

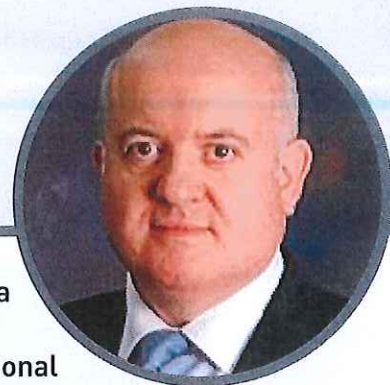
DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

JULIO - AGOSTO

2024

8 En persona...



José Ramón Huerta Blanco, Soria (1956) es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Diplomado en Sanidad por la Escuela Nacional de Sanidad y Académico de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Es además Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Soria y Coordinador del Área Internacional del Consejo General de Colegios Médicos de España y ha participado como ponente en multitud de conferencias tanto a nivel nacional como internacional.

Buenos días, usted nace en Soria y es uno de tantos sorianos que estudió los tres primeros años de la carrera de Medicina en el Colegio Universitario de Soria. ¿Cómo recuerda aquella etapa un tanto ya lejano en el tiempo?

R: Con nostalgia. Fue una apuesta avanzada que encabezó el Dr. Sala de Pablo y que perseguía la finalidad de conseguir una Facultad de Medicina para Soria, que por poco no se logró, pero la formación y el espíritu de aquellos años del Colegio Universitario fue excelente y lo avalan los resultados de los que allí nos formamos.

Usted ha desarrollado la mayor parte de su carrera como médico en el Área de Salud de Soria. ¿Cómo valora usted la relación médico-paciente tan importante en la profesión y mucho más relevante en el mundo rural?

R: La relación médico paciente ha sido y es fundamentalmente para una buena interpretación de los problemas de salud de los pacientes y de la Comunidad, la cercanía y el conocimiento permanente de los pacientes, de su entorno y del medio, tienen excelentes resultados en salud y satisfacción para todos.

Su trabajo como Presidente del Colegio de Médicos de Soria se inicia en el año 1990 y, salvo una pequeña interrupción en los años 95 y 96, continúa hasta ahora. ¿Cómo le entra el "gusanillo" de la Presidencia de una institución con más de cien años de historia que inicia su actividad en 1.898? y sobre todo resulta extraña

esa longevidad en puestos de responsabilidad. ¿Cuál es el secreto?

R: No hay secretos, pues los Colegios de Médicos son instituciones democráticas y el aval de los médicos de Soria viene del compromiso y la responsabilidad que todos estos años hemos empeñado y demostrado con la profesión y con Soria, velando siempre para que el ejercicio profesional del médico se adecúe a los intereses de los ciudadanos.

Ustedes se han significado por alertar desde hace muchos años de la falta de profesionales médicos en el sistema sanitario y el problema de relevo generacional en este colectivo. Los años pasan y el problema, no solo no se resuelve, sino que parece que se acrecienta. Díganos, ¿Cuáles son, a su modo de ver, las posibles soluciones que se deben arbitrar en los próximos años con este gran problema que comienza a ser de estado?

R: Desde el Colegio de Médicos de Soria, a través del estudio de demografía médica de Soria que hemos realizado cada 2 años, desde hace 20; hemos puesto de relieve y alertado de los problemas que se nos venían encima por el envejecimiento de los médicos y la falta de un relevo adecuado. Ahora por circunstancias extraprofesionales el problema se acrecienta porque Soria no parece atractiva para la formación y el ejercicio médico, convirtiéndose inequívocamente en una zona de muy difícil cobertura en todos los ámbitos asistenciales y esto requiere de esfuerzos que atraigan, fijen e incentivan a todos los profesionales que

quieran ejercer en esta tierra. La solución es complicada y requiere de grandes esfuerzos y decisiones firmes. Solo así se garantizará la equidad y la igualdad de oportunidades de los sorianos dentro del Sistema Nacional de Salud.

En los últimos años, hay un intento del estado y de las comunidades autónomas en estabilizar personal médico a través de diferentes convocatorias ordinarias y extraordinarias. ¿Usted cree que se están cumpliendo los objetivos marcados por los distintos servicios regionales de salud?

R: Se están cumpliendo parcialmente esos objetivos. Es difícil pero hay que aumentar los esfuerzos para conseguir los recursos humanos y materiales que garanticen una atención sanitaria justa y equitativa adecuada a las necesidades de nuestros ciudadanos, porque también tenemos el riesgo de "perder el tren" y esto sería muy grave.

Su ámbito de actuación a nivel profesional siempre ha sido la atención primaria. Mucho se viene hablado de la falta de médicos en este nivel asistencial. ¿Cómo valora la situación de la atención primaria en la provincia y la calidad de los servicios prestados en la actualidad?

R: La atención dispensada por los médicos y servicios de atención primaria de la provincia de Soria ha sido excelente, pero estamos en serio riesgo de un deterioro de esos servicios por falta de profesionales. Hay que hacer esfuerzos y reformas profundas, con apoyos y consenso político que garanticen la calidad y la sostenibilidad de la Atención Primaria de Soria en el futuro.

Parece que la obra del hospital viene condicionando el debate sobre la prestación de servicios en la atención hospitalaria en la provincia. Sin embargo, la estructura física es una parte más de los servicios hospitalarios del área de salud que cuenta con casi 200 profesionales en este nivel asistencial. ¿Cuál es su "diagnóstico" de las distintas especialidades que se prestan en el Complejo Asistencial

Universitario de Soria y en qué considera que se podrá mejorar?

R: El diagnóstico es complicado dadas las intermitencias y circunstancias que se producen en algunos de los servicios hospitalarios, que hoy pueden estar bien y pasar mañana a una situación complicada y precaria. Para consolidarlas deberíamos contar con mayor estabilidad y suficiencia en las plantillas médicas, en un esfuerzo global que garantice la sostenibilidad y viabilidad de todos los servicios del Complejo Asistencial Universitario de Soria, incluyendo la potenciación asistencial del hospital "Virgen del Mirón" y por supuesto después de contar con los profesionales necesarios afrontar la renovación y actualización tecnológica y digital que tantos desafíos plantea.

Y ya para finalizar, con tantas incertidumbres en el camino, como vislumbra José Ramón Huerta la sanidad del área de salud de Soria de los próximos años.

R: Sin ser adivino, presiento que en los próximos años la situación de la sanidad soriana y también de Castilla y León va a ser complicada y difícil con problemas de recursos humanos, de financiación, de adaptación a un nuevo espacio tecnológico, digital, más abierto y competitivo y que tras algunos años, espero que pocos, se estabilizará, mejorará claramente y plantearan nuevos retos, pero creo que siempre, con el esfuerzo de todos, lograremos mejorar y corregir nuestras deficiencias con compromiso y responsabilidad al servicio de nuestros ciudadanos.

Joseph Pulitzer.

"SE ESTÁ DEJANDO ATRÁS A LOS PACIENTES"

Alberto
Lleó y Juan
Forteza,
neurólogos
del Hospital
de Sant
Pau de
Barcelona.



LOS SABIOS DE ALZHEIMER

EUROPEOS"

LAS ÚLTIMAS INVESTIGACIONES HAN REVOLUCIONADO LA LUCHA MUNDIAL CONTRA EL ALZHEIMER, PERO EL ESPERANZADOR MEDICAMENTO, APROBADO EN ESTADOS UNIDOS Y QUE RETRASA SU AVANCE, HA SIDO RECHAZADO POR LA UNIÓN EUROPEA. HABLAMOS CON LOS DOS NEURÓLOGOS ESPAÑOLES MÁS PUNTEROS PARA SABER QUÉ ESTÁ PASANDO.

/
POR
RAQUEL PELÁEZ Y DANIEL MÉNDEZ
FOTOGRAFÍAS: DANIEL MÉNDEZ
/

LAS INVESTIGACIONES de estos dos neurólogos españoles han colaborado en darle la vuelta a una enfermedad que mina la vida de unas 800.000 personas en nuestro país. Alberto Lleó —director del Servicio de Neurología del Hospital de Sant Pau de Barcelona— y Juan Fortea —jefe del grupo de investigación en Neurobiología de las Demencias en el Instituto de Investigación Sant Pau y director de la Unidad de Memoria del mismo hospital— forman parte de una revolución que está cambiando para siempre el abordaje del alzhéimer. Ambos han contribuido al desarrollo e introducción en España de nuevos métodos de diagnóstico, como el test de sangre, o al descubrimiento de una variante genética que afecta a más de un millón de españoles. Sin embargo, la llegada del nuevo fármaco aprobado en Estados Unidos para ralentizar el avance de la patología ha sido rechazado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Una decisión controvertida en un momento clave para el avance del tratamiento que, según los neurólogos, no va a frenar el momento histórico que está viviendo la carrera contra el alzhéimer. «En los años ochenta, un diagnóstico de cáncer era casi una sentencia de muerte y ahora más de la mitad se pueden tratar. Aspiramos a eso», aseguran.

.....
XL Semanal. Cada vez me olvido más de los nombres de la gente, de algunos datos... ¿Me debo inquietar?

Juan Fortea. No todos los fallos de memoria preocupan por igual. No se trata de no acordarse de los nombres de las películas o de dónde hemos dejado las llaves, sino de ser incapaz de recordar lo que ha pasado el fin de —→

semana o de ordenar los hechos. Eso sí es preocupante.

Alberto Lleó. Hay una pérdida de memoria que se da en el alzhéimer que es muy característica: se olvidan episodios enteros que han pasado de forma muy inmediata, en las últimas horas o días. Incluso, a veces, la persona no es capaz de recuperar esa información cuando alguien intenta que lo recuerde.

Por eso es fundamental disponer de pruebas biológicas para discriminar si lo que ocurre es normal o no.

XL. Ustedes dicen que estamos viviendo un cambio de paradigma en el enfoque del alzhéimer, ¿por qué?

J.F. Han confluído varios factores que nos llevan a lo que llamamos 'la triple revolución'.

XL. Suena esperanzador. ¿Cuáles son esos factores?

J.F. El primero es la revolución digital, que nos permite interaccionar con los pacientes de forma hasta ahora imposible: test digitales, monitorización continua en casa...

XL. ¿Y los otros dos?

J.F. El segundo factor está relacionado precisamente con los biomarcadores, con esas pruebas de la presencia de alzhéimer en el cerebro. Antes, para obtener esa evidencia, se hacía un test del líquido cefalorraquídeo o una tomografía por emisión de positrones (PET), y eso nos limitaba.

XL. ¿Por qué?

J.F. El PET porque era tremendamente caro. Y el líquido cefalorraquídeo porque se hace por punción lumbar, un método invasivo.

A.L. Se ha comprobado que antes de aplicar estas técnicas, un 20 o un 30 por ciento de los diagnosticados con alzhéimer tenían, en realidad, otra enfermedad como demencia con cuerpos de Lewy o párkinson.

XL. Ahora, además, utilizan otros métodos de diagnóstico aún más efectivos.

J.F. Desde 2017 o 2018 podemos medir biomarcadores en sangre. Ahora puedes tener mucha fiabilidad con test en sangre de 50 o 60 euros.

A.L. Es más sencillo y tiene menos limitaciones.

J.F. Había muy pocas enfermedades tan graves como el alzhéimer que no tuvieran pruebas biológicas. Antes dábamos un informe que ofrecía un diagnóstico solo probable. Los pacientes preguntaban: «¿Pero no estás seguro?». Ahora podemos mirar el cerebro de forma indirecta y se abren ventanas para tratar otras enfermedades neurodegenerativas.

XL. ¿El método de detección se aplica a otras enfermedades?

J.F. La enfermedad de Alzheimer pura es rara, normalmente hay copatología con otras afecciones neurodegenerativas como la enfermedad cerebrovascular o el párkinson. En un futuro, en ese camino hacia la medicina personalizada, podremos analizar a una persona con deterioro

LOS DATOS



En España, unas 800.000 personas padecen

alzhéimer y cada año se diagnostican unos 40.000 casos nuevos. Afecta, en un 90 por ciento, a personas mayores de 65 años y se estima que más del 50 por ciento de los casos leves estén aún sin diagnosticar.

cognitivo y ver qué tiene.

A.L. Al no tener un tratamiento efectivo todavía, luchamos contra la idea que tiene la población general, pero también los médicos, de que hacer un diagnóstico no vale la pena. Esto pasaba con el cáncer hace medio siglo. Con estos métodos estamos diagnosticando a gente que está trabajando. Hace algo más de una década hubiera ido al psiquiatra durante cuatro o cinco años y, al final, se habría intervenido tarde.

XL. Falta la tercera revolución que comentaba.

J.F. La más importante: un tratamiento que cambie el curso de la enfermedad.

XL. Pero la Unión Europea acaba de rechazar —por sus efectos secundarios— uno de los tratamientos más prometedores, ya aprobado en Estados Unidos.

J.F. Una decisión injustificada porque el lecanemab ha cumplido con todos los criterios de eficacia y los efectos secundarios son, en su mayoría, asintomáticos o manejables. Además, hay un segundo tratamiento, el donanemab, que también se ha

"NO RECORDAR UN NOMBRE O PERDER LAS LLAVES NO SON SÍNTOMAS DEL ALZHEIMER. LO ES NO SER CAPAZ DE RECORDAR LO QUE HAS HECHO EL DÍA ANTERIOR NI DE ORDENAR LOS HECHOS"

"EN OTRAS ENFERMEDADES MORTALES, COMO EL CÁNCER, SE ACEPTAN MEDICACIONES CARAS CON EFECTOS SECUNDARIOS. SE ESTÁ DISCRIMINANDO AL ALZHEIMER"

aprobado ya en Estados Unidos, pero, dado que los datos son similares, es poco probable que la decisión de la EMA sea diferente a la del lecanemab.

A.L. Esta decisión relega a Europa en la investigación contra el alzhéimer con respecto a otros países desarrollados donde esta medicación ya se ha aprobado y se está dando.

XL. ¿Todavía estamos a tiempo de que se reconsidere la postura?

J.F. Es esencial que se haga para no dejar atrás a los pacientes europeos y no obstaculizar el progreso científico en el continente.

XL. ¿Supondrá esto el fin de ese gran avance del que se habla?

A.L. De ningún modo esta decisión va a parar la nueva era del alzhéimer. Estados Unidos, China, Japón, Corea, Hong Kong e Israel ya están en esa nueva era y no van a esperarnos.

XL. Los pacientes con alzhéimer suelen ser ancianos y estas medicaciones son muy caras. ¿Cuánto tiene que ver en el rechazo europeo el tema económico?

J.F. Sin duda, hay consideraciones económicas, pero no podemos permitir que el alzhéimer, incurable y mortal, sea una enfermedad discriminada. Se le tienen que aplicar los mismos criterios que al resto de las enfermedades.

A.L. Los datos de los ensayos son robustos y en otras enfermedades mortales como el cáncer se aceptan medicaciones caras con efectos secundarios, a veces graves, que prolongan meses la supervivencia. Se está discriminando a esta enfermedad.

XL. ¿Veremos a personas ricas viajando a Estados Unidos para recibir el tratamiento?

J.F. Es muy probable que los

pacientes con más medios vayan a buscar el fármaco donde se lo puedan administrar.

XL. ¿Cómo funcionan estos nuevos fármacos?

A.L. Es sencillo. Son anticuerpos que penetran al cerebro y se unen a las placas amiloides, una de las dos lesiones de la enfermedad de Alzheimer —la otra son los ovillos neurofibrilares de la proteína TAU—. Estas moléculas se dirigen a las placas de amiloide, se unen a ellas y estimulan el sistema inmunitario para que las limpie. Esto, en función de cada anticuerpo, puede ocurrir de modo más rápido o más lento. Donanemab, por ejemplo, es muy rápido. Y lo que se ha visto es que, para tener un beneficio clínico, tiene que haber una eliminación muy importante de estas placas de amiloide.

XL. Y por poner el foco en algo más positivo: ¿se espera que algo más sencillo, como una pastilla, llegue con el tiempo?

J.F. De ninguna forma hemos renunciado a tener fármacos por vía oral. Estamos como en oncología, en un escenario en que habrá fármacos intravenosos, otros subcutáneos, otros orales... Esto es la punta de lanza. Lo va a cambiar todo. El único aspecto positivo del retraso en Europa es que hay esperanzas de que, cuando lo podamos dar en España, sea ya subcutáneo.

XL. Hablamos de un pinchazo frente a horas de administración del tratamiento endovenoso.

J.F. Esto facilita mucho las cosas. Es una enfermedad con cientos

de miles de pacientes en España y millones en todo el mundo. Y estamos hablando de tratamientos caros que requieren muchísimo seguimiento, muchas visitas... Pero estamos en un cambio de paradigma.

XL. Ustedes acaban de publicar un artículo en *Nature Medicine* sobre el gen APOE4.

J.F. El fenotipo APOE es uno de los más estudiados en el alzhéimer. Hasta ahora se consideraba un factor de riesgo que explicaba el 1 por ciento de los casos. Lo que decimos es que tener dos copias del gen APOE4 es causa genética de la enfermedad y la explica en un 15 o un 20 por ciento de los casos. Esto supone un cambio radical porque abre la posibilidad a tratamientos específicos.

XL. ¿Qué es el APOE4?

J.F. Apolipoproteína E4.

A.L. Todos heredamos dos alelos de todos los genes, quiere decir que has heredado una copia de tu padre y otra de tu madre. Y en este caso son iguales.

XL. ¿Pero el alzhéimer es hereditario?

A.L. En la gran mayoría de los casos ni es genético ni es hereditario. Esto quiere decir que la enfermedad no se explica en su totalidad por una causa genética, sino que es una interacción compleja entre tus genes, pero también hay factores ambientales como si eres diabético o fumador, si tienes riesgo vascular o la baja educación.

XL. ¿La educación? ¿Quiere —>

decir que debemos ejercitar nuestro cerebro?

A.L. Vemos que pacientes que hablan varios idiomas, que tienen una alta educación... necesitan más carga de lesiones para desarrollar síntomas. Se cree también que el número de casos totales está aumentando por el incremento de la esperanza de vida, ya que es una enfermedad que está ligada a la edad y porque se diagnostica más. Pero, si analizas por franjas de edad, el porcentaje de personas que tienen entre 60 y 70 años que han desarrollado Alzheimer se está reduciendo por mejoras en el estilo de vida y la educación.

