenciales respecto a otros centros que limitan su actividad a los temas técnicos quirúrgicos».

Son expertos en terapias regenerativas, como trasplantes de limbo, trasplantes de membrana amniótica y tratamientos con colirios enriquecidos». Y en colaboración con el Instituto Universita-



El Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. sacv

rio de Oftalmobiología Aplicada (I.O.B.A.) se han posicionado como «expertos en terapia celular para trasplantes de células madre del epitelio corneal mediante expansión 'ex vivo' de células mesenquimales».

El equipo de este centro CSUR lo integran tres profesionales, la doctora Lidia Cocho Archiles con subespecialidad de Inmunología Ocular, el doctor David Galarreta Mira con subespecialidad de Cornea y el José María Herreras Cantalapiedra.

«La Unidad de superficie ocular es, además, asesora técnico del Banco de Tejidos Oculares del Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León y junto con el resto del Servicio de Oftalmología y otros servicios del Hospital Clínico Universitario de Valladolid es miembro de pleno derecho de las European Reference Networks for the Eye (ERN-EYE)», incide.

Este grupo de profesionales recibe 1.600 consultas anuales, en las que se atienden unos 160 pacientes nuevos cada año. En el año 2024 se han realizado 81 trasplantes de córnea y otros veinte trasplantes de otros tejidos oculares de los cuales el porcentaje de pacientes procedentes de otras comunidades autónomas «es ba-

jo, no superando el 5%, ya que en Madrid o en el País Vasco, comunidades limítrofes con la nuestra, también existen centros CSUR de superficie ocular».

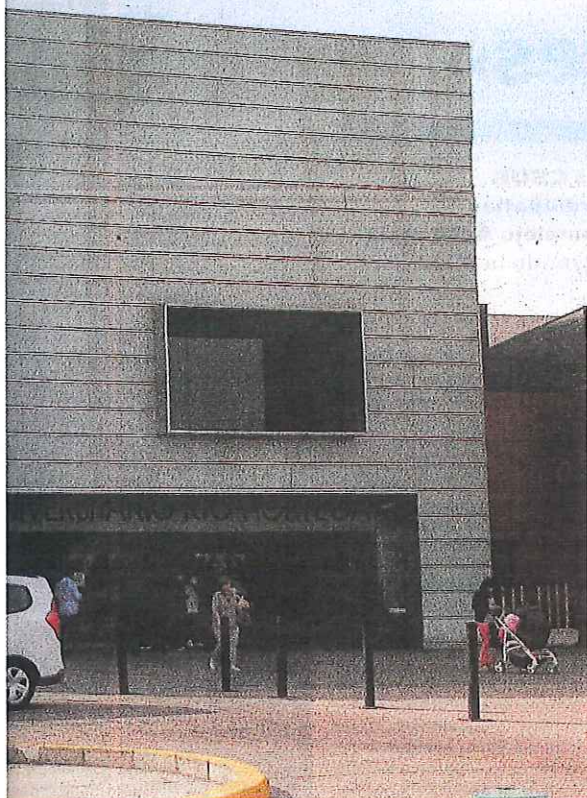
El CSUR de Reconstrucción de la superficie ocular compleja (queratoprótesis) «centra su actividad asistencial en la resolución médica y quirúrgica de patología de la superficie ocular de alta complejidad, que puede ser abordada en pocos centros de España».

«La Unidad tiene una intensa actividad investigadora, como lo demuestra el hecho haber recibido de forma regular subvenciones públicas a través de proyectos de investigación vigentes y de subvención privada a través de ensayos clínicos. En el mes de octubre de este año ha recibido el accésit de los XXXIV Premios de Investigación de Mutual Médica».

«Su actividad docente se centra en la formación de residentes, del H.C.U.V. y de otros de la Comunidad de Castilla y León y de otras comunidades y en la formación de alumnos del Máster de la Universidad de Valladolid en Subespecialidades Oftalmológicas», apunta.

DISPOSITIVOS CARDÍACOS

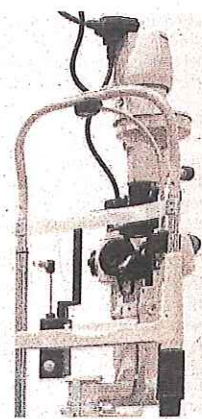
El Hospital Clínico Universitario



El equipo del CSUR de Drenaje guiado por ecoendoscopia de la obstrucción biliar-pancreática compleja. E.M.



El oftalmólogo Ciro García Álvarez del Hospital Clínico Universitario. E.M.



vallisoletano también cuenta con otro Centro, Servicio y Unidad de Referencia del Sistema Nacional de Salud que se encuentra pendiente de aprobación. Este se centra en la especialidad de Extracción de electrodos en adultos, se presentó y se comenzará a operar un día después de que se publique la orden de asignación en 2025.

«En las últimas décadas hemos asistido a un gran incremento en el número de implantes de dispositivos cardíacos de estimulación que incluyen marcapasos, desfibriladores y dispositivos de resincronización. Además, han aumentado en la cantidad de procedimientos de extracciones de electrodos que se realizan en nuestro país», apunta el Ministerio de Sanidad en los criterios homologados, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud.

Actualmente, «la infección re-

presenta aproximadamente dos tercios de todas las extracciones, su prevalencia de infección se mueve en un rango del 1 a 4% habiéndose incrementado durante los últimos años; también el número de procedimientos de extracción por otras causas. La mayoría de las bases de datos o registros nacionales de dispositivos cardíacos no detallan el número de extracciones, pueden infra-notificar las infecciones y no identifican o separan los casos de manejo conservador y cuáles son procedimientos de explante o de extracción», añaden.

«Los procedimientos de extracción son más complejos y tienen una mayor mortalidad y complejidad y son el objeto de este CSUR». La creación de estos centros del Sistema Nacional de Salud para la extracción de electrodos de mayor riesgo estaría indicada para la orientación diagnóstica y terapéutica de los casos más complejos y nos permitiría ajustarnos a las recomendaciones de las Sociedades Científicas internacionales», explican.

En el ámbito de la justificación de la propuesta aseguran que «el número de implantes de dispositivos electrónicos implantables cardíacos ha aumentado en los últimos años, como resultado del

envejecimiento de la población, adopción de nuevas indicaciones y un mejor acceso a la asistencia sanitaria. Sin embargo, desconocemos exactamente el número de explantes/extracciones de electrodos que se realizan en nuestro país».

«Las infecciones suelen estar infra-reportadas en los registros nacionales, pero se calcula que ocurren entre un 1 y 4% de los dispositivos. Otro tercio de los procedimientos se debe a causas diferentes a la infección. Si tenemos en cuenta que en España se implantan alrededor de 40.000 marcapasos y 7.300 desfibriladores, un cálculo conservador nos dará una tasa de retirada de electrodos de 1.200 procedimientos al año. De ellos aproximadamente 600 pueden considerarse como de alta complejidad y elevada mortalidad», inciden.

DRENAJE POR ECOENDOSCOPIA

Por su parte en el Hospital Universitario Río Hortega se sitúa un centro de Drenaje guiado por ecoendoscopia de la obstrucción biliar-pancreática compleja cuya fecha inicial de designación fue hace menos de un mes, el pasado 20 de noviembre. Este cuenta con unos datos estimados de 303 pacientes al año.

«En adultos, la producción diaria de bilis oscila entre 700-1200 ml, y la de secreción pancreática entre 1500 y 2000 ml. Esta secreción drena al intestino a través de la papila duodenal, donde confluyen el conducto biliar y el conducto pancreático», apunta el Ministerio de Sanidad en los criterios homologados, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud.

«Históricamente, la obstrucción biliar-pancreática se ha resuelto mediante cirugía. El desarrollo en las décadas 1960-1970 de la colangiografía transperitoneal (CTPH) y de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) hizo posible el abordaje no quirúrgico de la obstrucción biliar-pancreática. La cirugía ha cedido paso a estas nuevas alternativas, reservándose actualmente para la patología no susceptible de tratamiento intervencionista».

«La CPRE es el procedimiento de referencia en la obstrucción biliar-pancreática, habiendo desplazado a la CTPH como técnica de elección para el drenaje biliar. A pesar de haberse generalizado, la CPRE es un procedimiento exigente; la destreza en la CPRE re-

quiere una práctica asidua, persistiendo aun así el riesgo de fracaso técnico o de complicaciones», explican.