XL. ¿Podemos dar, entonces, recomendaciones para su prevención?

A.L. La comisión Lancet lanza consejos cada ciertos años. Se trata de hábitos que tienen que ver con un estilo de vida saludable y pueden modificar la biología del Alzheimer y hacer que aparezca antes o después en función de tu reserva cognitiva.

XL. ¿Y qué relación hay entre el corazón y el Alzheimer?

A.L. Todos los factores de riesgo vascular son factores de riesgo para el Alzheimer. Es decir, todo lo que es bueno para el corazón también es bueno para el cerebro. Por eso es clave controlar la hipertensión, la diabetes, practicar ejercicio físico de forma regular...

XL. Dormir bien también es un gran protector contra el Alzheimer, ¿por qué?

A.L. Por la noche, nuestro cerebro pone en marcha unos sistemas de reparación que incluyen la eliminación de unas proteínas que pueden ser tóxicas o especialmente dañinas para las neuronas. Hoy en día se sabe que la interrupción del sueño, ya sea por insomnio o por apneas, tiene un efecto negativo sobre el cerebro.

XL. ¿Ustedes querrían saber si tienen la enfermedad con años de antelación?

A.L. Está claro que, si tuviera síntomas, me gustaría saberlo cuanto antes. La duda la tengo en si realmente querría saberlo diez o quince años antes. Cuando en el futuro aparezcan tratamientos que consigan ralentizar o detener la progresión en esta fase de la enfermedad, entonces sí.

XL. Los test hay que hacérselos cuando ya se han desatado los síntomas.

A.L. El diagnóstico precoz hoy en día es esencial porque es una enfermedad que genera mucha incertidumbre, tanto en el paciente que la sufre como en su familia. Además, saberlo permite poner un tratamiento sintomático o tomar decisiones como participar en un ensayo clínico o no. Los tratamientos aprobados en otros países son efectivos en las fases más iniciales de la enfermedad.

XL. ¿Les obsesiona encontrar algún síntoma en ustedes mismos?

A.L. En absoluto. Estoy mucho

más preocupado por encontrar soluciones. Si se compara con otras enfermedades, el Alzheimer ha estado muy descuidado y ha habido muy poca inversión destinada a su investigación y a desarrollar tratamientos.

XL. ¿Qué les parece la opción de solicitar la eutanasia en casos determinados?

A.L. Me parece muy legítimo disponer de este derecho. Las fases finales de la enfermedad son muy duras y, por lo tanto, es bueno tener esta opción. Lo que hay que tener en cuenta en el caso de Alzheimer es que hay que hacerlo cuando la persona tiene las capacidades intactas para decidir. Hay que plantearlo cuando la persona puede decidir sobre su futuro.

XL. ¿Hay algún síntoma que solamos pasar por alto, además de la pérdida de memoria?

J.F. Ese es el síntoma inicial más frecuente en el 70 por ciento de los casos, pero hay un 30 por ciento donde los síntomas debutan de otra manera. Por ejemplo, con problemas de lenguaje o de visión. También pueden aparecer problemas con el sentido de la orientación, insomnio, irritabilidad o bajada en el estado de ánimo.

XL. ¿Los episodios de agresividad son un síntoma común?

J.F. Los cambios de conducta suelen aparecer en la fase moderada-avanzada de la enfermedad. Ahí es cuando se pueden dar los episodios de irritabilidad y a veces de agresividad. Pero una cosa importante es que no todos los pacientes desarrollan estos cambios conductuales.

XL. ¿Han vivido de cerca algún caso personal?

A.L. Sí, tanto en familiares como en amigos, y es muy muy duro. ■

**"ANTES SOLO SE PODÍA DAR AL PACIENTE
UN DIAGNÓSTICO DE PROBABLE
ALZHEIMER. EN CAMBIO, AHORA LOGRAMOS
UNA GRAN FIABILIDAD CON UN ANÁLISIS DE SANGRE
DE 50 EUROS"**

SORIA

Descienden las donaciones de sangre un 10% en lo que va de año

La Hermandad de Donantes no se explica la caída pero reclama un impulso, sobre todo coincidiendo con el verano y la falta de suministro en diferentes grupos

MILAGROS HERVADA SORIA

El presidente de la Hermandad de Donantes de Sangre de Soria, José Luis Molina, aseguró que ignoran cuál es la razón, pero los números son evidentes, las donaciones han caído en lo que va de año más de un 10%. Hasta el 30 de junio, último dato disponible, fueron 2.345 las practicadas entre los más de 4.500 donantes activos en la provincia. Contrasta con las 2.628 que se registraron el año pasado en ese mismo periodo.

La tendencia no es exclusiva de Soria, también se ha detectado este bajón en el conjunto de la comunidad autónoma.

«No se ha producido ningún hecho que haya llevado a la gente a donar menos. Tampoco tiene nada que ver con el covid porque cuando se acabó la pandemia se retomó muy bien la actividad», apuntó Molina, quien, por otro lado, se despidió hoy de su cargo de presidente de la Hermandad después de 22 años al frente. Aunque ya había manifestado su decisión de dejar paso, hasta ahora la Hermandad de Donantes no había encontrado el relevo de quien quisiera presidir la institución.

Molina estima que la caída de las donaciones en Soria es muy significativa, «una burrada», y por eso insta a impulsarla, apelando sobre todo a los más jóvenes que son quienes han de ir sumándose para poder garantizar el relevo. «Antes no te dejaban a partir de los 65 años, pero ahora, yo tengo 75 años y no hay ningún problema», matizó.

La petición se produce, además,



Donaciones de sangre en una imagen de archivo. MARIO TEJEDOR

coincidiendo con la época estival en la que, por un lado bajan las donaciones por las vacaciones, y por otro se registran, lamentablemente, más accidentes de tráfico ante el volumen de conductores en las carreteras. «En cuando llega el verano suele ocurrir lo mismo», afirmó Molina, y aunque Soria recibe numerosos visitantes, «la gente de fuera no dona aquí», aclaró, «a no ser algún estudiante que regresa, pero son los menos».

Actualmente, las necesidades se

centran en los grupos de A+ y A-, que está en nivel rojo, el más bajo, además de O+, en situación amarilla, algo menos crítico. «Hay menos gente de ese tipo donando y hace falta un refuerzo», explicó el hasta ahora presidente de la Hermandad.

CUATRO MÁXIMO

«Hay que animar a la gente. Es cierto que en Soria somos los que somos y no se puede donar más de cuatro veces al año en el caso de los

hombres y tres en el de las mujeres. Los hay que donan siempre que pueden pero otros lo hacen sólo una vez y nada más. Por eso es importante que se incorpore gente joven», insistió.

Las donaciones de plasma no tienen tanta limitación pero el proceso es más largo, y no todo el mundo tiene la disponibilidad del tiempo, reconoció Molina, que el pasado mes de febrero alcanzó nada menos que su donación número 200.

Las donaciones de sangre caen un 10% en lo que va de año en la provincia

Han sido 2.345 las practicadas entre los más de 4.500 donantes activos, unas 300 menos

SORIA

Las donaciones de sangre han bajado en la provincia en lo que va de año. El presidente de la Hermandad de Donantes de Soria, José Luis Molina, aseguró que ignoran cuál es la razón, pero los números son evidentes, las do-

naciones han caído más de un 10%. Hasta el 30 de junio, último dato disponible, fueron 2.345 las practicadas entre los más de 4.500 donantes activos en la provincia. Contrasta con las 2.628 que se registraron el año pasado en ese mismo periodo.

Pág. 4

Suspensión de Soria Ya a los 2 años y medio de Gobierno de PP-Vox

SORIA

Soria Ya calificó de suspensivo el Gobierno de PP y Vox al frente de la Junta durante los dos últimos años y medio. Los procuradores Ángel Cefía, Vanessa García y Juan Antonio Palomar hicieron balance ayer de las proposiciones, mociones y preguntas que los representantes sorianos defendieron en el Parlamento autonómico con el objetivo de dar voz a las necesidades y reivindicaciones de los habitantes de Soria.

Sin embargo, denunció que su labor se ha encontrado con obstáculos significativos debido a la constante negativa de PP y Vox, quienes rechazaron sistemáticamente casi todas las propuestas, lo que impidió así el avance de iniciativas cruciales para la provincia y la Comunidad. «El no a todo no es útil a los ciudadanos», lamentaron.

Entre todas las iniciativas presentadas por Soria Ya, destaca la proposición de ley de Medidas contra la Despoblación, «un problema que afecta profundamente a la provincia de Soria», indicaron.

Esta ley, según los procuradores, busca implementar medidas concretas para atraer y retener población. En este aspecto, precisó que ni el Gobierno de coalición ni el PSOE mostraron interés en abordar este tema con la urgencia que merece.

La propuesta incluye incentivos para la instalación de nuevas empresas, mejoras en infraestructuras y servicios básicos, y medidas para fomentar la natalidad y atraer a jóvenes profesionales. Con esta proposición de ley se subraya el compromiso de Soria Ya con la solución de problemas críticos para la provincia y la Comunidad, demostrando una vez más que la lucha contra la despoblación es una prioridad que no puede ser ignorada.

Entre las iniciativas defendidas se encuentran tres interpelaciones y tres mociones sobre temas «vitales» para Soria Ya como la despoblación, la gestión del agua y la natalidad. Ante el pleno, el partido soriano presentó dos iniciativas importantes: la presa del río Mayor y el helicóptero de emergencias sanitarias, siendo la primera aprobada por unanimidad, «un claro ejemplo de la necesidad y urgencia de esta infraestructura», destacaron.

Además, defendió 50 proposiciones no de ley en diversas comisiones, pero se encontraron un muro de rechazo por parte de PP y Vox, más preocupados en bloquear propuestas que en buscar soluciones.

Pedro Rodríguez, nuevo presidente de la hermandad de donantes de sangre

La asociación despide a su dirigente en los últimos 23 años, José Luis Molina, que pasa el testigo «a unas manos nuevas que aporten nuevas ideas y nuevos proyectos»

V.R.A. SORIA

Cambio en la presidencia de la Hermandad de Donantes de Sangre de Soria. José Luis Molina dice adiós tras 23 años en el cargo como presidente y cuatro más como presidente. Molina cede el testigo a Pedro Rodríguez Vázquez que prometió ayer «trabajar con el mismo entusiasmo y siempre siguiendo sus consejos». Ambos estuvieron acompañados en la rueda de prensa por José Luis Vicente, gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, que quiso reconocer «la larga trayectoria de José Luis Molina al frente de la Hermandad que quiero hacer extensiva a los cientos de sorianos que mantienen con sus donaciones un acto continuo de generosidad». Vicente destacó que, en las últimas dos décadas, las donaciones en la provincia se han «duplicado» subrayando que «ahora estamos rondando las 5.000 anuales».

Por su parte, un emocionado José Luis Molina aseguró que «ha sido un privilegio y un honor trabajar durante estos últimos 27 años para la Hermandad». Sin embargo, añadió, «considero que tengo que pasar el testigo a otras nuevas manos que aporten nuevas ideas y nuevos proyectos». No quiso perder la oportunidad en su despedida de pedir a los sorianos «concienciación agradeciendo a todos los que han donado poniendo en valor este importante acto altruista».

El pasado 11 de julio la junta rectora de la Hermandad de Donantes de Sangre eligió como nuevo presidente a Pedro Rodríguez Vázquez. La nue-



El gerente, José Luis Vicente, el presidente saliente, José Luis Molina, y el entrante, Pedro Rodríguez, ayer. V.R.A.

va cara visible de la asociación, tal y como explicó, es «diplomado en ingeniería y trabajo en el mantenimiento de las instalaciones de una fábrica de Soria». Respecto a su labor al frente de la Hermandad, aseguró que «quiero trabajar con el mismo entusiasmo y con la misma pasión y compromiso con la que lo ha hecho mi antecesor siempre contando con su ayuda y sus consejos». Rodríguez explicó que lleva «más de diez años siendo donante de sangre por ayudar. Empecé por un problema de salud de mi madre que tuvo una enfermedad de

la sangre».

Tanto el presidente entrante como el saliente quisieron poner el acento en la campaña de verano y en la necesidad de grupos como el A+ y el A- «que están en números rojos» y el O+ «que está en amarillo». Molina destacó que «de enero a junio de este año llevamos 300 donaciones menos que el año pasado». Rodríguez puntualizó que «la sangre no se puede comprar ni crear, únicamente se puede donar».

Desde la Hermandad indicaron que las mujeres pueden donar sangre tres

veces al año y los hombres cuatro. Entre cada donación hay que esperar dos meses y un día. En el caso del plasma, se puede donar cada 20 días. Ambas cosas no pueden donarse a la vez. Y es importante acudir a donar dos horas después de haber comido. Hasta que acaben las obras del hospital, cualquier persona interesada en donar debe acudir al Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud (Parque de Santa Clara s/n). Para cualquier pregunta, se puede llamar a los teléfonos 609 600 791 y 619 682 033.

SUCESOS

HERIDO TRAS SALIRSE SU VEHÍCULO DE LA VÍA EN ALMAZÁN

Un accidente de tráfico ocurrido en la CL-116, en el término municipal de Almazán, en la tarde del lunes, dejó a una persona herida y trasladada al hospital de Soria. La víctima, un hombre de 82 años, se salió de la carretera con su vehículo y quedó atrapado. El accidente se registró a media tarde del lunes en el kilómetro 44 de la CL-116. Según fuentes del Servicio de Emergencias Castilla y León 112, una llamada alertó del suceso e indicó que el herido se encontraba atrapado en el interior del vehículo.

MÚSICA

EL CUARTETO ASCOT ACTÚA EL SÁBADO 18 EN EL CASINO

7

PROVINCIA

HERALDO-DIARIO DE SORIA.

Martes 16 de julio 2024

Inversión de 30.000 euros en Valdemaluque para infraestructura hidráulica y el consultorio médico

SORIA

La delegada de la Junta de Castilla y León en Soria, Yolanda de Gregorio, junto a la vicepresidenta de la Diputación Provincial de Soria, María José Jiménez y el alcalde de Valdemaluque, Jesús Pascual Caamaño y su corporación, visitaron ayer las obras acometidas en el municipio para la mejora de la infraestructura hidráulica y el acondicionamiento de un consultorio médico. La inversión supera los 30.000 euros.

Estas obras se han realizado con fondos de Cohesión Territorial del año 2022, los cuales son gestiona-

dos por la Consejería de la Presidencia y se utilizan como instrumento de cooperación económica que ayuda a garantizar y a modernizar los servicios públicos del medio rural, y, con ello, la calidad de vida de los ciudadanos.

La infraestructura hidráulica se centra en las poblaciones de Valdelinares y Sotos del Burgo. Con un presupuesto total de 15.000 euros, la Junta ha colaborado con 6.999,78 euros, la Diputación con 3.499,89 euros, y el Ayuntamiento de Valdemaluque con 4.500 euros. Esta asignación ha sido repartida entre 10.417,39 euros en mate-

rial, 1.354 euros en Gastos Generales, 625 euros en Beneficio Industrial, más el 21 % de IVA (2.603,31 euros).

Las obras realizadas en Sotos del Burgo han consistido en la sustitución de 60 metros de la red de abastecimiento existente por tubería de polietileno de 75mm de diámetro, alojada en una zanja de 60 centímetros y de 1,10 metros de profundidad. Además de la sustitución de 3 acometidas de abastecimiento que se ejecutarán con polietileno y contará con llave de cuadrilla a la entrada de las casas.

En Valdelinares se ha realizado

un vallado de la red de abastecimiento, para ello se han instalado 85 metros de la red de abastecimiento con tubería de polietileno de 90 milímetros de diámetro.

Por otra parte, en Sotos del Burgo se están realizando las obras para acondicionar la planta baja del inmueble municipal en la calle Colada, 35. Este edificio fue construido hace más de 60 años, y la planta baja, que es la que se va a habilitar, estaba destinada para albergar la escuela.

Se acondicionará la planta baja para adecuarla, y para ello, se distribuirán las dependencias nece-

sarias para la atención al público además de facilitar la accesibilidad, higiene y climatización para prestar una asistencia sanitaria de calidad.

El proyecto conlleva dos fases, actualmente se encuentra en la segunda fase y se espera que las obras finalicen en el mes de agosto.

La buena localización del inmueble y el acceso a su interior sin escalones para facilitar el acceso a la población de mayor edad y de dificultad de movimiento ha sido clave a la hora de elegir el local para instalar el consultorio médico.

El presupuesto para esta obra, procedente de los fondos de Cohesión Territorial de 2023, ha sido de 15.604,36 euros, con el 50 % aportado por la Junta, el 25 % por la Diputación y el 25 % restante por parte del Ayuntamiento.

CASTILLA Y LEÓN

Castilla y León recibe 10 millones para reforzar la Atención Primaria

Los fondos deben emplearse para la formación de profesionales, la implementación de estrategias o para equipos de diagnóstico, infraestructuras y equipamiento

VALLADOLID

El Consejo de Ministros aprobó ayer la propuesta de distribución de los créditos correspondientes al ejercicio económico 2024, por importe total de 172,42 millones de euros, en materia de Atención Primaria. Castilla y León percibirá 10,02 millones de euros de esa cantidad, el 5,8% del total, repartidos en sendos cargos a dos aplicaciones presupuestarias.

Con esta partida el Ministerio de Sanidad pretende dar continuidad al Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, financiando aquellas actuaciones destinadas al fortalecimiento de la Atención Primaria.

La dotación económica deberá destinarse a actuaciones como la formación de profesionales sanitarios y no sanitarios relacionada con la mejora de la capacidad de resolución del ámbito de la Atención Primaria y Comunitaria; la implementación de las recomendaciones recogidas en las Estrategias en Salud del SNS en este ámbito asistencial; y la implementación de las recomendaciones 'No hacer' en este ámbito asistencial.

También contempla la promoción de estrategias de intervención específicas destinadas a personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, situaciones de especial complejidad y/o pluripatología con especial atención a la gestión de casos y la atención domiciliaria.

Asimismo, actuaciones para implantar modelos de gestión integral de la demanda, optimización de pro-



Eduardo Diego, Alejandro Vázquez y Alfonso Rodríguez-Hervía. ICAL

IBIOLEÓN INICIA SU ACTIVIDAD CON EL CONSEJO RECTOR

El Complejo Asistencial Universitario de León acogió ayer la celebración de la sesión constitutiva del Consejo Rector del Instituto de Investigación Biosanitaria de León,

IBioLeón, que estuvo presidido por el Consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez Ramos, acompañado por la rectora de la Universidad de León, Nuria González Álvarez.