Tras una CPRE fallida, debe ofrecerse a los pacientes con obstrucción biliar-pancreática una alternativa terapéutica. Las alternativas más habituales son un nuevo intento de CPRE en un centro de referencia, el recurso a la cirugía es menos frecuente como opción de rescate inicial, pero tiene un importante papel tras el fracaso de las opciones de segundo nivel. El abordaje terapéutico de la patología obstructiva pancreática tiene paralelismos con el de la obstrucción biliar en las técnicas intervencionistas practicadas para resolverla, y en la posición que ocupan dentro del algoritmo terapéutico los tres posibles abordajes.

«Estimando un número de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPREs) anuales en España de 37.600, resultarían 564 pacientes anuales no resueltos mediante CPRE. Basados en los datos epidemiológicos, podrían atenderse hasta 100 pacientes cada año con obstrucción biliar-pancreática compleja en Unidades de Referencia mediante drenaje guiado por ecoendoscopia», inciden.

«Atender a los pacientes en igualdad de condiciones»

El Complejo Asistencial Universitario de Salamanca cuenta con tres CSUR que se centran en las especialidades de Trasplante de páncreas, Cardiopatías familiares, Cardiopatías congénitas en adultos, y, por su parte, el Complejo Asistencial Universitario de Burgos cuenta con un centro de Reimplantes, incluyendo la mano catastrófica. Por María Bausela

«Atender a los pacientes en igualdad de condiciones», ese es el objetivo de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud de la comunidad. A mayores de los tres, en breve cuatro, ubicados en Valladolid se suman otros cuatro centros en dos provincias diferentes de Castilla y León que dan servicio a los pacientes de la comunidad y otros territorios nacionales, sumando un total de ocho.

Distribuidos a su vez en dos hospitales estos centros, que dedican fundamentalmente su actividad a la atención de determinadas patologías o tratamientos, se centran en las ramas de Trasplante de páncreas, Cardiopatías familiares, Cardiopatías congénitas en adultos, en el caso de los tres CSUR situados en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) y Reimplantes, incluyendo la mano catastrófica, en el caso del que se ubica en el Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

TRASPLANTE DE PÁNCREAS

Desde el CSUR de Trasplante de páncreas, Carmen Estebán, especializada en cirugía general, se incorporó al programa de extracción de órganos, extracción hepática, del CAUSA y a partir del 2010 comenzaron a hacer trasplantes de páncreas.

Tras esto, «en el 2014 nos concedieron ser CSUR, en diciembre del 2023 me nombraron coordinadora del grupo de trasplante de páncreas, y en mayo del 2024 me dieron el cargo de la coordinadora de la Unidad de Cirugía Hepato Bilio Pancreática y Trasplante de Páncreas del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca», explica.

«Este tipo de centros se comenzó a poner en marcha en España en el 2006 a través del Ministerio de Sanidad para poder tratar patologías que son complejas, que necesitan que estén involucradas muchas especialidades y, también, patologías o procedimientos para enfermedades menos frecuentes, más raras».

Entre este grupo de pacientes que se pueden tratar en el centro castellano y leonés se pueden encontrar personas con diabetes tipo uno, con insuficiencia renal en diálisis en prediálisis, «que son los pacientes para los que en los que está indicado el trasplante de páncreas o páncreas y riñón», añade.

«Cualquier paciente diabético que cumpla con las características para poder optar a un trasplante de páncreas, de cualquier parte de España, si se quiere trasplantar en nuestro centro, lo puede hacer».

El equipo multidisciplinar de este CSUR está compuesto por un grupo de cirugía Hepato Bilio Pancreática, en el que son seis cirujanos y «están involucrados muy de cerca» el servicio de Nefrología, el servicio de Urología, el de Endocrinología, el de Inmunología, el de la UVI, el de anestesia.

«Están involucrados prácticamente la gran mayoría de los de los servicios, de una manera u otra, ya que contribuyen también a la salud de estos pacientes, tanto previo al trasplante para el estudio, como después en el seguimiento».

Además, «si tiene alguna complicación, puede acudir al servicio de farmacia, endoscopias y radiología. Muchos servicios están involucrados de una forma indirecta», incide.

Este CSUR es uno de los cinco destinados a esta especialidad en España, ubicándose el otro más cercano en Madrid. Esta distribución de centros contribuye a «la equidad. Es fundamental que cualquier persona del país pueda optar a poderse hacer sus procedimientos o tratar su enfermedad en centros punteros, porque para ser un centro CSUR tus resultados tienen que ser buenos».

Al acudir a este tipo de centros «sabes que vas a recibir una atención de lo mejor que puede haber en esos momentos en España. Te aseguras de que donde vas a tratarte es una unidad, un hospital, que tiene unos criterios de calidad altos».



Carmen Estebán. E.M.



Luis Miguel Rincón Díaz. USAL



Endika Nevado Sánchez. E.M.



Miguel E. Estefanía Díez. E.M.



Agustín Marín García. E.M.

«Considero que es primordial que exista este centro dedicado al Trasplante de páncreas en Castilla y León porque, encima, los trasplantes son un tema urgente, no es igual a los casos de otros CSUR u otras personas que tienen enfermedades raras, que no tienen ni un tratamiento urgente ni unas acciones urgentes».

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

El Complejo Asistencial Universitario de Salamanca también cuenta con un CSUR de Cardiopatías congénitas en adultos. Este programa está autorizado por la dirección del CAUSA desde el año 2014 y, recientemente, desde el Ministerio de Sanidad, se les ha otorgado el título como Centro de Referencia del Sistema Nacional de Salud (SNS) para la atención de pacientes con esta cardiopatía específica.

«Tratamos las cardiopatías congénitas en adultos, que se definen como cualquier anomalía del corazón y/o de los grandes vasos (arterias aorta, pulmonar o sus ramas) que está presente desde el momento del nacimiento y es producida por alteraciones durante el desarrollo embrionario. Se clasifican en función de su complejidad. En general, más de la mitad son simples, un 30-40% tienen una complejidad moderada y menos del 15%, son muy complejas», asegura el coordinador de este centro, Agustín Marín García.

«La prevalencia de este tipo de enfermedades es de 3 por cada 1.000 adultos según numerosos estudios epidemiológicos, por lo que se estima que en España hay aproximadamente 120.000 adultos con cardiopatías congénitas. El desarrollo médico, quirúrgico y tecnológico de las últimas décadas ha permitido que más del 90% de las personas nacidas con cardiopatías congénitas sobrevivan hasta la edad adulta».

«Ofrecemos diferentes tratamientos como son los procedimientos intervencionistas por cateterismo que han experimentado un gran desarrollo y han sustituido a la cirugía en algunos pa-

cientes, cirugías cardíacas mínimamente invasivas o el implante de dispositivos como son los desfibriladores automáticos implantables (DAI) para la prevención de la muerte súbita», añade.

Su unidad dispone de un coordinador asistencial, dos cardiólogos de adultos y dos pediatras con especialidad en cardiopatías congénitas del adulto, dos cirujanos cardiovasculares, un equipo de cardiología intervencionista, otro de cardiología con especialistas en imagen cardíaca, radiólogos, especialistas en cuidados críticos, especialista en enfermedades infecciosas, perfusionistas, personal de enfermería, fisioterapeuta, gestora de casos, personal administrativo, etc.

«Las cardiopatías congénitas son un grupo heterogéneo de enfermedades cardiovasculares de considerable complejidad. Por ello, es fundamental que estos pacientes sean atendidos en centros de referencia como el nuestro, para garantizar su mejor asistencia sanitaria».

Centros en los que sus objetivos fundamentales son «dar co-

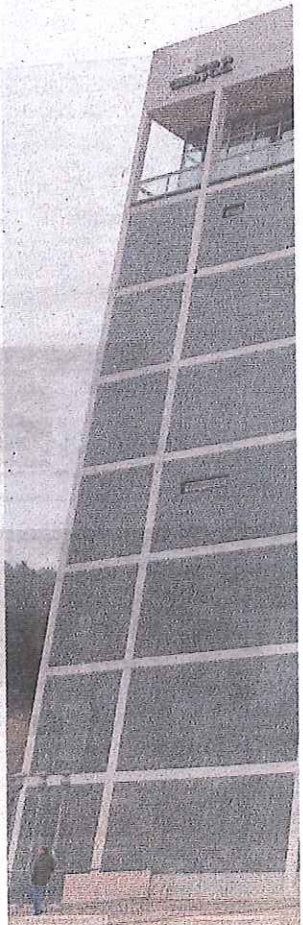




Imagen de archivo del Complejo Asistencial Universitario de Burgos que cuenta con un CSUR. ICAI.

bertura a todo el territorio nacional, atender a todos los pacientes en igualdad de condiciones independientemente de su lugar de residencia, proporcionar atención en equipo multidisciplinar y dar formación a otros profesionales».