La finalidad de esta sesión fue poner en funcionamiento el Instituto mediante la constitución de su órgano de gobierno y las primeras actuaciones necesarias para que, en los próximos meses, pueda desarrollar plenamente su actividad con la creación y dotación de todas sus estructuras

científicas y de gestión.

El puesto de director científico del Instituto, de manera interina, ha recaído en la persona de Fernando Escalante Barrigón, médico hematólogo del Caule y coordinador de su Unidad de Investigación. IBioLeón nace con el objetivo de gestión biosanitaria de excelencia en León.

cesos y mejora de la coordinación entre niveles asistenciales, atención sociosanitaria y atención social; desarrollo de las estrategias autonómicas de Salud Comunitaria y de

acciones que fomenten la participación y el empoderamiento del paciente en su proceso asistencial; adquisición de equipamiento diagnóstico, terapéutico y no clínico;

desarrollo de herramientas digitales y de informatización; adecuación de las infraestructuras de los centros de salud, así como de consultorios o puntos de atención.

CCOO denuncia la falta de médicos en Zamora

Comisiones Obreras denunció ayer que la Gerencia Regional de Salud «ha dado instrucciones» para que la apertura de los centros de salud urbanos de Zamora por las tardes «sea, únicamente, con personal de enfermería y personal administrativo» y apostilló: «Incluso en algunos centros tendrán que hacer contrataciones de este personal administrativo en el mes de agosto, puesto que solo tenían previsto el mes de julio».

En este sentido CCOO consideró, tal y como indica ICAL, que la situación «ofrece una falsa imagen de apertura» de centros de salud cuando, en realidad, «no hay personal médico en estos centros para atender a la población» y el personal de enfermería y administrativo de Atención Primaria «se verá obligado a derivar, en muchos casos, a la población a la Atención Hospitalaria» saturando, en conclusión, una vez más las consultas y las urgencias por falta de personal sanitario.

La Junta aporta más de 8 M€ para mejorar los servicios de las mancomunidades

VALLADOLID

La Consejería de la Presidencia resuelve las ayudas a mancomunidades y otras entidades locales asociativas por 8,02 millones de euros para financiar actuaciones de mejora de los servicios prestados a los vecinos. A esta cantidad se suma la aportación de los municipios de 4,23 millones. Así lo recoge un orden que publica hoy el Boletín Oficial de Castilla y León (Bocyl).

En total, según destacó la Junta en un comunicado, son más de 12,26 millones de euros de inversión, de los que más del 65 por ciento son aportados por la Consejería de la Presidencia con cargo a la Cooperación Económica Local General del año 2024. La aportación realizada por el Ejecutivo para mejorar los servicios prestados por las mancomunidades experimenta, de esta manera, un incremento de casi un 30 por ciento respecto a la cantidad resuelta el año pasado. Las subvenciones que concede el Gobierno autonómico están dedicadas a la modernización y mejora de los servicios públicos municipales.

María Engracia Pérez, nueva presidenta de los farmacéuticos de Castilla y León

VALLADOLID

María Engracia Pérez Palomero, presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Salamanca, es la nueva presidenta del Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León (Concyf) y releva a Javier Herradón, que ha presidido la institución autonómica desde septiembre de 2020.

Su equipo pondrá el foco en la «integración» plena de las farmacias en los planes de Salud Pública, el desarrollo de un modelo «más asistencial», con más servicios en el área rural y participación en cribados y proyectos sanitarios, y en los nuevos avances hacia la digitalización.

Según informó ayer el Concyf, y tal y como señala ICAL, el proceso de renovación se inició el pasado 17 de junio,

tras la toma de posesión de los nuevos consejeros del Pleno del Consejo, máximo órgano de representación de los farmacéuticos de la Comunidad. La presentación de una única candidatura, encabezada por María Engracia Pérez, evitó la celebración de elecciones en la institución farmacéutica.

Asimismo, el pasado lunes tomaron posesión los comités directivo y técnico en un acto que contó con la asistencia de representantes de instituciones sanitarias y académicas, del Consejo General de Farmacéuticos de España, miembros de otras corporaciones profesionales sanitarias, así como de todos los presidentes que han tenido el Concyf desde su creación.

El equipo que encabeza María En-

gracia Pérez Palomero afronta este mandato de cuatro años con el objetivo de consolidar el modelo de farmacia asistencial y social, desarrollar nuevos servicios para la farmacia rural, alentar proyectos de educación sanitaria que hagan a los ciudadanos partícipes de su salud y establecer una comunicación efectiva entre profesiones sanitarias.

El nuevo equipo buscará también dar forma a una farmacia más digital, que aproveche las herramientas tecnológicas para avanzar en la prestación farmacéutica y en el desarrollo de nuevas funcionalidades de la receta electrónica, así como en proyectos relacionados con salud pública.

Todo con la vista puesta en aprovechar al máximo el potencial de los pro-



M^a Engracia Pérez Palomero. ICAL

fesionales farmacéuticos e incorporar nuevos servicios sanitarios de calidad en todas las farmacias de Castilla y León.

La farmacia rural, recordó la nueva presidenta, será también protagonista en este nuevo mandato. Garantizar su sostenibilidad permitirá que los pueblos sigan disponiendo del recurso sanitario más cercano y accesible.

CASTILLA Y LEÓN

A la cabeza de España en repunte de nacimientos pero también de decesos

● Castilla y León salda los primeros cinco meses del año con un déficit de casi 8.000 alumbramientos, después de sumar 5.383 y restar 13.328 muertes ● León, la provincia que más crece en óbitos y Segovia en nacimientos

SANTIAGO G. DEL CAMPO
VALLADOLID

Castilla y León sigue la senda del crecimiento vegetativo en negativo, si bien en lo que va de año hay buenas noticias por el lado de los nacimientos. Así, es la tercera comunidad autónoma de España entre las que más ha crecido el número de alumbramientos en el periodo de enero a mayo, según los últimos datos de la *Estimación mensual de nacimientos* que difundió ayer el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Lo es en términos relativos, al haber incrementado en un 6,51% el número de nacimientos, con un total de 5.383 en el periodo. Supone estar 5,6 puntos por encima de la media nacional, que solo alcanzó el 0,91% con 130.461. Solo superan a Castilla y León en incremento de nacimientos las comunidades de Cantabria, con un 11,3% y 1.368 nuevos nacidos, y Baleares con un 6,9% y 3.733.

Por provincias Salamanca es la primera de Castilla y León, y también la primera de España, en repunte de nacimientos en el acumulado de los cinco primeros meses del año respecto al mismo periodo del año anterior, con un 20,79% más y un total de 405. Todas las provincias, salvo Soria, anotan datos positivos y se cuentan en la primera mitad de la tabla nacional. Así León, Burgos y Ávila se sitúan entre las diez primeras, en concreto en el lugar sexto, séptimo y noveno, con un 8,39%, un 8,35% y un 7,10%; así como 944, 979 y 370 nacidos respectivamente.

El peor lugar de la tabla autonómica se la lleva Soria, la única que baja en número de nacimientos, en concreto un -7,34% con 190 nuevos nacidos, si bien hay que tener cautela al manejar este dato relativo, al ser la provincia menos poblada y, por tanto, con una menor muestra estadística. Es la penúltima de España en crecimiento, solo por encima de Lugo, cuyos alumbramientos decrecen un -10,73% hasta los 615.

Per las cosas en Castilla y León no se quedan ahí. En el lado malo, la Comunidad también está entre las que más han crecido en defunciones, al registrar 13.328 en las primeras 22 se-

NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES EN LO QUE VA DE AÑO

(Periodo acumulado de enero a mayo)

	NACIMIENTOS			DEFUNCIONES			Diferencia Nacimientos Defunciones
	2024	Dif. 23/24	% Var. 2023-2024	2024	Dif. 23/24	% Var. 2023-2024	
Cantabria	1.368	139	11,3	2.800	69	2,5	-1.432
Baleares	3.733	241	6,9	3.892	-67	-1,7	-159
Castilla y León	5.383	329	6,5	13.328	747	5,9	-7.945
Ávila	370	25	7,1	900	-6	-0,6	-530
Burgos	879	68	8,4	1.840	-41	-2,2	-961
León	944	73	8,4	3.086	459	17,5	-2.142
Palencia	308	12	4,1	1.012	133	15,2	-704
Salamanca	732	31	4,4	1.711	-14	-0,8	-979
Segovia	405	70	20,8	724	30	4,3	-319
Soria	190	-15	-7,3	521	27	5,5	-331
Valladolid	1.256	48	4,0	2.359	174	8,0	-1.103
Zamora	298	18	6,4	1.175	-16	-1,3	-877
Castilla-La Mancha	5.885	292	5,2	8.922	10	0,1	-3.037
Madrid	21.417	860	4,2	21.733	293	1,4	-316
Navarra	1.848	54	3,0	2.747	179	7,0	-899
Asturias	1.828	33	1,9	5.901	127	2,2	-4.073
La Rioja	782	10	1,3	1.434	-11	-0,8	-652
País Vasco	5.342	60	1,1	10.094	163	1,6	-4.752
España	130.461	1.180	0,9	195.608	868	0,5	-65.147
Aragón	3.472	30	0,9	6.177	92	1,5	-2.705
Cataluña	22.201	-4	0,0	30.353	319	1,1	-8.152
C. Valenciana	14.071	-41	-0,3	20.343	-620	-3,0	-6.272
Andalucía	24.444	-433	-1,7	33.730	-643	-1,9	-8.286
Canarias	4.674	-86	-1,8	7.828	93	1,2	-3.154
Galicia	5.500	-102	-1,8	14.869	158	1,1	-9.369
Extremadura	2.740	-59	-2,1	5.315	-10	-0,2	-2.575
Murcia	4.983	-137	-2,7	5.323	-30	-0,6	-340

FUENTE: INE.

EL MUNDO

MAÑUECO VALORA CON «ESPERANZA» EL REPUNTE DE LOS NACIMIENTOS

El presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, valoró ayer el crecimiento del número de nacimientos en Castilla y León como un «cambio de tendencia» que «da esperanzas» en la lucha contra la despoblación, ante la

que animó a «no bajar los brazos». El presidente autonómico se congratuló de los datos porque suponen un paso adelante frente a las «dificultades» que reconoció, en declaraciones recogidas por Ical, que tiene la Comunidad en relación a la despoblación.

Además, Mañueco resaltó que Castilla y León es «la tercera comunidad en la que más ha crecido el número de nacimientos» en el primer semestre del año, con Segovia liderando ese aumento con un 21% más de alumbramientos, por lo que son «buenos datos» que «dan esperanzas para seguir luchando contra la despoblación». Mañueco reiteró que Castilla y León «funciona» dado que es

una Comunidad en la que se crea empleo y se genera actividad económica, como muestra que junio «ha sido el mes con mayor gente trabajando de toda la serie histórica». También presumió de que la Comunidad sigue creciendo en producción industrial, donde ocupa los «puestos líderes en grado de crecimiento» a nivel nacional, o en exportaciones, donde la subida es del 12% en lo que va de 2024.

manas del año, lo que se traduce en un incremento del 5,94%. Supone 5,49 puntos más que la media nacional, que subió un 0,45% con 195.806 óbitos. Hay que destacar que el INE efectúa el recuento de nacimientos por meses y el de defunciones por semanas, por lo que entre ambos datos hay un desfase de dos días (la semana 22 del año terminó el 2 de junio).

Así, Castilla y León es la segunda con mayor crecimiento de muertes, solo por detrás de Navarra, con un 6,97% y 2.747 defunciones. Tras restar el número de nacimientos y el de defunciones, la Comunidad arroja un déficit de -7.945 alumbramientos en el periodo de enero a mayo.

Por provincias, el crecimiento de defunciones es desolador, ya que León, Palencia y Valladolid encabezan la tabla nacional de crecimiento en este registro, con un 17,48; un 15,19 y un 7,98% de crecimiento, respectivamente. Soria está en el puesto 7 nacional con 521 fallecidos y un crecimiento de un 5,45%, y Segovia en el lugar undécimo con 724 y un 4,31%.

► **ÁVILA.** Es la cuarta provincia en crecimiento de nacimientos en el acumulado de enero a mayo, con un 7,10% más que el mismo periodo del año anterior hasta los 370, lo que se traduce en 25 más. Por el lado de las defunciones, Ávila ocupa el sexto lugar de variación, ya que no solo no sube, sino que baja un -0,61% hasta los 900, seis menos. La diferencia entre nacimientos y defunciones, como en todas las provincias de la Comunidad, es negativo en Ávila, con un déficit de 530, el séptimo de la Comunidad de menor a mayor.

► **BURGOS.** Tercera provincia en incremento de nacimientos, un 8,35% hasta los 879 (68 más). La que más baja en defunciones, con un -2,17% hasta los 1.840 (41 menos). La resta entre nacimientos y defunciones arroja un saldo negativo de 961, el tercero más abultado de la Comunidad.

► **LEÓN.** Es la primera provincia de Castilla y León y de España en cre-

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

cimiento del número de defunciones, un 17,48% hasta los 3.086 (459 más que en el mismo periodo del año anterior). En nacimientos es la segunda que más crece, con 944 (73 más). El balance es negativo, con un déficit de 2.142 nacimientos, la provincia con mayor cifra negativa.

► **PALENCIA.** La segunda de la Comunidad y de España en crecimiento de defunciones, un 15,19% hasta un total de 1.012 en los primeros cinco meses del año (133 más). La séptima en crecimiento de nacimientos, un 4,10% hasta los 308 (12 más). El saldo negativo alcanza los 704, el sexto más bajo.

► **SALAMANCA.** En sexto lugar en repunte de nacimientos con una subida del 4,38% hasta 732 (31 más). En séptimo lugar en variación de óbitos con un -0,84% hasta los 1.711 (14 menos). El saldo alcanza los 979 en negativo, la tercera provincia con un saldo menor.

► **SEGOVIA.** La provincia en la que más crecen los nacimientos en España de enero a mayo con un 20,79% más que el mismo periodo del año anterior hasta los 405 (70 más). Además, se sitúa en quinto puesto en crecimiento de defunciones, un 4,31% hasta las 724 (30 más). El saldo es el menos negativo de todas las provincias, -319.

► **SORIA.** En último lugar de la Comunidad, y penúltimo de España en crecimiento de los nacimientos. Es la única provincia de la Comunidad en la que bajan, en concreto un -7,34% hasta los 190 (15 menos). En cuanto a las defunciones, la provincia está en quinto lugar con un crecimiento del 5,45% hasta los 521 (27 más). Es la segunda con menor tasa negativa en el saldo, con -331.

2

OPINIÓN

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Miércoles 31 de julio 2024

Cuando la batalla de la salud mental es un aliciente para el ego político

A NADIE DEBE escandalizar que la ministra de Sanidad, del ala de Sumar, ese partido que no hace más que restar, dedique todos sus esfuerzos a la promoción y proyección política propia. La que sabe que no le va a otorgar un ministerio en el que sólo se adquiere protagonismo si sobreviene la desgracia de una pandemia. Pero Mónica García carece del más mínimo escrúpulo para servirse del departamento y adquirir notoriedad a través de titulares y filtraciones interesadas, e incluso falsas. Es su naturaleza, ahora que ha perdido el foco que le proporcionaba lidiar en la asamblea de Madrid con Isabel Díaz Ayuso. Ella, la doctora, no está dispuesta a pasar al ostracismo al que la destinó su compañera, la vicepresidenta Yolanda Díaz, para despejarse el camino de los restos que vayan quedando de un engendro político que se arruina en cada cita electoral.

La última de Mónica García ha sido difundir que su departamento tiene ya un borrador del plan de salud mental que luego tendrán que validar y aplicar las comunidades autónomas. Es decir, García tiene tan bajos instintos morales que es capaz de perfilar un asunto tan delicado y de tanto calado social que luego no tendrá que gestionar. La competencia sanitaria está en manos de las comunidades autónomas. Pero ella intenta obtener lucien-

to de un supuesto plan que los gestores, los consejeros de Sanidad de las comunidades autónomas, desconocen. Si es que existe el borrador, porque las comunidades no lo han recibido, pese a que el equipo de intoxicadores de la ministra se haya encargado de filtrar lo contrario.

Los consejeros están que braman ante la posibilidad de que se haya diseñado un plan, un documento o una estrategia de salud mental sin contar con los verdaderos gestores, que son los que conocen la realidad sobre el terreno. Una realidad que además no es universal. Porque, por ejemplo, no incide de la misma manera la soledad no deseada en las ciudades y el medio rural. Y la forma de combatirlo es muy diferente, porque aquí entra en juego el factor de la despoblación. Hoy este periódico destaca que el plan es una nueva mentira o una nueva estrategia interesada de Mónica García, que siendo médica carece de escrúpulos para hacer política con una lacra creciente como es la salud mental. Está claro que alguien que actúa así habitualmente no está en sus cabales ni tiene altura para ser ministra de Sanidad. Al tiempo, García desoye las propuestas que hacen las comunidades para combatir la falta de médicos. Ella sólo está para lubricar la salud de su ego, que es tan grande como su abismal incompetencia.

4

SORIA

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Jueves 25 de julio 2024

Salud Mental denuncia el «déficit de personal» al no cubrirse las dos plazas de psiquiatría ofertadas

La plantilla orgánica se compone de ocho psiquiatras, pero solo cinco están activos

SORIA El Servicio Asistencial del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área de Soria trasladó ayer su preocupación por el «déficit de profesionales», ya que en el proceso de estabilización del personal sanitario se ofertaron dos plazas de psiquiatría que no serán ocupadas. Uno de los profesionales anunció que solicitará la excedencia y el otro se liberará de su actividad asistencial por la vía sindical, según recoge leal.

Los afectados recordaron que la estabilización del personal sanitario del Sacyl es un procedimiento planteado para reducir la temporalidad y garantizar plazas fijas como personal estatutario al margen del proceso habitual de concurso-opo-

sición, pero este proceso administrativo en Soria no ha tenido el efecto deseado, ya que la resolución lejos de dar continuidad a las consultas y a las guardias del departamento, «lo debilita todavía más».

Asimismo, señalaron que del proceso estabilización del pasado mes de mayo, se han hecho públicas dos vacantes, de especialistas en psiquiatría y una de psicóloga especialista en psicología clínica que, en teoría, se cubrirían. «De los tres, la profesional de psicología clínica ocupará la plaza de psicóloga clínica en el área infantojuvenil y los dos especialistas en psiquiatría desafortunadamente, no van a llevar a cabo su ejercicio profesional en Soria, que es de lo que se trataba», resumió.