«A nivel de nuestra unidad, la designación como centro CSUR es un reconocimiento a muchos años de trabajo por distintos profesionales vinculados a las cardiopatías congénitas en nuestro centro y una oportunidad para continuar atendiendo a enfermos de todo el territorio nacional manteniendo un elevado nivel de autoexigencia y calidad asistencial».

CARDIOPATÍAS FAMILIARES

Dentro de la rama de las cardiopatías el CAUSA también cuenta con un CSUR de Cardiopatías familiares. Este fue acreditado por el Ministerio de Sanidad para el tratamiento de pacientes adultos y pediátricos en 2018. Y en 2024, la unidad ha sido sometida a su reacreditación, respuesta «que ha sido muy positiva».

En él trabaja Luis Miguel Rincón Díaz, un cardiólogo subespecializado en cardiopatías genéticas y hereditarias. Rincón explica que «las cardiopatías familiares son un grupo heterogéneo de enfermedades del corazón consideradas individualmente 'raras' por su baja prevalencia y que comparten unos elementos comunes como son la existencia de una base genética, una evolución difícil de predecir y que globalmente suponen una de las principales causas de muerte súbita».

«Hablamos de miocardiopatías, canalopatías o enfermedades de la aorta entre otras. Por su carácter hereditario resulta clave valorar no solo al paciente, sino a toda su familia con el fin de intentar adelantarnos al desarrollo de problemas, siempre desde un enfoque multidisciplinar».

El tratamiento puede abarcar «desde el asesoramiento de la práctica deportiva, consejo genético o tratamiento médico, hasta intervenciones complejas o implante de dispositivos cardíacos para la prevención de la muerte súbita. Un elemento importante

también es el acceso temprano a tratamientos novedosos en el marco de ensayos clínicos, dado que este es un campo de investigación muy activa», añade.

El equipo multidisciplinar que forma este CSUR se compone de más de 15 profesionales, contando con especialistas en Cardiología clínica, de imagen y electrofisiología, Pediatría, Genética y Bioquímica, Medicina Forense, Cirugía Cardíaca, Neurología, Medicina Interna, Anatomía Patológica y Medicina Nuclear.

En total, hay 9 centros de Cardiopatías Familiares distribuidos por toda España, siendo los más próximos los establecidos en Madrid y La Coruña.

CSUR en los que uno de los principales objetivos «es la prevención de la muerte súbita, y somos conscientes del impacto que un diagnóstico supone en toda una familia. El grado de desarrollo y conocimiento de las bases genéticas de muchas cardiopatías se está expandiendo a marchas forzadas. Por esto se hace fundamental el contar con equipos multidisciplinarios formados

en este ámbito», incide.

REIMPLANTES

Del otro lado de la comunidad se ubica el centro dedicado a los Reimplantes, incluyendo la mano catastrófica, situado en el Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

«Aunque se realizaban reimplantes desde finales de la década de los 80, fue en 1991 cuando se oficializó la atención a los reimplantes en Burgos, mediante acuerdos que se establecieron entre el Hospital de Burgos y el Servicio de Cirugía Plástica con la Organización Nacional de Trasplantes y el Ministerio de Sanidad; para la centralización en Burgos del tratamiento de estos pacientes», asegura Miguel E. Estefanía Díez, cirujano plástico y coordinador del CSUR.

«Con el nacimiento de los centros de referencia nacionales (CSUR) el Servicio de Cirugía Plástica se convierte en centro CSUR de Reimplantes y Mano Catastrófica en febrero de 2010. En el año 2019, tras auditorías realizadas desde el ministerio de

sanidad a todos los centros CSUR de reimplantes, el Servicio de Burgos se reacreditó como centro CSUR, siendo en la actualidad el único centro que ha conseguido la reacreditación a nivel nacional».