La plantilla orgánica del Servicio se compone de ocho psiquiatras, pero en la actualidad solo dispone de cinco facultativos (actualmente uno de baja) y de las cuatro restantes, únicamente tres hacen guardias (dos mayores de 64 años) que tienen previsto jubilarse en los próximos meses.

«A esto se suma la precariedad presente y futura de la atención psicológica en salud mental con una profesional de psicología clínica que se jubilará en breve plazo y de la que no se espera reposición», resaltó. Por ello, urgió a la Consejería de Sanidad de la Junta se comprometa en serio a solucionar el «severo deterioro» que sufre la sociedad soriana en este ámbito.

La atención en el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de Soria se agravará si cabe más todavía, según los trabajadores, porque estas dos plazas que no serán ocupadas, no solo no se añadirán a las actuales sino que, además, quedarán bloqueadas para el futuro sin poder ofertarse en el próximo concurso de traslados, por lo que lejos de suponer un beneficio, dicho proceso de estabilización va a perjudicar gravemente a la Salud Mental de Soria.

Por ello, destacaron que derivado de esta situación es de esperar un aumento importante en las listas de espera o la asistencia en hospitalización.

«Consideramos que este déficit histórico de profesionales, con-

llevará de forma irrevocable al cierre de dispositivos de la red de salud mental (unidad de agudos, unidad de rehabilitación) así como a la imposibilidad de la cobertura asistencial del psiquiatra de guardia en urgencias todos los días del mes, salvo que se mantenga y amplíe, la ayuda externa que el servicio está recibiendo en la actualidad por parte del Área de Valladolid Este (HCUV) y Área de Burgos (HUBU)», argumentó.

Asimismo, precisaron que en el campo de la Psiquiatría y Salud Mental existe una total inequidad con respecto a cualquier otra área sanitaria, ya que a este problema se suma que las convocatorias de empleo público de la Junta no se ofertó plaza alguna de psiquiatra ni de psicólogo para esta Área de Soria cuando existen varias vacantes como se ha denunciado en varias ocasiones. En este sentido, aseguraron que el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de Soria tiene un déficit estructural de profesionales desde hace años y no logra reponerse.

CASTILLA Y LEÓN

La espera quirúrgica cae a 100 días pero Bierzo y Salamanca triplican a los hospitales de Valladolid

Neurocirugía y Traumatología continúan como las especialidades con más demora para pasar por quirófano y se acercana a los cinco meses, mientras que solo una operación de Dermatología tarda menos de 30 días

RICARDO GARCÍA VALLADOLID
Castilla y León anota un nuevo descenso en la lista de espera quirúrgica. Al cierre del segundo trimestre de este año, el tiempo medio que un paciente debía esperar para pasar por quirófano se situaba en 100 días, dos semanas menos que en las cifras de marzo. Aún así, las diferencias entre los tiempos que manejan los diferentes hospitales siguen siendo sangrantes, con los de Salamanca y El Bierzo triplicando a los de Valladolid.

Según las cifras de listas de espera publicadas ayer por Sacyl, la demora media para someterse a una operación en la Comunidad es de poco más de tres meses, lo que supone un nuevo descenso tal y como ya avanzó hace algunas semanas el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez.

Reducción que, además, Sanidad vincula al plan de choque puesto en marcha a tal efecto. Es más, a través de un comunicado la Consejería de Vázquez destaca que son 39 días menos que los registrados al comienzo del plan de choque puesto en marcha por la Consejería de Sanidad (139 días en marzo de 2022).

El número de pacientes en lista de espera quirúrgica estructural se sitúa a finales del segundo trimestre de 2024 en 30.038, frente a los 42.574 de marzo de 2022, con un descenso global desde el inicio de legislatura de casi un 30 % y 12.536 pacientes. El descenso también es importante con respecto al segundo trimestre de 2023, en el que se registraron 34.169 pacientes en espera de quirófano.

La Consejería de Sanidad viene implementando, desde la llegada del equipo de Alejandro Vázquez, un plan de choque que gira sobre el eje de un uso eficiente de los recursos propios, sin descartar, en caso de necesidad, el uso de recursos adicionales, manteniendo siempre la garantía de calidad en la atención prestada.

Por especialidades, las que más pacientes suman en el segundo trimestre del año para una intervención son traumatología, con 10.603; cirugía general y digestivo, con 5.295; y oftalmología, con 4.404, lo que significa que tres especialidades acumulan alrededor del 70 % de los pacientes. Las que menos son cirugía cardíaca, con 122, y cirugía torácica, con 75 pacientes.

Pese al descenso generalizado de los tiempos de espera, la realidad es que las desigualdades entre hospitales se mantienen. Así, mientras el Clínico de Valladolid figura con la menor demora de la Comunidad con 39 días, otros como el hos-

Pacientes en lista de espera quirúrgica

<

FUENTE: Consejería de Sanidad

pital El Bierzo de Ponferrada o el hospital de Salamanca triplican ese indicador hasta las 138 y 144 jornadas, respectivamente.

De hecho, conviene destacar la lista de espera que presenta el otro hospital de Valladolid capital, el Río Hortega, que se sitúa con 80 días a pesar de que, al igual que el Clínico, se enmarca como uno de los grandes centros hospitalarios de la comunidad autónoma, una categoría en la que los dos hospitales vallisoletanos destacan especialmente por sus bajos tiempos de espera.

También en este sentido, el mejor dato lo arroja el Complejo Asistencial Universitario de Palencia, con 28 días, aunque en este caso el volumen de pacientes que asume es más contenido.

Más allá de las circunstancias en las que pueda encontrarse cada hospital de Castilla y León, la realidad es que hay personas que pueden pasar por quirófano en poco más de un mes mientras que otras deben esperar hasta casi cinco. Y por si fuera poco, cuando se aborda la lista de espera de las distintas especialidades esta situación se acentúa.

■ **ÁVILA.** El Complejo Asistencial de Ávila está dentro de los hospitales de menor tamaño de la Comunidad. Cuenta con una lista de espera de 55 días, lo que supone un aumento con respecto a los 49 que registraba en marzo, y todo ello a pesar de que los pacientes en lista de espera estructural se han rebajado de 1.373 a 1.075.

■ **BURGOS.** Burgos es, junto con Valladolid, la única provincia de la comunidad que cuenta con tres hospitales en su territorio, aunque

en este caso dos de ellos son centros comarcales. Precisamente esto es lo que favorece que el hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro y el Santos Reyes de Aranda de Duero cuenten con una espera relativamente baja, de 70 y 81 días, respectivamente. Ambos datos son superiores a los del primer trimestre del año, aunque en este caso los pacientes en lista de espera estructural varían muy levemente.

En el caso del hospital de Burgos capital, la espera que registraba al cierre del segundo trimestre del año era de 109 días frente a los 114 de tres meses atrás. En este caso, además, los pacientes cayeron de 4.356 a 4.077.

■ **LEÓN.** El Complejo Asistencial Universitario de León capital cuenta actualmente con 5.969 pacientes en lista de espera estructural, lo que supone aproximadamente 500 menos que hace tres meses. Asimismo, ha logrado reducir el tiempo medio de su lista de espera de 135 a 117 días, lo que supone dos semanas y media menos.

Mientras tanto, en el hospital El Bierzo de Ponferrada, la demora media para pasar por quirófano es de 138 días, dos más que hace tres meses a pesar de que los pacientes a la espera se han reducido de 3.125 a 2.620.

■ **PALENCIA.** En lo que respecta al Complejo Asistencial Universitario de Palencia, es el único de la Comunidad que maneja una lista de espera de menos de un mes con 28 jornadas, once menos que el trimestre anterior. En cuanto a los pacientes en lista, ha pasado de 1.356 a 907.

■ **SALAMANCA.** Los últimos da-

tos de listas de espera del Sacyl sitúan al Complejo Asistencial Universitario de Salamanca como el hospital de Castilla y León que más tarda en citar a los pacientes para someterse a una intervención quirúrgica. En el último balance alcanzaba los 144 días, que suponen una mejora notable con respecto a los 178 que presentaba al cierre del primer trimestre del año. Esto viene favorecido, en gran parte, por el descenso en el número de pacientes, que han pasado de 7.741 a 5.433 en espera estructural.

■ **SEGOVIA.** El Complejo Asistencial de Segovia presenta en el último balance de Sacyl una lista de espera media de 51 días, uno menos que hace tres meses. Además, al igual que el tiempo se reduce de manera mínima también lo hacen los pacientes, ya que suma solo cien menos en lista de espera estructural, 1.264.

■ **SORIA.** Por parte de Soria, el Complejo Asistencial cerró el segundo trimestre de 2024 con una lista de espera de 64 días y 739 pacientes, cifras algo mejores que las de tres meses atrás cuando contabilizaba 67 jornadas y 897 persona pendientes de pasar por quirófano.

■ **VALLADOLID.** En Valladolid capital sus dos hospitales, Clínico y Río Hortega, presentan unas listas de espera de 39 y 80 días, respectivamente. Cuentan además, en este mismo orden, con 1.627 y 3.023 pacientes en espera estructural, lo que supone una mejora de manera generalizada.

Mientras tanto, el hospital comarcal de Medina del Campo figura con 50 días de demora, tres menos que

al cierre del primer trimestre del año, y con 439 pacientes, cifra que apenas ha variado desde el último recuento publicado por la Consejería de Sanidad.

■ **ZAMORA.** Finalmente, el Complejo Asistencial de Zamora figura en la última estadística de listas de espera de Sacyl con una demora media de 67 jornadas, un incremento sensible con respecto a las 53 del trimestre anterior. No obstante, el aumento del tiempo no se ha traducido en el número de pacientes en lista de espera estructural, que apenas ha variado y que ahora se sitúa en 1.461.

ESPECIALIDADES

Al igual que los distintos hospitales de Castilla y León presentan diferencias en su tiempo medio de espera quirúrgica, ocurre lo mismo con las diferentes especialidades, ya que mientras que en algunas las intervenciones se llevan a cabo en un intervalo corto de tiempo, en otras se pueden demorar varios meses.

Esto, sin embargo, no es algo nuevo, puesto que incluso las especialidades que presentan una mayor demora se vienen repitiendo a lo largo de los últimos datos publicados por Sacyl. Así, tanto Neurocirugía como Traumatología se sitúan en cabeza con una media de 139 y 140 jornadas de demora que en algunos hospitales puedes ser bastantes más.

En el lado opuesto, con la espera más baja, la especialidad que vuelve a aparecer es Dermatología, que con 21 días de demora media es la única que se sitúa por debajo del mes.

Justo por detrás, la siguiente especialidad que aparece en la lista es Cirugía Torácica, con 31 días de espera para pasar por quirófano, mientras que oftalmología aparece a continuación con 42 jornadas. Para completar la lista de aquellas especialidades cuyas intervenciones quirúrgicas se demoran menos de un mes y medio, Cirugía Cardíaca figura en la estadística de Sacyl con 45 jornadas.

Ya en tiempos mas dilatados se mueven Ginecología (47 días), Angiología y Cirugía Vascular (63), Cirugía Pediátrica (68), Cirugía General y el Aparato Digestivo (82) y Otorrinolaringología (97). Finalmente, por encima de los cien días de mora se sitúan Cirugía Maxilofacial, que alcanza esta misma cifra, Urología (103 jornadas) y Cirugía Plástica (114), que junto a las ya mencionadas Neurocirugía y Traumatología completa el podio de las especialidades que más tardan en citar para pasar por quirófano.

El Día de Soria

Número 442

Fin de semana 20 y 21 de julio de 2024



SCOUTS

**Coaleda
recibe siete
años después
su segundo
Jamboree**

PÁGS.18Y19

ENOTURISMO

Cuatro socios
sorianos de la
Ruta Ribera del
Duero son
distinguidos
con el sello
turístico de
calidad
SICTED

PÁGS.26Y27

**RAFAEL ÁLVAREZ REVILLA CUMPLE
EL SUEÑO DE LOS JJ.OO.** DEPORTES50

Venta anticipada desde el viernes | El Día de Soria + XL Semanal + Mía: 2,50 €

SOCIEDAD | SALUD

Soria registra un repunte de infecciones de transmisión sexual

El aumento está vinculado a la implementación de técnicas de diagnóstico en el Laboratorio de la Unidad de Microbiología del Hospital Universitario Santa Bárbara • En tres años, el número de pruebas se ha duplicado. PÁGINAS6Y7

MUNICIPAL | OBRAS

**El Consistorio
ultima el
desbloqueo del
parquin de
Doctrina** PÁG.13

ENTREVISTA | PEDAGOGA E HISPANISTA

INGER ENKVIST

«Hay que exigir a los alumnos.
La buena educación es el
camino» PÁG.15Y17

Eurocaja Rural abre su primera oficina en Soria

La entidad abre su primera oficina en **Calle Campo, 1**. Una banca diferente ha llegado a Soria. La banca que tú quieres.



**EUROCAJA
RURAL**



La oficina estará a cargo de Olga Asenjo, junto a los gestores comerciales Rubén Pinilla y Esther Pérez

Soria anota un aumento de positivos de ITS en los últimos tres años

El crecimiento de estos diagnósticos está ligado a las mejoras técnicas en el Laboratorio de la Unidad de Microbiología del Hospital Universitario Santa Bárbara. Desde 2021, el número de pruebas practicadas se ha duplicado

ANA I. PÉREZ MARINA/ SORIA

El Ministerio de Sanidad lanzó una campaña en junio para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) en jóvenes, bajo el lema 'Yo soy del sexo seguro'. El objetivo de este tipo de acciones no es otro que fomentar la prevención, el autocuidado y la responsabilidad individual en su salud sexual y de las personas con las que se relacionan. Y es que, según los datos del Centro Nacional de Epidemiología, el 10,6% de los nuevos diagnósticos de VIH corresponden a menores de 25 años, el 10,2% de los casos notificados de sífilis también se circunscriben a este grupo de edad, al igual que el 23,8% de gonorrea, y el 37,6% de clamidiasis.

Soria no es una excepción en esta tendencia, si bien hay que tener en cuenta que a partir de 2021 el número de pruebas casi se ha duplicado, debido a la introducción del nuevo equipamiento en el Laboratorio de la Unidad de Microbio-



Laboratorio con tecnología avanzada en la Unidad de Microbiología

El Laboratorio de la Unidad de Microbiología se localiza en el nuevo edificio del Hospital Santa Bárbara que se puso en marcha en la primavera de 2022. En cualquier caso, el personal de este servicio pone de relieve que 2021 supuso un punto de inflexión con la imple-

mentación del «aparataje y nuevas técnicas», en concreto las PCR de diagnóstico molecular a raíz de la pandemia del covid. «Antes no teníamos estas tecnologías, dependíamos de los centros de referencia, por lo que no se enviaba todo, solo los casos más agudos.

Ahora el diagnóstico lo hacemos aquí», abunda la jefa del servicio, Carmen Aldea. Las primeras pruebas son de cribado y, en caso de ser positivas, antes de confirmar un diagnóstico se piden más muestras para descartar posibles fallos. / FOTO: EUGENIO GUTIÉRREZ



Conciencia de la población y del clínico

La jefa de la Unidad de Microbiología del Hospital Santa Bárbara, Carmen Aldea, hace hincapié en la concienciación de la población para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como del clínico. «Hay que hacer diagnósticos por parte de los clínicos, tratar al paciente y hacer su seguimiento. Además, desde aquí hacemos una labor proactiva

porque vemos el concepto epidemiológico, la sintomatología, ampliamos ITS...», señala. Igualmente, la responsable del servicio incide en que en los diagnósticos de 'punto rojo' se solicita una segunda muestra al paciente (sangre, orina, exudado uretral, vaginal, endocervical, faríngeo, conjuntivo...) para confirmar o descartar el positivo y para comprobar si existen otras infecciones.

logía del Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria. «Ahora el diagnóstico lo hacemos aquí con técnicas de gran sensibilidad y especificidad como son las PCR, lo que permite una detección más accesible», advierte la jefa del servicio, Carmen Aldea.

Así las cosas, Soria registra un incremento de positivos de ITS en los últimos tres años, un crecimiento ligado a este hecho de la implementación de los medios del laboratorio que ha permitido que se hayan intensificado las PCR realizadas. «La incidencia aumenta porque hacemos más pruebas. Se conciencia a los clínicos de que hay que hacer diagnóstico y nosotros tenemos una acción proactiva. Se han mejorado las técnicas y se han introducido nuevas de PCR en el servicio», reitera Aldea.

Por su parte, la facultativa de Microbiología Susana García explica cómo se procesan las muestras (VIH, ITS y Virus del Papiloma Humano -VPH-). «Se ven los positivos, una amplificación del material nucleico de los microorganismos, cómo salen los controles internos y las gráficas. Es muy sencillo, los aparatos nos permiten ver muchas muestras [...] En el primer analizador detectamos, directamente, el microorganismo; en el otro, los anticuerpos que el paciente genera frente a los microorganismos», cuenta.

SÍFILIS. La facultativa desgana los resultados obtenidos en sífilis y VIH desde el año 2017, lo que evidencia lo señalado anteriormente: se practican muchas más pruebas y, por tanto, se descubren más positivos. En sífilis (*Treponema pallidum*), en el año 2017 se llevaron a cabo 1.157 análisis y se hallaron diez positivos, mientras que ya en 2021 -a raíz de la instalación de nuevo aparataje en la unidad- se efectuaron 1.865 pruebas y se localizaron 23 positivos. El pico más alto de exámenes realizados fue en 2022, con 2.133 y 32 positivos, y el año pasado se realizaron 2.084 pruebas y se concluyeron 30 diagnósticos positivos en esta infección de transmisión sexual.

Respecto a los grupos de edad, los datos indican que la mayoría de casos se determinó en pacientes de entre 35 y 44 años, aunque también destacan las franjas de edad entre 45 y 54 años y entre 25 y 34 años. Además, hay más positivos en varones que en mujeres.

«En sífilis el diagnóstico no es tan inmediato como en otras ITS. Los anticuerpos permanecen de por vida y muchas veces no somos capaces de saber si la infección se ha producido hace un año o hace veinte, por eso se da en personas de más edad [...] Además, cuando una persona empieza con signos de deterioro cognitivo, por protocolo, se pide esa prueba. De hecho, a partir de los 65 años hay un leve repunte en mujeres y es por este motivo», aclara la facultativa.