Estas cirugías abarcan todo tipo de reimplantes y traumatismos complejos de la mano, desde amputaciones de dedos, manos hasta brazos, e incluye los traumatismos de mano muy complejos, aunque los dedos no estén amputados.

«Son graves accidentes de manos que ya no solo es reimplantar la mano, o el brazo, sino también arterias, nervios, huesos...», cuenta Endika Nevado Sánchez, el otro coordinador del centro.

«Son cirugías largas, que precisan muchas reparaciones microquirúrgicas, en ocasiones de más de 12 horas cuando son varios dedos, y que requieren la reconstrucción de muchas estructuras».

«Cuanto más distal es el reimplante más pequeñas son las estructuras que reparar y la técnica se vuelve más precisa y compleja de realizar. Los pacientes, no solo necesitan un tratamiento urgente, sino en muchas ocasiones, cirugías secundarias para mejorar los resultados funcionales», incide Díez.

Para dar cobertura a esta actividad cuentan con 2 cirujanos plásticos y 1 médico residente de guardia de forma permanente y colaboran otras especialidades como anestesia, traumatología y rehabilitación. «Actualmente en plantilla hay 11 cirujanos plásticos y 7 médicos residentes. Además del equipo médico es muy importante contar con enfermería altamente cualificada, tanto en el quirófano (en el momento del tratamiento quirúrgico), como en Reanimación, planta de hospitalización (en el postoperatorio inmediato) y consultas (en el postoperatorio tardío)».

Sánchez apunta que para este tipo de operaciones «muchas veces también influye en los tiempos de traslado. Cuando lo organizamos a través de la Organización Nacional de Trasplantes y los pacientes vienen en helicóptero aquí, no tardan nada y el miembro amputado viene bien transportado».

«El problema es que a veces de noche no vuelan los helicópteros hasta aquí, que nos ha pasado y tiene que venir una ambulancia. Claro, si viene una ambulancia desde Murcia, el tiempo ideal, que son las primeras tres horas, lo pierdes».

«Si viene con una isquemia fría bien preserva el miembro se pueden hacer los reimplantes hasta las primeras veinticuatro horas, pero cuanto más pase el tiempo en teoría, peores son los resultados».

PAPEL | SALUD

INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EVITAR 100.000 MUERTES AL AÑO POR SERPIENTES

Proyecto piloto. Médicos sin Fronteras diseña una herramienta digital para detectar qué especie es responsable de la picadura y así aplicar el antídoto más eficaz

Por Cristina G. Lucio (Madrid)

El envenenamiento por mordedura de serpiente causa, cada año, entre 81.000 y 138.000 muertes y deja con secuelas importantes a otras 400.000 personas. Constituye un problema muy habitual en algunas zonas empobrecidas del planeta que, como otros muchos, no recibe toda la atención que merece y apenas tiene un hueco en los programas de salud mundial.

Lo sabe bien Gabriel Alcoba, pediatra, asesor de enfermedades tropicales desatendidas de Médicos sin Fronteras (MSF) y experto en mordeduras de serpiente, que lleva años trabajando sobre el terreno en países como Sudán del Sur.

No sólo existe un problema de acceso a la atención médica, explica Alcoba, que en numerosas ocasiones ha visto que los pacientes llegan a su consulta muchas horas después de haber sufrido la mordedura y con «torniquetes o incisiones que les ha hecho algún curandero». También se encuentra con las dificultades para identificar a la serpiente que ha causado la mordedura, lo que resulta fundamental para optimizar los recursos disponibles, aplicar el tratamiento más idóneo y evitar las reacciones alérgicas innecesarias que pueden derivarse del uso de antídotos.

Para tratar de solucionar este problema, en MSF han desarrollado junto con la Universidad de Ginebra (Suiza) una herramienta que, gracias a la inteligencia artificial (IA), puede ayudar al profesional sanitario a identificar la especie de ofidio que ha mordido a su paciente, saber si es o no venenosa y actuar en consecuencia.