VIH. En cuanto a la incidencia del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) está «más mantenida» en los últimos años. «Hace tiempo que tenemos pruebas muy sensibles, automatizadas y capacidad de hacer estudios a gran escala», asevera Susana García.



Analizador de las ITS

Las muestras se introducen en el analizador, que permite comprobar un gran volumen de pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidas VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y VPH (virus del papiloma humano). / EUGENIO GUTIÉRREZ

RESULTADOS / Fecha: 20/07/2024									
SU VALOR	TEST	TEST	TEST	TEST	TEST	TEST	TEST	TEST	TEST
1	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH
2	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH
3	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH
4	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH
5	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH
6	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH
7	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH
8	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH
9	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH
10	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH	VIH

Localización de positivos

Cuando los analizadores dan resultados positivos de las muestras, antes de confirmar un diagnóstico se realizan nuevas pruebas al paciente para corroborar o descartar la presencia de la infección, así como la concurrencia de otras. / EUGENIO GUTIÉRREZ



Técnicas en función de la ITS

Dependiendo del tipo de infección de transmisión sexual que se haya localizado se recurre a unas u otras técnicas para comprobar el diagnóstico. En la imagen, se analiza una muestra que constata un resultado positivo en sífilis. / EUGENIO GUTIÉRREZ

No obstante, también en VIH se han acometido más analíticas en los últimos años. En concreto, en 2017 se realizaron 2.390 con un resultado de 15 positivos; en 2018, 3.011 y 14 nuevos casos; en 2019, 3.329 y diez diagnósticos de VIH; baja en 2020, año de la pandemia en el que se redujo la actividad asistencial y se limitaron los contactos personales por el confinamiento, tanto en el número de análisis, 3.005, como de positivos, tres; en 2021 crece levemente a 3.118 y cinco casos; en 2022 se alcanzan las 3.554 pruebas y los diez positivos; y en 2023 se anotaron 3.387 muestras y cinco casos.

Por grupos de edad y sexo, de 2017 a 2024, el mayor número de diagnósticos se da en entre los 35 y 54 años, aunque cabe reseñar que 14 nuevos positivos se dieron en pacientes de entre 20 y 34 años, y uno entre 15 y 19. El 85% son hombres.

VPH. El Virus del Papiloma Humano (VPH) tiene su máxima incidencia en la primera década del inicio de las relaciones sexuales, entre los 15 y 25 años, especifica la facultativa de Microbiología Nerea Sánchez. «Está relacionado con el número de contactos sexuales y de parejas. Es un virus que se puede aclarar el primer año, pero se pueden producir nuevas infecciones, con lo cual puede cronificarse. Es muy prevalente y la ITS más frecuente. El 80% de las personas sexualmente activas van a contraer la infección, al menos, una vez en la vida», significa.

Además, la sanitaria pone el acento en que hay genotipos de alto riesgo que son precursores de neoplasias. Hay que recordar que el VPH es la causa principal del cáncer de cérvix y también se ha establecido su relación con otros tumores anogenitales (vagina, vulva, ano y pene) y del área de cabeza y cuello (orofaringe, cavidad oral y laringe).

«Hacemos VPH cuando vienen de patología cervical, a partir de los cribados de cáncer de cuello de útero. Cuando la citología es positiva, el paciente va a la consulta y el seguimiento lo hacemos nosotros», refiere Nerea Sánchez.

En 2023, en la Unidad de Microbiología se examinaron 412 pruebas, de las cuales 31 fueron positivas en genotipo 16; seis en genotipo 18; y 50 de otros genotipos de alto riesgo. El resto de resultados fueron de bajo riesgo o negativos.

Igualmente, hay que señalar que el número de positivos ha descendido en los últimos años gracias a la campaña de vacunación frente al VPH a los menores de 12 años y, sobre todo, al programa de prevención y diagnóstico precoz del Sacyl que contempla una citología cada cinco años a mujeres entre 25 y 64 años.

CLAMIDIA Y GONORREA. Álvaro Leal, facultativo de la Unidad de Microbiología del Hospital Universitario Santa Bárbara, coincide en que ha habido «un punto de inflexión con la introducción de la PCR en 2021» en Soria. «Antes, la mayoría de las muestras se mandaban fuera; ahora hacemos muchas más, lo que mejora el diagnóstico. Las técnicas anteriores eran menos sensibles y apenas salían positivos al practicarse pocas pruebas. También hay que tener en cuenta que dos o

El servicio registra un incremento de diagnósticos positivos en sífilis, gonorrea y clamidiasis desde 2021. La infección más frecuente es el VPH

más positivos pueden ser del mismo paciente, ya que se realiza el seguimiento de los tratamientos prescritos, para ver si funcionan o no, o pueden darse reinfecciones», especifica.

Los datos revelan un incremento de la incidencia de clamidiasis (*Chlamydia trachomatis*), gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*) y micoplasma genital (*Mycoplasma genitalium*).

Al igual que las ITS mencionadas con anterioridad, se evidencia ese incremento sustancial en el volumen de PCR y, por consiguiente, un repunte de los positivos. Todos los casos de clamidiasis y micoplasma genital se han diagnosticado mediante PCR, mientras que en gonorrea de 2017 a 2020 los positivos se detectaron por cultivo y ya a partir de 2021 se introdujo la PCR.

De este modo, en 2021 se realizaron 103 PCR (90 pacientes) y se concluyeron doce positivos de clamidia, cuatro de gonorrea y uno de micoplasma genital. Las cifras ya se dispararon sustancialmente un año después, cuando se alcanzaron las 424 PCR (349 pacientes), con 28 casos de clamidiasis, 22 de gonorrea y ocho de micoplasma; el pasado año, el volumen de análisis llegó a los 950 (727 pacientes), con 54 positivos en clamidia, 17 en gonorrea y 20 en micoplasma; y este año se prevé que pueda registrarse un récord en la cifra de PCR y, previsiblemente, en nuevos casos de estas infecciones, teniendo en cuenta que hasta mayo se efectuaron 448 pruebas (387 pacientes) con 24 casos de clamidia, doce de gonorrea y 15 de micoplasma genital.

«En la gonorrea se sigue haciendo cultivo para comprobar las resistencias a los antibióticos. La PCR para la clamidia y el gonococo es la misma. La población con más incidencia está entre 20 y 44 años [...] El micoplasma no es de declaración obligatoria y se da más entre los 24 y 35 años», matiza Álvaro Leal.

INFECCIONES CONCOMITANTES. La jefa de la Unidad de Microbiología del hospital soriano, Carmen Aldea, hace hincapié en que las infecciones de transmisión sexual suelen ser concomitantes con otras patologías de gravedad como la hepatitis B, hepatitis C, herpes, herpes genital o, incluso, sarna (por contacto íntimo). «Todo esto hay que tenerlo en cuenta. Por ejemplo, cuando hay sospecha de VIH también se mira hepatitis B y C, y sífilis. Las cuatro ITS van a estudio», ejemplifica la sanitaria.

NARCISO
PÉREZ

DIRECTOR DE LA PRISIÓN DE SORIA. Faltan 43 plazas por cubrir, pero completas las necesidades de otras cárceles, le va llegando el turno a la de Soria y hay cerca de 2.700 funcionarios de toda España pendientes de una adjudicación. La asignatura pendiente sigue siendo la incorporación de un médico

«El módulo polivalente podría abrirse antes de mayo con la llegada de 12 trabajadores más»

MILAGROS HERVADA SORIA

Hace tres años que se inauguró la nueva cárcel y 14 que terminaron las obras, y aunque en los últimos años se han abierto dos módulos más de los iniciales, todavía queda mucho margen. El director del centro penitenciario de Soria, Narciso Pérez, llegó al cargo en febrero de 2022 y ha logrado un clima de tranquilidad para los 179 funcionarios y 290 presos. Una cifra esta última que ha crecido en más de un centenar. El esperado módulo polivalente, que ofrece una atención más específica para los reclusos, necesita 12 funcionarios más para ponerse en marcha, y podría ser ya antes de mayo del próximo año, si es posible que por fin llegue personal ya que hasta ahora no hay demanda. Cubiertas las necesidades de otras cárceles, le va tocando el turno a Soria.

Pregunta. Comencemos hablando de cifras. ¿Cuántos son los trabajadores, los internos y los módulos abiertos?

Respuesta. La plantilla del centro penitenciario se encuentra formada por 179 funcionarios, de los que 154 son de carrera y 25 en prácticas. Aunque de esos 25, diez se fueron a Logroño, pero ahora han venido otros diez, por lo tanto el número no cambia. Las prácticas tienen una duración máxima de 18 meses, pero no tienen que quedarse todo el tiempo, depende de los concursos de traslados y la organización que haga la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para ubicarlos. Y de personal laboral tenemos 14. En cuanto a internos, rozamos los 290. Ha crecido el número. Cuando yo me incorporé, el 20 de febrero de 2022, teníamos unos 170 reclusos, y eso nos daba unos problemas terribles, porque tenemos tres talleres productivos de empresas exteriores, una ocupación muy interesante para los internos tanto para formarse como para ganar un sustento, que parte lo van a enviar a sus familias. Y tenemos dificultades para contar con internos que fueran a los talleres productivos del centro, que son empresas que llevan muchísimos años trabajando aquí. Yo solicité a la Secretaría General que me enviaran más internos.

P. ¿Y respecto a los módulos?

R. Hay que diferenciar lo que son módulos residenciales, que hay ocho, de los polivalentes, que son tres. Los primeros son de 72 celdas cada uno, y los segundos de 36. Estos últimos son muy interesantes porque van dirigidos a una intervención tratamen-



MARIO TEJEDOR

tal más específica. Tanto el equipo técnico como las ONG, entidades del tercer sector que están colaborando con nosotros, pueden trabajar dentro de esos módulos específicamente con enfermos mentales, con dependencias, etc. porque disponen de salas para hacerlo en dichos módulos. Se puede ingresar ahí a los internos que necesiten una atención más especializada e individualizada. Lo que sucede es que actualmente no tenemos capacidad de plantilla para poder abrir un polivalente. Lo que tenemos abierto son cuatro módulos residenciales, que cuando yo llegué había dos; más el departamento de ingresos y el de enfermería. En el momento que pude, a finales del año pasado, abrí el cuarto, porque el clima social mejora y la conflictividad disminuye cuando están los módulos más vacíos y hay un interno por celda, se nota muchísimo. Dentro de esos cuatro, hay uno de respeto, de alta exigencia, cuya normativa interna se asemeja mucho a las normas en libertad. Hay otro de destinos y los otros dos son módulos al uso.

P. En septiembre del año pasado se anunció también la apertura de un módulo polivalente. ¿Es posible?

R. Está pendiente de la incorporación de plantilla.

P. ¿Por qué no llega?

R. Lo que pasa es que se estableció una relación de puestos de trabajo, RPT, que no es suficiente para abrir

«Yo creo que vendrán porque esta cárcel tiene buena fama»

«Con la apertura de dos módulos podemos pedir 100 reclusos más»

«Tengo mis dudas de que esté al 100% por la evolución de la delincuencia»

toda la prisión pero sí para hacerlo parcialmente. Se ha ofertado en el último concurso de traslados toda esa RPT para abrir parcialmente, porque faltan de cubrir 43 personas. La Secretaría no lo ha hecho mal, las ha ofertado, pero no se han cubierto.

Hay necesidades en otras prisiones y la gente se ha ido allí, y ésta se ha quedado fuera. Pero esto tiene que cambiar en los próximos años, porque ahora mismo hay dos promociones que son cerca de 1.900 funcionarios más otra de 800. Están distribuidos por las distintas prisiones y tras el concurso de traslados, que será previsiblemente después del verano, les ofertarán plazas. Nosotros ahora estamos pendientes de la resolución de ese concurso y después de la adjudicación de plazas a todas esas personas. Yo creo que vendrán porque esta cárcel tiene buena fama, es tranquila, donde no hay incidentes significativos, se trabaja de manera pausada, se aprende mucho. Además, las necesidades de otras prisiones están cubiertas y como tienen que salir plazas, la gente ya no podrá coger esos destinos. Están las jubilaciones pero no va a ser una oferta tan elevada. Por lo tanto, es muy probable que la gente vaya terminando aquí, al menos por un periodo de tiempo hasta que se pueda ir.

P. ¿Cuándo puede ser la resolución?

R. Puede que nos vayamos a principios del año próximo, y a partir de ahí se podría abrir el nuevo módulo polivalente. Si no se pudiera entonces habría que esperar a la asignación de destino de carrera de los que

están en prácticas. En cualquier caso yo creo que antes de mayo podría ser, pero es la Secretaría quien distribuye los efectivos.

P. ¿Cuántos hacen falta para abrir el módulo?

R. El polivalente con 12 efectivos más podríamos abrirlo, y el residencial conlleva más plantilla, con otros 16 se podría hacer. Y en ese caso podríamos solicitar cerca de cien reclusos, aunque el módulo polivalente se abriría con internos que ya están aquí. Se podrían hacer las dos cosas a la vez, siempre que dispongamos de los efectivos.

P. Existen voces críticas que hablan de cárcel infrautilizada. ¿Qué opina?

R. Hay que pensar que desde hace unos 15 años la población reclusa ha disminuido mucho y prisiones tipo que tenían 1.600 internos ahora albergan la mitad. Cuando se hace el Plan de Infraestructuras de Centros Penitenciarios nuevo era mayor. Esta prisión se proyectó para diez años atrás, en 2014, y la situación era distinta. No es que haya habido un error, porque igual que pasa en Soria ocurre en otras prisiones de España. Está claro que ésta podría albergar más internos, pero si me preguntas si esta prisión, algún día, va a estar al cien por cien, es decir, 1.400 internos, dos

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

SORIA

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

por cada celda, que no sería lo idóneo, yo tengo mis dudas, pero simplemente por la evolución de la delincuencia.

P. Han pasado diez años desde que se construyó y tres que se inauguró. ¿Cómo ha sido la evolución del centro en cuanto a estructura y funcionamiento?

R. Cuando se puso en marcha hubo que hacer unos arreglos y reformas para empezar a funcionar, y así lo hemos hecho con los módulos que hemos abierto. Las instalaciones de esta prisión son de lo más novedoso que hay en España. Cuando me hice cargo de la dirección había mucha intranquilidad, no se trabajaba cómodo y lo primero que hago es dar esa tranquilidad y me olvido un poco de la gestión el primer mes, para que la gente se dé cuenta de que si todos vamos en el mismo sentido esto va a funcionar. Y yo estoy muy satisfecho, pero no sólo conmigo mismo sino con la plantilla. Tanto con el equipo directivo como con la plantilla, extraordinaria, no tengo ninguna queja. Se luchó mucho en Soria para abrir una prisión nueva, porque hay que reconocer que la anterior se quedó obsoleta, las instalaciones no eran dignas, esa plantilla se ha implicado mucho en que esto funcione.

P. Cuando se construía la prisión había temor de que provocara inseguridad.

R. Para nada, pero esto sucede en muchos sitios. Hay que entenderlo, pero por desconocimiento. Con la apertura de esta prisión se ha ganado seguridad, porque la antigua tenía muchísimos menos sistemas de seguridad, donde podía haber fugas, y porque estaba en medio de la ciudad. La posibilidad que tenían los familiares de los internos de introducir droga dentro sabíamos que era muy fácil. En esta, en el sitio donde está y con la seguridad, eso ya es inviable.

P. ¿Qué le reporta la cárcel a la ciudad desde el punto de vista económico?

R. Hay importantes ingresos económicos porque, aunque muchos de los productos que se compran son a través de contratos centralizados de Madrid, no todo es así. También nos suministran empresas de la ciudad. Aquí hay un sistema de mandadero,

porque los internos tienen sus propios economatos dentro de los módulos, tienen una tarjeta de peculio, como una de crédito, donde se les carga un dinero a la semana y van comprando, café, tabaco, champú, lata de sardinas, refrescos, cerveza sin alcohol... Pero pueden solicitar comprar determinados artículos permitidos a tiendas de la ciudad. Por ejemplo, estamos trabajando hace muchísimos años con Antón & Cacho, y la facturación no es pequeña, y hay otras muchas empresas. Aquí la mensajería tipo Amazon no entra. Además, todos los funcionarios viven en Soria, a pesar de que se encuentran con que no hay mucha oferta de vivienda en alquiler. Y a eso hay que añadir los familiares que vienen a visitar a los internos que también hacen su gasto. Asimismo, muchas empresas vienen a hacer trabajos a la cárcel, jardinería, máquinas de vending, mantenimiento...

P. ¿Los presos hacen vida en Soria cuando tienen permiso?

R. Depende. Cuando salen de permiso pueden tener la acogida dentro o fuera de Soria. Si es de Granada, por ejemplo, va a casa de su familia, pero puede tener la acogida en la casa de Cáritas Soria.

P. ¿Algún no vuelve?

R. Tenemos muy pocos fracasos.

P. ¿Qué perfil tiene el interno de la cárcel de Soria? Porque ha de tener buena conducta para participar en los talleres...

R. Yo soy de la opinión que no hay internos buenos o malos, hay los que se adaptan a las circunstancias y los que no. Los que tenemos aquí son los mismos que en otras prisiones, aunque es cierto que yo cuando pedí más internos para poder cubrir esos talleres de producción, solicité que fuera gente con largas condenas, que la libertad definitiva la tuviese alejada, y a ser posible, que tuviera cierta edad, ya estabilizada, con la idea de venir a un centro para terminar de cumplir su condena tranquilo, trabajando y ganando un dinero. Ese es el perfil que solicité, pero tenemos de todo tipo.

P. ¿Con qué empresas trabajan?

R. De automoción, para hacer piezas, con Huf, Sumirco y Ficos, y hemos pasado de 90 trabajadores en estos talleres a llegar a tener 137. Ahora rondamos los 110 porque en verano baja la producción, pero en septiembre se intensificará. Nos vamos a más de 170 ocupados si sumamos los destinos auxiliares en cocina, panadería, economato central, office para el reparto de comida, mantenimiento... Tenemos una bolsa de empleo y la gente que va viniendo pide por instancia que quiere trabajar y manifiesta sus preferencias.

P. ¿Cómo es la relación entre funcionarios y población reclusa?

R. La relación aquí es muy directa. Al no tener demasiados internos, los funcionarios los conocen perfectamente e interactúan con ellos. Y eso hace que la convivencia resulte más agradable. Además, en las últimas promociones está entrando un porcentaje elevado de mujeres. Yo observo y puedo decir que la presencia de las mujeres en los módulos paci-



MARIO TEJEDOR

fica las relaciones y mejora el clima social. Está demostrado.

P. Han tenido dificultad para encontrar un médico de prisiones, ¿actualmente cuenta con alguno el centro?

R. El tema de la sanidad penitenciaria es un muy complejo. Tuvimos un médico interino durante algún tiempo, luego lo dejó y nos quedamos sin médico. La Secretaría ha hecho todo lo posible por sacar convocatorias pero no hay médicos. Aun así, nos asignaron interinos, pero por una circunstancias u otras han renunciado a esa plaza, por lo tanto seguimos sin médico, y es un grave problema. Lo que hacemos es que a través de la empresa Pama, tenemos contratado un médico, que viene cuatro horas al día, dos días a la semana. Y tenemos un equipo de enfermeras extraordinario. Eran cuatro y una se ha jubilado, pero se cubrirá la plaza. Yo rompo una lanza por ellas porque sé lo que es trabajar sin tener un médico. También hay tres auxiliares.

P. Tras la reforma del Hospital Santa Bárbara, van a contar con un espacio específico, ¿cómo está de avanzado? Porque desde la Junta de Castilla y León se quejaban de que no había proyecto por parte del Ministerio.

R. Hemos de tener una unidad de custodia en el hospital, que hasta ahora está en una planta, con otros pacientes, y a nivel de seguridad no es lo más adecuado. Esa unidad depende de la Policía Nacional, que es quien custodia. En la zona nueva hay un espacio previsto, unos 200 metros cuadrados, con una entrada independiente desde la calle, y está el espacio diáfano y hay que hacer un proyecto, estructurarlo, que es competencia de Siepse, la Sociedad de Infraestructuras Penitenciarias. Lo último que sé es que no está ese proyecto en marcha. Y es necesario por-

que donde está ahora la actual, lo tienen que tirar, porque es justo lo que falta de reformar de la obra del hospital, y se va a generar un problema. El hospital tendrá que trasladarlo mientras tanto. Además, también hemos de tener una sala de espera para las consultas de especialistas, que también está prevista en la reforma. He visto la sala, en otra zona, y cuando esté realizada, los internos la tendrán solo para ellos, aislada del resto de la ciudadanía.

«Estar sin médico es un problema grave. Viene uno de Pama»

«La unidad de custodia en el hospital no tiene proyecto»

«Tenemos más de 170 internos ocupados y bolsa de empleo»

P. ¿Por qué hay retraso en el proyecto de la unidad de custodia, si la reforma del hospital lleva años?

R. No lo sé. Hay varias instituciones implicadas, el subdelegado, el comisario y el gerente del hospital. Hemos hablado con el responsable de Seipse para que se agilice, y nos dicen que están en el proceso.

P. Se solicitó desde la Audiencia Provincial de Soria que hubiera una oficina judicial en la prisión para facilitar el trabajo a los agentes.

R. La noticia que tengo es que no va a haberla, porque Justicia determinó que no era necesario. Nosotros el espacio lo tenemos, en este pasillo, con su placa incluso. A nosotros no nos compete.

P. También vuelve a salir a licitación el transporte hasta la cárcel del personal.

R. Sí, porque se acaba el contrato y se vuelve a licitar. Hubo algún pequeño desajuste pero estamos contentos con el servicio. No lo utiliza mucha gente pero hace varios servicios al día.

P. ¿Qué proyectos futuros barajan?

R. Se van haciendo cosas. Tuvimos bastante dificultades para cubrir las plazas en los equipos técnicos, como psicólogos, juristas, etc. Ahora lo tenemos cubierto. Pasó igual con el personal laboral trabajando en el tratamiento de los internos. Y eso nos va a permitir hacer más actividades, aumentaremos los programas terapéuticos. Vamos a hacer uno para agresores sexuales, de violencia de género, de conductas violentas, talleres psicoeducativos, prevención de recaídas en drogodependencias y algo muy interesante, la intervención con internos condenados por delitos de violencia de género pero que tienen condenas muy cortas, porque los programas terapéuticos dirigidos a esas personas suelen durar más de diez meses, y si la condena es menor, tenemos que hacer algo con ellos, si no el paso por aquí no se aprovechará. Estamos pendientes de firmar un convenio con la Concejalía de Igualdad para hacer una programación y hacer actividades de igualdad de género, tanto funcionarios como internos. Seguimos colaborando con la Universidad de Valladolid con programas anuales, y tenemos talleres de meditación y silencio, otro de música de calle, que en agosto salen dos internos a tocar en una actividad en la plaza de las Mujeres. No paramos y seguimos ampliando. También hemos conseguido la inscripción de la prisión como centro de formación presencial para los internos, en el Servicio de Empleo, y a ver si podemos empezar a finales de año o principios del que viene con distintos cursos, de pintores y jardinería. Muy interesante porque los reclusos llevan su título. Aquí trabajamos para los internos, y todo lo que se puedan llevar a la calle es fundamental. Además hacemos formación continua, curso de manipulador de alimentos, carretillas elevadoras... Siempre agradezco a las ONG el trabajo que hacen, a Cruz Roja que trabaja con drogodependientes, Cáritas para acogida de permisos, la pastoral penitenciaria, a Areso por el programa de alcoholismo, Asovica para enfermos mentales... Nos ayudan muchísimo.

P. ¿Detectan aumento en algún tipo de delito?

R. Sí, en violencia de género hay un incremento importante, con muchas condenas cortas. El incumplimiento de las medidas de alejamiento supone el reingreso en prisión y vemos que se están elevando. Hay mayor concienciación en la calle, y en la Justicia, de que eso no se puede hacer.



Centro de Reconocimiento Médico
CRUZ ROJA
PERMISOS DE CONDUCIR
Y OTROS RECONOCIMIENTOS
 Lunes a Viernes:
 Mañanas de 09:30 a 13:30 horas.
 Tardes de 16:30 a 18:30 horas.
 Julio y Agosto: Horario de mañana
 C/ Santo Domingo de Silos, 1. Soria
 Registro Sanitario JCYL 42-C2510-0001
 Registro DGT 50-0001
 Agrega: miércoles, de 16:00 a 19:30 horas
 Registro sanitario 42-C2510-0003
 Cita previa: 975 212 641
 crinsoria@cruzroja.es

UNIVERSIDAD | ACCESO

Educación y Ciencias de la Salud mantienen las notas de corte más altas

Para el próximo curso las calificaciones se han elevado con respecto al año pasado y la más alta supera el 11,300

S.L.O. / SORIA

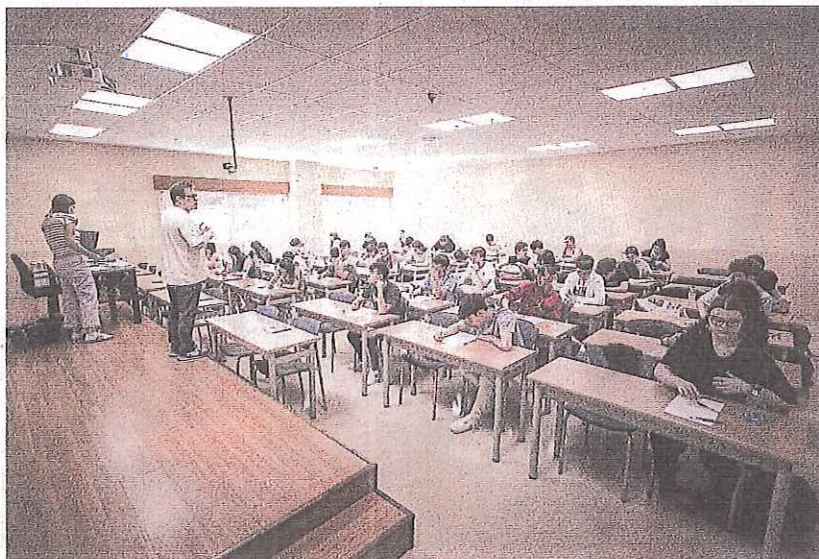
El acceso a la universidad se ha endurecido ligeramente para el próximo año académico en cuatro de los 11 grados que se ofertan en el Campus Duques de Soria de la Universidad de Valladolid (UVA). Y, de nuevo, las Facultades de Educación y de Ciencias de la Salud cuentan con algunos de los estudios con mayores notas de corte de la institución académica en Soria. Además, tiene uno de los 15 grados que superan el 11 como nota de corte de todo el distrito universitario, donde también se engloban Palencia, Segovia y Valladolid.

En concreto, y empezando por la más alta, es el Grado en Enfermería el que mayor calificación requiere para cursar los estudios en el Campus Duques de Soria. Los alumnos interesados tienen que tener, como mínimo un 11,304, una cifra que se ha incrementado con respecto al pasado año académico, cuando era de 11,024. Esta nota se encuentra, ade-

más, entre la quincena que ha superado el 11 en todo el distrito académico. El Grado en Fisioterapia, también de la Facultad de Ciencias de la Salud, ha rozado ese 11, pues los interesados en estudiar esta disciplina en Soria deben tener una nota media de 10,999. En el curso 2023-2024, se quedó en el 10,587.

Le sigue el Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (CAFYD), de la Facultad de Educación, con un 10,866. El año pasado los alumnos entraron con un punto menos: 9,809. Por su parte, el Grado en Educación Primaria la ha elevado al 8,159; el año pasado no tuvo *numerus clausus* (limitación de plazas), como ocurre ahora en siete grados.

Cabe recordar que en la convocatoria ordinaria de la prueba de acceso a la universidad (EBAU), celebrada entre los pasados 5 y 7 de junio, se matricularon 416 estudiantes sorianos, de los que se presentaron 414 y aprobaron 403 (el 97,34%). La nota media fue de 7,69, la más alta de todo el distrito universitario. En cuanto a la prueba extraordinaria de la EBAU, para quienes suspendieron la primera o para quienes quisieron mejorar los resultados y que se celebró del 8 al 10 de julio, en Soria se presentaron 52 de los 55 matriculados. De ellos, aprobaron 41 (78,85%). La nota media final fue de 6,02, en este caso, la más baja del distrito.



Alumnos sorianos durante el desarrollo de la prueba ordinaria de la EBAU el pasado mes de junio. /EUGENIO GUTIÉRREZ

NOTAS DE CORTE

Curso 2024-2025; entre paréntesis, comparativa con 2023-2024

Grado en Traducción e Interpretación	*
Grado en Educación Infantil	*
Grado en Educación Primaria	8,159 (*)
Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (CAFYD)	10,866 (9,809)
Grado en Ingeniería Forestal - Industrias Forestales	*
Grado en Ingeniería Agraria y Energética	*
Grados en Administración y Dirección de Empresas (ADE)	*
Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos (RRL y RRHH)	*
Doble Grado en ADE y en RRL y RRHH	*
Grado en Fisioterapia	10,999 (10,587)
Grado en Enfermería	11,304 (11,024)

*Sin *numerus clausus*

FUENTE: Universidad de Valladolid

Una de las 15 calificaciones más elevadas del distrito

El Grado en Enfermería del Campus Duques de Soria tiene una de las 15 notas más elevadas del distrito de la UVA. La más alta es la del Doble Grado en Física y en Matemáticas con un 13,542. Le siguen el Grado en Medicina (13,018) y en Biomedicina y Terapias Avanzadas (13), todos impartidos en el Campus Miguel Delibes de Valladolid.



CAFETERÍA
PASTELERÍA

Ven a probar
nuestras tortillas de
patatas, empanadas y
bocadines variados



Avda. de Salazar y Torres, 1
Almazán (Soria) 975 301 479

CASTILLA Y LEÓN

La UVI móvil de Ponferrada permanece sin servicio por falta de personal

La sanitaria Julia Cubillas aseguró que no es la primera vez que se da esta situación, ya que sólo hay tres profesionales para el servicio

PONFERRADA
Una médica de la Asociación de Sanitarios de Emergencias de Castilla y León, y trabajadora de la UVI móvil de León, Julia Cubillas, denunció que la unidad de Ponferrada permaneció ayer sin servicio debido a la falta de médicos. Cubillas aseguró que no es la primera vez que ocurre ya que de los seis profesionales que deberían cubrir el servicio, desde hace meses solo hay tres, recoge Ical.

Cubillas culpó a la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León de esta situación, ya que no cubre las bajas y, con la llegada del verano y las vacaciones, la situación se ha complicado aún más. «No se ha articulado ningún mecanismo para cubrir estas bajas y ahora en verano con las vacaciones es muy difícil hacerlo. La solución que han encontrado es obligar a realizar guardias extras en esa base a médicos de otras bases que viven a más de 200 kilómetros de distancia. El problema es que no es viable porque hay muy pocas bases con todo el personal, ya que en los últimos dos meses se han ido muchos médicos a comunidades limítrofes que ofrecen considerables mejoras económicas y profesionales», afirmó.

Además, sostuvo que esta situación no se da solo en Ponferrada, sino también en otras bases de emergencias de la Comunidad. De hecho asegura que el pasado 29 de junio, festivo en León, la UVI de esa

ciudad tampoco funcionó. Cubillas cree que se trata de un problema de «desidia» ya que el problema se solucionaría con mejores condiciones económicas para estos profesionales que atienden las emergencias 365 días al año durante 24 horas.

«El Bierzo sigue siendo, por su ubicación y orografía, una de las zonas más perjudicadas en la asignación de médicos y no se ofrece nada para paliar esta situación», añade. «Emergencias es un servicio básico, urgente y no sustituible. No son consultas o revisiones, que sin duda son importantes, es algo vital que marca la posibilidad de sobrevivir, de tener menores secuelas etcétera. Yo he trabajado ahí durante seis años y les puedo asegurar que es una zona donde la población llama realmente cuando es urgente de verdad. Estamos en pleno verano, fin de semana y operación salida y vuelta de vacaciones. Mal momento para estar sin UVI móvil», continúa.

La profesional recordó que Castilla y León es la única comunidad donde el servicio de Emergencias no cuenta con normativa propia. «La cuestión de la falta de médicos es una verdad a medias, los médicos somos personas que buscamos como cualquiera mejorar profesionalmente y tener estabilidad personal. No hemos desaparecido de repente, pero si en otra Comunidad, en el extranjero o en la privada te ofrecen mejores condiciones, te vas. Así de

fácil. En nuestra Comunidad el servicio de Emergencias es el único que no tiene normativa propia, el único que no cobra noches ni festivos, el único que no puede tener días de libre disposición. El salario es aproximadamente 1.000 euros inferior a otras comunidades». Al finalizar su intervención, Cubillas realizó un chascarillo: «Un saludo y no se pongan enfermos de urgencia» concluyó.

Por su parte, la Unión del Pueblo Leonés, UPL, criticó también ayer el «desinterés» de la Junta por los bercianos después de conocerse que la UVI móvil de Ponferrada permaneció ayer sin servicio ante la falta de médicos.

Según informaron los 'leonesistas' en un comunicado al que ha tenido acceso Ical, se trata de un «nuevo agravio» a un territorio cuya sanidad pública se encuentra en un estado «lamentable» debido a la falta de profesionales que provoca el cierre de consultorios y de atención en algunas especialidades médicas.

«Aunque por parte del consejo de Sanidad se avisó de la situación, debería de preverse la sustitución del personal en caso de bajas y vacaciones para que los pobres y escasos servicios que tenemos no quedaran reducidos a la nada. Falta de interés y falta de previsión que deja una vez más en evidencia la nula labor gestora de la Junta de Castilla y León y el desinterés para con los bercianos», concluyó la formación.

La Junta dará ayudas para el control del absentismo laboral

VALLADOLID

La Consejería de Industria, Comercio y Empleo subvencionará la dotación de elementos físicos y tecnológicos necesarios para la gestión del control horario y las ausencias, con el fin de reducir el absentismo laboral. Así lo establece la propuesta de orden por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de ayudas públicas dirigidas a la prevención y reducción de las ausencias en las empresas de Castilla y León, informa Ical.

El objeto de estas subvenciones es la financiación de actuaciones para el «diagnóstico, planificación y desarrollo de medidas específicas de prevención y reducción del absentismo y de su impacto». Castilla y León registró en el cuarto trimestre de 2023 con una tasa de absentismo del 7,6% y una variación interanual del 0,2% por encima de la media nacional, que fue en el mismo periodo del 7,2%, lo que ha supuesto un incremento de 0,3 puntos porcentuales respecto del anterior trimestre.

Dieciocho 'startups' de la región aspiran al galardón nacional Top 101

VALLADOLID

Un total de 479 startups, 18 de ellas de Castilla y León, han presentado su candidatura a la primera edición de los 'Reconocimientos Top 101 Spain Up Nation del emprendimiento con impacto en España', promovidos por la Asociación Española de Agencias de Desarrollo Regional (Foro ADR) y la Empresa Nacional de Innovación (Enisa) e impulsados por Sodercan en Cantabria, informa Europa Press.

Esta iniciativa tiene como objetivo identificar, reconocer y apoyar desde el sector público el emprendimiento innovador y el crecimiento empresarial de reciente trayectoria del país.

Madrid y Andalucía encabezan el ranking, con 83 y 73 startups, respectivamente. Además de distinguir y de apoyar el emprendimiento innovador, estos premios tienen como objetivos fomentar, compartir y extender las claves de la innovación para transformar proyectos y empresas en nuevos modelos de producción y distribución.

La situación de la salud mental infantil y juvenil en Castilla y León, a examen

VALLADOLID

La Consejería de Sanidad quiere estimar la prevalencia de los problemas de salud mental entre los niños y los jóvenes de la Comunidad, para lo que acaba de lanzar, de la mano de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, un estudio para conocer su impacto, que cuenta con un año de duración y que ha arrancado este mismo mes. Se aborda desde estos profesionales -pediatras, médicos y enfermeros de Atención Primaria- teniendo en cuenta el papel clave que juega este nivel asistencial en la prevención y detección, y también bajo la premisa de que en la etapa infanto-juvenil es en la que se inician, de forma general, el 70 % de estos problemas.

El trabajo nace a raíz del que elaboró la Red en 2023 sobre las causas de derivación de la población infantil desde Atención Primaria a Especializada, y que arrojó que la tercera causa de derivación fueron los problemas de salud mental, con casi un diez por ciento, solo por detrás de las derivaciones a Oftalmología (22,9 %) y Otorrinolaringología (13,6 %).

El estudio, que acaba de arrancar y a cuya programación ha tenido acceso Ical, se enmarca dentro de los objetivos de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para los años 2022-2026, que incluye una línea específica para el mejor desarrollo de la salud mental infanto-juvenil, con el objetivo de hacer frente a los problemas de salud mental y

con especial incidencia en la detección precoz desde Atención Primaria.