«Algunas serpientes son muy parecidas y puede ser fácil confundir una que es tóxica con otra que no lo es», señala Alcoba que, hasta ahora, se valía de un sencillo álbum con fotos donde pide al paciente o a sus acompañantes que intenten señalar al animal causante de la mordedura. En el volumen hay cobras, mambas, víboras o culebras que no son tóxicas... «Es difícil identificarlas. Algunas pueden camuflarse como tóxica y los errores son comunes», señala el pediatra.

Tener la información exacta sobre la especie resulta importante para tomar las decisiones clínicas necesarias, subraya el especialista, quien cree que este *software* cuyo proyecto piloto se está probando en Sudán del Sur, puede ayudar a una identificación más correcta.

Con ayuda de un programa de inteligencia artificial alimentado con más de 380.000 imágenes de serpientes, la aplicación puede orientar a los profesionales sanitarios a elegir el antídoto adecuado. Además, también se convierte en una herramienta que auxilia a las personas que no estén cerca de una clínica en el momento del trágico encuentro con el reptil.

Entre enero y julio de 2024, MSF asegura que ha tratado a más de 300 pacientes de mordeduras de serpientes en todo Sudán del Sur, uno de los países que presenta una de las tasas más altas de ingresos por mordeduras de serpiente y que, sin embargo, tiene uno de los números más bajos de estudios sobre serpientes. «Por eso se ha elegido para iniciar el proyecto piloto con la herramienta», explica Alcoba. A día de hoy, aclara, la iniciativa se encuentra en

«hay una gran falta de datos». En muchas regiones no se conocen bien las especies que están presentes en la zona, esta ausencia de información básica supone una barrera para conocer a qué deben enfrentarse.

Aunque siempre hay pistas que pueden orientar a los profesionales sanitarios si un paciente llega a tiempo a la consulta tras haber sufrido una mordedura. Por ejemplo, si ese individuo presenta inflamación y hemorragias hay que pensar en un síndrome hemotóxico, la reacción que produce la mordedura que realizan algunas víboras. Otras especies de estas serpientes

Ante una mordedura, recetar un antiveneno innecesario puede provocar una reacción alérgica grave

causan mucha inflamación y necrosis, que puede conducir a la amputación del miembro afectado. Y, si se produce parálisis muscular, los signos apuntan a un síndrome neurotóxico, el que

alérgicas graves, entre otros efectos secundarios.

Además, no conocer el género de la serpiente también puede provocar que se use innecesariamente mucho antiveneno, que es un recurso que escasea, explica Alcoba. El precio de los antídotos es una importante barrera de acceso en los países empobrecidos que más sufren el problema de las mordeduras de serpiente.

«El objetivo primario es acumular la suficiente información de dónde se encuentran las serpientes más peligrosas para estar preparados», que ha trabajado en la creación de la herramienta junto a Rafael Ruiz de Castañeda, que codirige la Unidad One Health de la Universidad de Ginebra.

En su larga trayectoria, a Alcoba se le han grabado a fuego algunos casos, como el de un niño pequeño que metió la mano en una madriguera y le mordió una cobra. «Su padre fue a por el animal, intentó pegarle con un palo y la serpiente le mordió. Lamentablemente al niño pudimos salvarle pero al padre no», recuerda.

«He visto muchos casos terribles como ese. Ocurren a



fase de alimentación de la herramienta con una biblioteca de fotografías que equipos de la ONG toman en áreas cercanas a dos municipios, Tvic y Abyei. «Para las víboras y las cobras más importantes que hay en la zona sabemos que estamos alcanzando un nivel de precisión muy alto», señala Alcoba, quien subraya que

causa la mordedura de la mamba o algunas cobras.

Pero los síntomas iniciales no siempre son claros y recetar un antiveneno cuando no es necesario también conlleva una serie de riesgos. Esto se debe a que es un producto que se elabora a partir de suero de caballo que puede provocar reacciones

Un hombre sujeta dos ejemplares para registrar sus rasgos.
PAUL ONDONGO / MSF

diario», lamenta Alcoba. El médico de la ONG incide que a día de hoy nos encontramos ante una enfermedad tropical desatendida, que asociamos solo a zonas remotas, «pero es posible que con el cambio climático, el problema vaya subiendo a otras latitudes, como está pasando con otras enfermedades».