En concreto, pretende estimar la prevalencia de estos problemas, y se van a estudiar, de forma específica, los relacionados con la ansiedad, la depresión y la somatización, que son menos evidentes, con el fin de mejorar los programas de prevención y control en Primaria de Sacyl. De forma paralela, el trabajo quiere describir los factores de riesgo asociados y la carga asistencial producida por los problemas de salud mental.

La investigación se hará conjuntamente por los pediatras, médicos/as de atención primaria y los profesionales de enfermería centinelas que comparten cupo en la misma Unidad Básica Funcional.

ASÍ FUNCIONA LA TERAPIA CONTRA EL CÁNCER EN CASA: "REDUCE INFECCIONES Y DA TRANQUILIDAD"

Programa del Gregorio Marañón. El hospital madrileño ya ofrece tratamientos oncológicos en el domicilio de pacientes. Acompañamos al equipo que atiende a Mar Marfil, que lleva un año luchando contra su cáncer de mama. "Un día sin hospital es una buena noticia", dice

Por Cristina G. Lucio. Reportaje gráfico de Ángel Navarrete

Está frío y quizás te moleste». Al escuchar la advertencia, Mar Marfil toma aire y fija la mirada en la estantería que tiene delante. La aguja ya ha entrado en su muslo izquierdo, pero sus ojos azules no se fijan en el tratamiento que ha empezado a fluir, sino que van de estante en estante, saltando entre los libros que reflejan toda una vida de empedernida lectora y las fotos que muestran cómo era todo «antes de que el mundo se parara». Son poco más de las nueve de la mañana, pero la luz que entra por el balcón anuncia que será un día caluroso en Madrid.

Mar agradece no haber tenido que ir al hospital hoy. Desde que hace casi un año le diagnosticaron cáncer de mama ha ido prácticamente a diario y está cansada, agotada por los tratamientos que le han «salvado la vida» a la vez que dejaban su día a día «en pausa». Por eso, no dudó en aceptar la propuesta de formar parte del programa que el Hospital Gregorio Marañón ha puesto en marcha para llevar las terapias oncológicas al domicilio del paciente. Hoy es el segundo día que, en lugar de en una fría consulta, Mar recibe el tratamiento en el salón de su casa. «He vivido prácticamente en el hospital en este año», relata. «Cualquier día que me pueda ahorrar ir será una buena noticia, porque me han tratado muy bien pero ha sido muy duro. He sufrido todos los efectos secundarios posibles, sobre todo tras la quimio, y no es lo mismo estar en el hospital que aquí. Es una tranquilidad poder estar en tu casa».

Mientras Mar habla, Sandra Sánchez, enfermera de la Unidad de Hospitalización a domicilio del centro madrileño, vigila que todo esté yendo bien y que la terapia se administre correctamente. El anticuerpo monoclonal que está recibiendo la paciente debe fluir poco a poco y todo debe hacerse con precisión. Sánchez ha comprobado todos los pasos a primera hora, antes de iniciar la ruta que, además de a casa de Mar, la llevará al hogar de otros cinco pacientes, el resto no oncológicos.



Trasladar el hospital a casa del enfermo, en lugar de hacerlo a la inversa «no solo favorece la comodidad del paciente, sino que ayuda a reducir el riesgo de infecciones nosocomiales, que son las que puedes coger en el hospital y elimina distintas barreras. El enfermo está en su entorno, sigue con su día a día y sus rutinas y está más tranquilo», destaca Sánchez mientras revisa la pesada mochila en la que lleva todo lo que necesita para su jornada laboral, de casa en casa. «Me gusta mucho más esta metodología que estar en el hospital. Lo primero, porque tienes más tiempo para estar con el paciente, para hablar con él. Pero también porque te permite hacer mucha educación para la salud, que es nuestro objetivo, conseguir que el paciente también gane autonomía en su autocuidado».

El centro madrileño ha sido pionero en la hospitalización a domicilio. Lleva desde 1981 trasladando la atención y muchos tratamientos a la casa de los pacientes. Y hace tres meses, a su cartera de servicios se sumaron también las terapias oncológicas. «Hasta ahora tratábamos pacientes con cáncer pero no administrábamos medicación frente al tumor, sino que dábamos antibióticos u otro tipo de asistencia que necesitaran. Recientemente hemos empezado a administrar algunas terapias oncológicas porque el equipo cada vez tiene más experiencia a la hora de administrar tratamientos complejos y porque cada vez se desarrollan más terapias que se pueden administrar de forma segura fuera del hospital», apunta Víctor González Ramallo, responsable de la Unidad de Hospitalización a



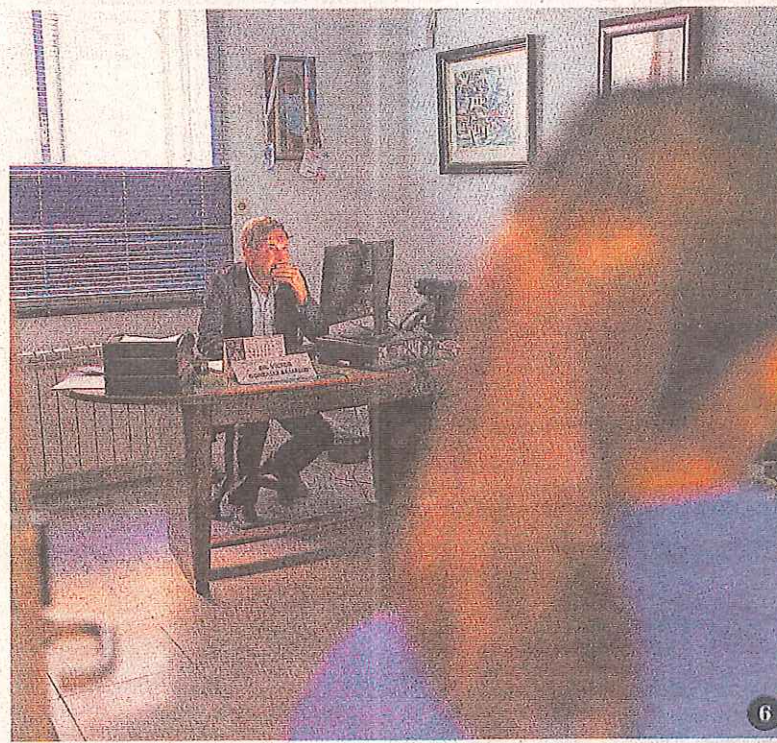
2



3



5



6

domicilio del centro. De momento, los pacientes que son tratados en casa están recibiendo las terapias disponibles que permiten una administración corta y cuyos efectos adversos inmediatos no son potencialmente graves, como el tratamiento dirigido a la proteína HER2 que ha recibido Mar. «Pero la idea es, progresivamente, poder administrar medicación intravenosa también, llegar a administrar al menos algunos tipos de quimioterapia en casa. De aquí a poco tiempo, casi la mitad de los tratamientos oncológicos van a poder administrarse en el domicilio con seguridad y eficacia», augura González Ramallo. «El futuro va en ese sentido».

Llevar a cabo esta tarea exige una exquisita coordinación entre distintas unidades, señala el especialista. Servicios como Oncología, Farmacia

1 y 2. Así preparan las terapias que administran.

3. Bomba de infusión de la medicación.

4. Mochila lista para "llevar".

5. La farmacia hospitalaria.

6. Víctor González, responsable de Hospitalización a domicilio.

Hospitalaria, Unidad de Hospitalización Domiciliaria o Enfermería deben trabajar al unísono para que la asistencia fluya y se garantice la seguridad y la eficacia.

«A los pacientes en hospitalización a domicilio se les instala una aplicación móvil con la que se pueden comunicar con los especialistas ante cualquier incidencia o cualquier duda relacionada con la medicación. Pueden reportar cualquier efecto secundario y el seguimiento y la comunicación es en tiempo real los 365 días del año», señala Vicente Escudero, especialista del servicio de Farmacia del Gregorio Marañón.

Y la atención no se resiente, subraya Iker Aguilar, oncólogo del hospital y uno de los especialistas que tratan a Mar Marfil. «El seguimiento de estos

pacientes es el mismo que el de una persona que acude de forma presencial».

Así lo confirma Mar, que no ha notado diferencias en su conexión con el hospital entre la situación actual y los meses anteriores, cuando tenía que acudir muy a menudo al hospital a recibir tratamiento.

En este año ha pasado por todo, indica con resignación: desde una primera cirugía, a la radioterapia y, luego, a la posterior quimio, que recuerda como «lo peor del proceso».

«Eran tratamientos de seis, siete u ocho horas enganchada a una vña», rememora. «Eso cada 21 días. Y con unos efectos secundarios horribles, que no me faltó ninguno por sufrir. Los vómitos, las diarreas y el

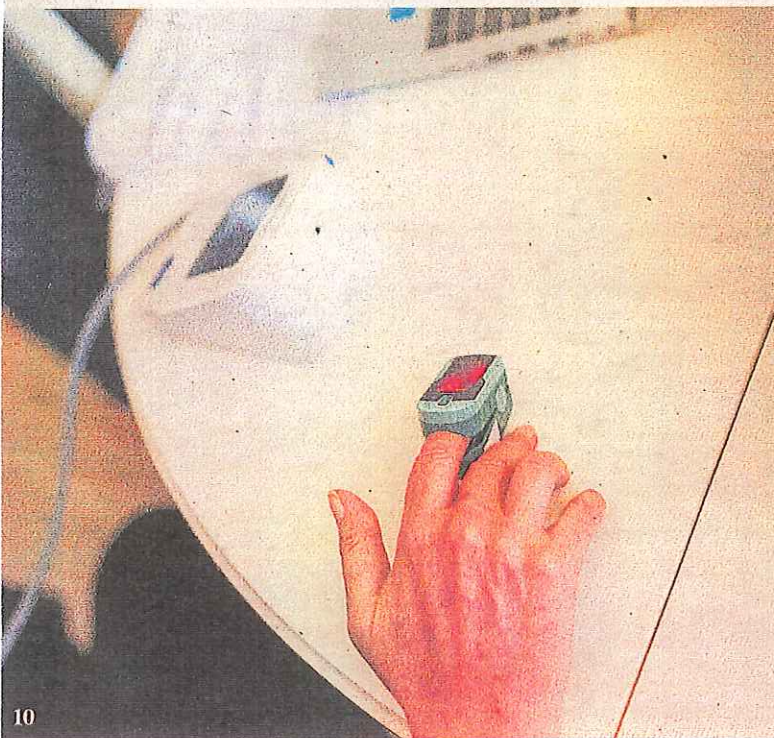




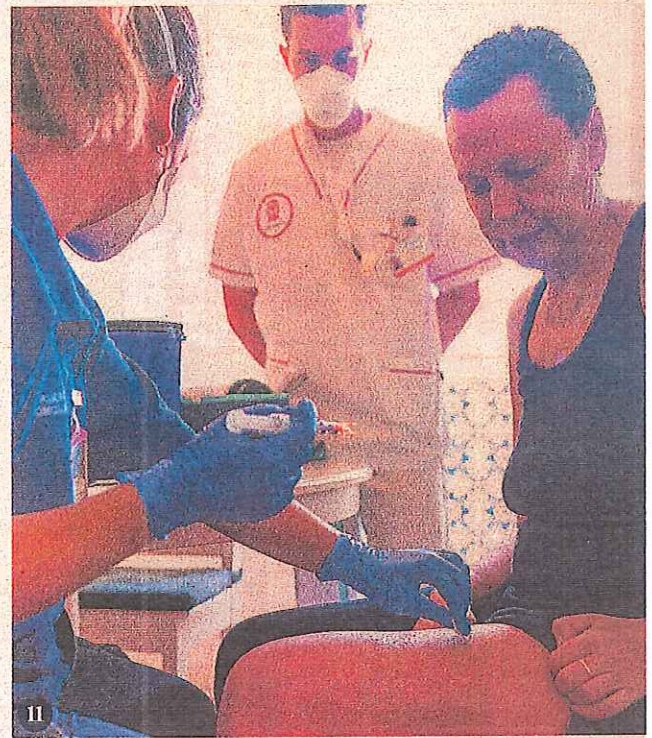
7



8



10



11

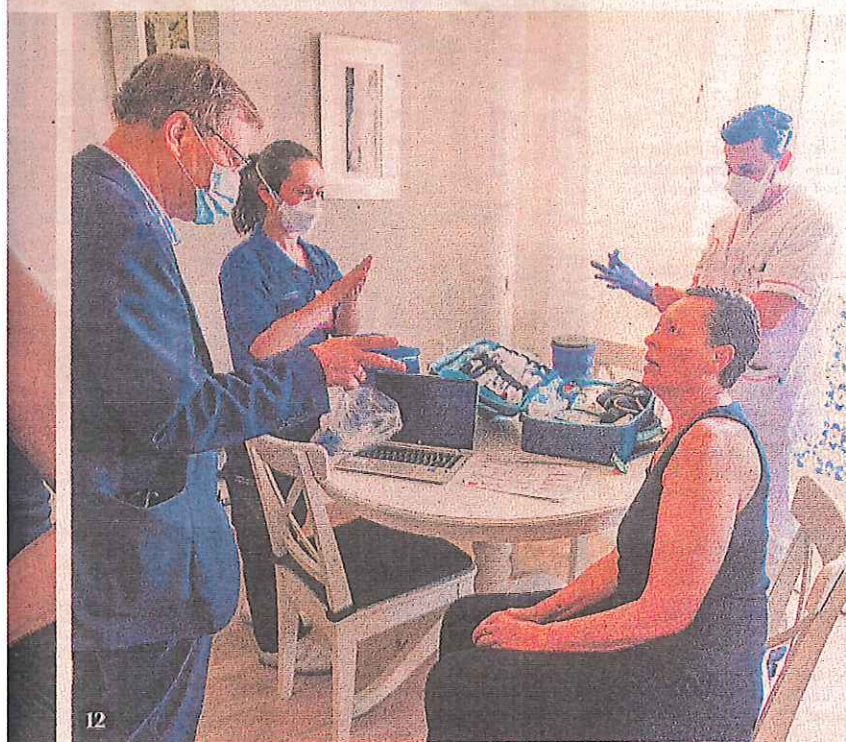
➔ enorme agotamiento fueron constantes, pero es que también tuve unas neuropatías terribles, que me dificultaban muchísimo la movilidad. En este punto, Mar interrumpe su discurso y se dirige a la enfermera para decirle que, pese a la advertencia, el tratamiento que le está inyectando no le está haciendo «nada de daño». «Hay que administrarlo muy despacio porque cuanto más lentamente mejor se tolera», le contesta la enfermera, que antes de ponerle la inyección ha comprobado sus constantes, la tensión arterial y su saturación de oxígeno, así como su estado en los últimos días. Retoma el hilo la paciente: «Las neuropatías son terribles; causan falta de sensibilidad en las manos y en los pies. Caminaba de

forma tan torpe que me he dado unos cuantos golpes porque no sentía el suelo». El cáncer también es eso, reflexiona Mar. «Es la enfermedad y sus consecuencias», lamenta. «De repente te encuentras con una vida que no tiene nada que ver con la tuya, como si hubieras envejecido 40 años de golpe». Antes del diagnóstico, Mar no paraba, asegura. Secretaria de dirección en una empresa de ingeniería, estaba siempre haciendo cosas, siempre activa, tanto física como mentalmente. Hasta que un día de julio, hace ahora justo un año, en una revisión rutinaria le dijeron que lo que mostraban la mamografía y la ecografía «no tenía buena pinta». La confirmación de que aquello era un tumor y que, además, había varios ganglios afectados «fue como un puñetazo».

«De repente te cambia la vida. Estaba hasta arriba de trabajo y tuve que parar en seco. En septiembre empecé la *quimio* y había días que no me podía levantar y otros que directamente los pasaba enteros de la cama al sofá y del sofá al baño por los vómitos y la diarrea». El tratamiento también le llenó la boca de llagas y alteró su capacidad para saborear la comida. «La verdad es que no me apetecía tomar nada», admite. «Pero ahí tuve mucha fuerza de voluntad y seguí comiendo porque sabía que no era momento para dejar de alimentarme. Continué comiendo a la fuerza, purés y cosas así que no me molestaban tanto. Ha sido muy duro». A lo largo de todos estos meses esta paciente ha tenido un mantra: «Solo por hoy». «Intentaba



9



12

centrarme en el ahora. Y si tenía un día malo, pensar, no pasa nada, lo has superado, mañana será otro día». Mar tiene claro que a lo largo de todo el proceso que ha vivido «más allá de lo físico, una de las cosas más complicadas ha sido controlar la cabeza. Me puse hasta a hacer ganchillo, que no lo había hecho en la vida, porque necesitaba evadirme, no pensar. Y ha funcionado».

En septiembre, le han asegurado, acaba por fin el tratamiento. El tumor ha desaparecido y ahora su objetivo es centrarse en la rehabilitación para recuperar la forma lo antes posible. «He perdido mucha masa muscular y me cuesta mucho incluso salir a pasear. Lo hago, con mucho esfuerzo, porque me han dicho que tengo que hacerlo, pero voy como una abuela. Me canso mucho y las cuentas se me

hacen interminables. Con la rehabilitación me han dicho que recuperaré fuerza y energía para poder volver a mi vida normal, que es lo que estoy deseando. Mi mundo se ha parado y quiero volver a ponerlo en marcha», afirma, con una sonrisa que inunda su cara.

La posibilidad de recibir esas últimas dosis que le quedan de tratamiento en casa es «una maravilla», «un respiro después de muchos meses en los que todo gira en torno al hospital», asegura.

«Hay que tener en cuenta que estos pacientes ya hacen muchas visitas al hospital para hacerse pruebas de imagen, analíticas, las visitas al oncólogo... Si podemos reducir ese número de visitas y que no impactemos tanto en su día a día, para nosotros también supone un gran avance», apostilla

el oncólogo Iker Aguilar.

En la medida de lo posible, en el centro hospitalario se está intentando coordinar la administración domiciliar de la medicación con la realización de otras pruebas, como la extracción de sangre, de modo que las visitas domiciliarias puedan optimizarse al máximo.

«Llevamos muchos años trabajando para poder ofrecer a nuestros pacientes y sus cuidadores una asistencia personalizada, segura y de calidad. Todos los profesionales que nos dedicamos a la hospitalización a domicilio estamos implicados en cumplir con todos los estándares de calidad que determinan las autoridades sanitarias tanto nacionales como internacionales. Y estamos en un proceso de formación continua para poder cuidar y tratar a nuestros pacientes de manera integral trasladando el hospital a su entorno, a su domicilio», señala Javier Calatayud, jefe de Enfermería de la

“Acudir al domicilio me permite estar más tiempo con las personas y hacer educación en salud para fomentar su calidad de vida”, dice la enfermera

“A los pacientes se les instala una aplicación móvil para que se comuniquen en tiempo real con los especialistas. Funciona los 365 días del año”

Unidad de Hospitalización a domicilio del Gregorio Marañón, quien subraya que «la hospitalización a domicilio ofrece una atención integral similar al ingreso hospitalario convencional, evitando al paciente y su familia los desplazamientos innecesarios al hospital y las esperas que inevitablemente se producen. Y como factor fundamental, en pacientes que muchas veces están inmunodeprimidos evitamos la posibilidad de contraer infecciones intrahospitalarias, lo que sin duda supone un riesgo para el proceso que padecen». En su opinión, «sin duda la hospitalización a domicilio cumplirá un papel fundamental en la sanidad del futuro». El objetivo, continúa, es «avanzar hacia los llamados hospitales líquidos, que son centros abiertos a la comunidad, que derriban sus paredes y que fomentan el autocuidado, todo bajo la estricta supervisión de profesionales altamente cualificados y formados. No olvidemos que parte de nuestro futuro pasará por implementar de manera generalizada la telemedicina y la inteligencia artificial al servicio de los profesionales, pacientes y cuidadores», remacha.

Santiago Barral, residente de Enfermería, lleva 10 días en la unidad de Hospitalización a domicilio, aprendiendo los entresijos de una atención diferente. «Vengo de cirugía. Es un cambio radical, pero me gusta bastante porque supone un contacto diferente con los pacientes. El enfermo está en su entorno, no tiene las barreras que pueden existir en el hospital, puede seguir con sus rutinas, con su alimentación y también con su descanso que, en el hospital siempre se intenta organizar el horario de las medicaciones, pero muchas veces hay cierta incompatibilidad con un descanso favorable», señala mientras el equipo se prepara para la siguiente cita que tienen programada para el día.

La paciente ya ha recibido la dosis de hoy y los sanitarios han comprobado que lo ha tolerado bien, así que recogen todo su material y se despiden hasta la próxima visita. Mar Marfil les agradece la atención y les acompaña hasta la puerta, ya vestida para ponerse con los ejercicios de rehabilitación. Lo tiene muy claro: «Ahora mi meta es recuperarme y empezar mi vida de nuevo».

7Y8. Sandra Sánchez y Santiago Barral, enfermera y residente.

9. Sánchez y González a la llegada al domicilio.

10. Toma de las constantes antes de la administración del anticuerpo.

11. Sánchez prepara el muslo de la paciente antes del pinchazo.

12. La paciente, Mar Marfil, charla con González tras la infusión del fármaco.

PROTEÍNAS Y 'HARA HACHI BU': CÓMO DISFRUTAR EL DESAYUNO DE BUFÉ SIN ENGORDAR

Nutrición. Cambiar el chip y aprovechar que nos dan todo hecho para adelgazar, si es que lo necesitamos, puede ser mucho más sencillo de lo que creemos

Por Gema García Marcos

El bufé del desayuno del hotel es uno de esos sublimes placeres que nos brindan las vacaciones. El reto, como advierte la especialista en nutrición María Amaro, consiste «en disfrutarlo sin que se nos vaya de las manos». Y, puestos a pedir, en aprovechar que nos dan todo hecho, para resetear nuestro organismo e, incluso, hasta para adelgazar (si es que lo necesitamos).

¿Qué hacemos para conseguirlo? Ante todo, controlar el ansia y, puestos a pedir, practicar la modalidad más llevadera de ayuno intermitente. «Consiste en dejar pasar entre 12 y 16 horas entre la cena y la primera ingesta del día y desayunar tras haber hecho algo de ejercicio, con una buena caminata bastaría», aconseja el nutricionista Javier Fernández Ligero.

Luego toca concienciarnos de dos truquitos. «Servirnos cantidades pequeñas y comer despacio

para que a nuestro estómago le dé tiempo de enviar al cerebro el mensaje de que ya estamos saciados», explica. «Si tragamos la comida como pollos la información no llega y comemos por encima de nuestras necesidades».

De esta manera tan sencilla podemos implantar en nuestra vida el famoso método japonés para no engordar que con tanta insistencia recomienda Vicente Mera, responsable de Medicina Interna y Antienviejimiento en SHA Wellness Clinic (Alicante): «Hara Hachi Bu consiste en no meter en la panza (Hara) más del 80% de lo que querías comer (Hachi Bu)», explica este galeno.

Antes de lanzarnos en plancha sobre la zona de bollería, estaría bien cambiar el rumbo y arrancar con un vaso de agua, al que podemos añadir una rodaja de limón mientras pasamos revista a la oferta de frutas. «En verano tenemos una variedad exquisita», relata amaro. El melón y la sandía son muy hidratantes y bajas en calorías. Fresas, moras y arándanos, ricas en antioxidantes y fibras. Kiwi y piña, fuentes de vitamina C. Manzana y pera, además de ricas en fibra, son perfectas para saciar el hambre. Y, el aguacate nos aporta grasas buenas».

Tras la fruta, lo suyo sería poner rumbo a la proteína y pasar de esos hidratos de carbono simples. «Nos han educado en una dependencia absoluta de los hidratos de carbono, a los que siempre se ha recurrido como fuente de energía para arrancar el día. Sin embargo, las galletas, los cereales o las tostadas de pan blanco lo que hacen es producirnos picos de azúcar en sangre», advierte Fernández Ligero. Y, claro, todo lo que eleva muy rápido, suele caer de forma dramática: «Tras el subidón, llega un bajón muy rápido que nos obliga a volver a comer y, por eso, si desayunamos carbohidratos, nos pasamos la mañana picando».

Aclarado el concepto de por qué tenemos que tirar hacia la proteína, María Amaro nos explica que lo mejor es «tomar huevos cocidos, que son fáciles de digerir y bajos en calorías, o revueltos». Y lo peor, «salchichas, beicon y todas esas fuentes de ácidos grasos no saludables».

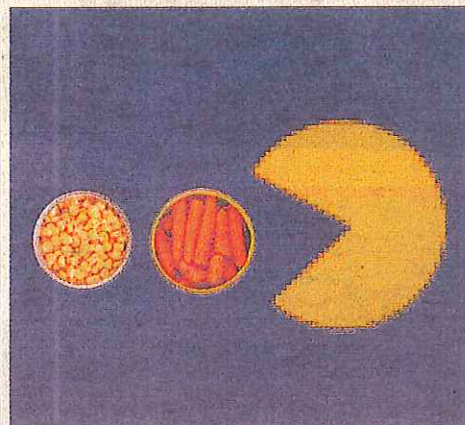
En el espacio de los cereales y los panes, «lo recomendable es decantarnos por las versiones integrales y la avena, porque, además de hacernos sentir saciados durante más tiempo, nos va a facilitar la digestión y el tránsito intestinal».

A nadie le amarga el dulce, y menos todavía si uno está de vacaciones. Por eso, esta nutricionista nos sugiere que «reduzcamos su consumo a un solo día a la semana, eligiendo, a ser posible, la opción más saludable (repostería casera)».

En cuanto a las bebidas, «hay que beber agua en abundancia para mantener una hidratación correcta frente a las altas temperaturas». El agua, además, «no tiene calorías y nos va a ayudar a no comer en exceso, porque incrementa la sensación de saciedad». En cuanto a las bebidas calientes, «tanto el café como el té son estupendos».

¿Y leche? Amaro apuesta por tomarla «semidesnatada»: «Con la desnatada perdemos todas las vitaminas liposolubles y la entera tiene más calorías».

Amaro aconseja limitar el consumo de zumos, aunque sean naturales, porque nos metemos un chute «bestial» de azúcar de golpe y la fibra se queda en el exprimidor. «Lo mejor es tomar la fruta siempre en piezas», concluye.



BOTICARIA GARCÍA

CINCO ALIMENTOS PROCESADOS PARA ALEGRARTE EL VERANO

Saludables. Mirar el etiquetado nos pone en la pista para encontrar los que podemos tomar sin problemas: ojo a los azúcares y la sal, siempre aceite de oliva y con más de un 95% de verduras

Unos crían la fama y otros cardan la lana. Los alimentos procesados tienen mala prensa, pero no todos son iguales. Y, sobre todo, no tienen por qué tener nada en común con sus primos los ultraprocesados (aquellos en los que el producto final se parece como un huevo a una castaña a la materia prima original y al que se han añadido ingredientes poco saludables como azúcares y grasas trans en gran cantidad). A diferencia de éstos, los procesados son aquellos en los que, para mejorar el sabor, la textura o la conservación de la materia prima, esta se modificó de alguna manera, en ocasiones mínimamente.

Gazpacho de bote

Para hacer uno bueno en casa no necesitas invertir mucho tiempo. Pero por comodidad, para los que prefieran comprarlo en brik, existen opciones excelentes. Busca en la etiqueta aquellos que contengan en su composición más de un 95% de hortalizas, menos de un 1% de sal y como grasa, aceite de oliva virgen.

Guacamole

Al igual que ocurre con el gazpacho, hacer un guacamole es algo sencillo y rápido. Pero para los que huyen de la cocina también existen en el

supermercado grandes opciones de guacamole ya preparado, con más de un 95% de aguacate en su composición.

Hummus

Convertido ya en un clásico de los aperitivos, de él se fabrican toneladas al año en nuestro país. Existen muchas opciones en el mercado, así que mi consejo es que busques el humus que contenga más de un 65% de garbanzo como ingrediente principal, menos de un 1% de sal y como grasa, aceite de oliva.

Kéfir

Una gran opción dentro de los lácteos fermentados, ya que además de bacterias contiene levaduras. Elige el que cumpla la regla del 3-4-3, es decir: 3% de grasas, 4% de azúcares (corresponde a los propios de la leche) y 3% de sal.

Tortilla de patata

Asumimos que una envasada nunca sabrá como la de tu abuela, pero hay opciones bastante decentes para salir al paso, por ejemplo, en una casa rural o en la típica cena veraniega de picoteo. Elige los que tengan un alto porcentaje de las materias primas principales. Por ejemplo, más de un 50% de patatas y más de un 40% de huevo, la mínima cantidad de sal posible y aceite de oliva como grasa.



LA QUINTA ESQUINA

PEDRO RODRÍGUEZ VÁZQUEZ. En el universo de los glóbulos blancos, rojos y plaquetas, estaría entre los segundos. Pero en el país en que habita es un donante de sangre anónimo, algo menos ahora al coger las riendas de la Hermandad de Soria. Hablamos con este ingeniero industrial de cómo llegó a la *causa* (una transfusión salvó la vida de su madre) y de cómo ganar donantes a partir de la gestión de datos. Difícil pero no imposible.

«No hay conciencia de dónde sale la sangre: 'se comprará en algún sitio; voy, me la ponen y ya está'»

P. PÉREZ SOLER

Pregunta.— Cuéntame cómo fue aquella vez que le dio valor a la sangre.

R. Fue por una enfermedad de mi madre, que le tuvieron que poner una transfusión de sangre en el hospital. Era porque le faltaban glóbulos rojos en la sangre. Ahí vi lo importante y el valor que tenía que alguien donara sangre y, en este caso, para que mi madre pudiera recibir una transfusión.

P. ¿Qué es lo que le ha terminado de mover para encabezar la Hermandad de Donantes de sangre en Soria?

R. Bueno, yo quería hacer algún tipo de voluntariado, ayudar en alguna asociación o cosa relacionada, que apoyara a otras personas. Me pareció interesante la Hermandad de Donantes, fui a una asamblea, faltaba gente en el grupo de gobierno de la hermandad y me postulé como vocal. Luego ha coincidido que Luis (por José Luis Molina) ha decidido dejarlo después de tantos años en los que ha hecho un buen trabajo. Al final de la reunión me postulé y los compañeros me eligieron.

P. El efecto para uno mismo, y aunque sea lejano, que nos deja una donación.

R. Sientes que vas a ser útil a una persona que necesita sangre, a alguien enfermo y vas a conseguir mejorar su salud, porque tú has tenido la voluntad de hacer un acto altruista. No sabes a quién vas a ayudar.

P. Dígame lo último que le ha trastocado la vida en cualquier sentido.

R. No sé, tampoco tengo una vida muy complicada ni muy complicada. No sé si es malo o será una suerte.

P. ¿Se le ocurre cómo impulsar la donación de sangre?

R. No sé. Hay algo en lo que tengo mucho interés y que hemos hablado con muchos compañeros de la hermandad. La sociedad se mueve muy por la inmediatez, por las redes

sociales. Y por la gestión de los datos. Es un tema que me interesa, también desde el punto de vista profesional, en el que intentamos trabajar. Empresas como Amazon buscan que te enganches a partir de los datos que tienen. Creo que en la donación tenemos que avanzar por ese camino de la gestión de datos. No directamente la hermandad, sino el Centro de Hemodonación. Creo que es posible sacar más partido a los datos para afinar más. Verlos como hacen las empresas, buscando enganchar más al donante, que la gente repita a partir de los datos que conocemos. Pienso que es posible sacar más partido a la estadística, sabiendo cuándo se dona, cuándo lo hace la gente joven, si un lunes, un viernes o un sábado, si va al autobús, si es hijo. Creo que estas cosas son interesantes para focalizar el esfuerzo. Trabajas de forma altruista, pero el esfuerzo se tiene que focalizar para conseguir más rendimiento.

P. La clave para darse cuenta de la importancia que tiene donar.

R. No sé. Habría que trabajar en ello también. Trabajar desde los colegios. Al final nos damos cuenta de lo importante que es cuando hay un problema. A mí me han comentado 'mi padre es donante, yo recibí dos bolsas y pico de sangre, pero nunca he donado'. Pero si encima lo has sufrido en tus propias carnes... Bueno, esta persona me dijo que se lo iba a pensar e iba a donar a finales de verano o comienzos de otoño.

Hay que conseguir que la gente vea y conozca, pero es triste que al final nos mentalicemos porque vemos un enfermo directamente o por nosotros mismos. ¿Cómo conseguir que quienes no lo sufren vean la importancia de donar? Ese es el reto que tenemos. Creo que con los datos podemos afinar mejor y avanzar en cómo conseguir la repetición o la iniciativa.

P. Dígame lo más estrambótico que ha escuchado al respecto.



MARIO TEJEDOR

R. Una cosa que se repite mucho cuando vas a los centros fijos de donación es el miedo a las agujas. 'A mí no me esperéis porque tengo mucho miedo a las agujas'. El miedo a las agujas es tónica general en todo el que no dona o no quiere hacerlo. Es la disculpa que pone el 90% de las personas que no quieren donar. Se escudan en eso, en el miedo a las agujas.

P. ¿Qué vena sería usted del cuerpo y por qué?

R. Sería la vena aorta. No sé, quizá porque lleva sangre a las demás.

P. ¿Qué diría a la persona que no valora dar sangre?

R. No creo que haya gente que no lo valore. Lo que pasa es que hay más gente que no lo piensa, que no tiene esa percepción de la necesidad. No hay gente que lo infravalore o le dé poca importancia. Son más las personas que no lo piensan. Está asumido que vas al hospital y te curas. Vas y te la ponen. No hay conciencia de dónde sale la sangre. Está asumido que vas al supermercado a comprar leche, pues esto igual. 'Se comprará en algún sitio, voy, me la ponen y ya está'.

Es el mayor reto, algo de lo que hay que informar. Todo el mundo sabe qué es la hermandad, que hay donaciones. Pero no acaba de calar que se preocupen por esa solidaridad.

P. Y siendo tan importante ¿cómo entender que en momentos puntual pueda faltar?

R. La planificación es difícil. El gasto de la sangre va ir determinado por las enfermedades que haya, habrá índices de prevalencia, de tipos de enfermedades y eso será más o menos planificable. Operaciones que son más o menos predecibles, cadera, rodilla, partos... Pero luego siempre hay cuestiones que no pueden planificarse como son los accidentes. Eso no

se puede prever y se pueden dar circunstancias de ese tipo.

P. En el país de los glóbulos rojos, blancos y plaquetas, ¿quién es Pedro Rodríguez?

R. Quizá los rojos, que son los que llevan el oxígeno al resto de partes del cuerpo. Es lo que faltaba a mi madre.

P. ¿Qué invento se nos ocurrirá para producir sangre en un mundo tan desarrollado?

R. Es un tema que se ha estudiado mucho y al que se ha dado muchas vueltas. Sería un gran negocio. No sé el motivo por el que no han conseguido dar con ello, pero tiene que ser complejo. La sangre se lleva utilizando muchísimo tiempo y es necesaria; se hacen hemoderivados a partir de la propia sangre para curar y no han sido capaces de hacerlo. Alguna complejidad tendrá para que no sea tan sencillo.

P. ¿Hasta qué punto influye la alta edad media que hay en Soria?

R. Hombre, seguro que algo influye. Pero Soria está por encima de la media de donaciones en Castilla y León por mil habitantes, que es de 48, cuando en la comunidad es de 41,1. Solo le supera Valladolid y Burgos. A pesar del handicap de la edad, está por encima y también tenemos la repetición de donaciones más alta en Castilla y León.

P. ¿Qué tiene la sangre de misterio?

R. No sé, pero sí es un poco misteriosa. La sangre siempre ha tenido como centro el corazón y ahí está el amor. La sangre azul... de los reyes; el vampiro que toma sangre para alimentarse...; la sangre que hay en los templos. Es como si representara la fuerza de la persona, en todas las sociedades y los siglos. Y tiene también algo de mitológico.



EL VEHÍCULO DESTACADO DE LA SEMANA

Madurga Selection

21.800€

Cuota desde 239 €/mes

VOLKSWAGEN Golf 1.0 TSI 81kW 110CV

Gasolina 2022 30.141 km 1 año de garantía



Madurga Selection C/ Eduardo Saavedra 44-46 · Soria · T. 975 22 14 50



CASTILLA Y LEÓN

Trauma en Burgos, Salamanca y León roza los 200 días pese al descenso de la espera

● La desigualdad entre especialidades se mantiene con Dermatología como la más rápida en citar y en algunos hospitales sin demora mientras Clínico y Río Hortega arrojan 67 y 106 días para operaciones en traumatología

RICARDO GARCÍA VALLADOLID

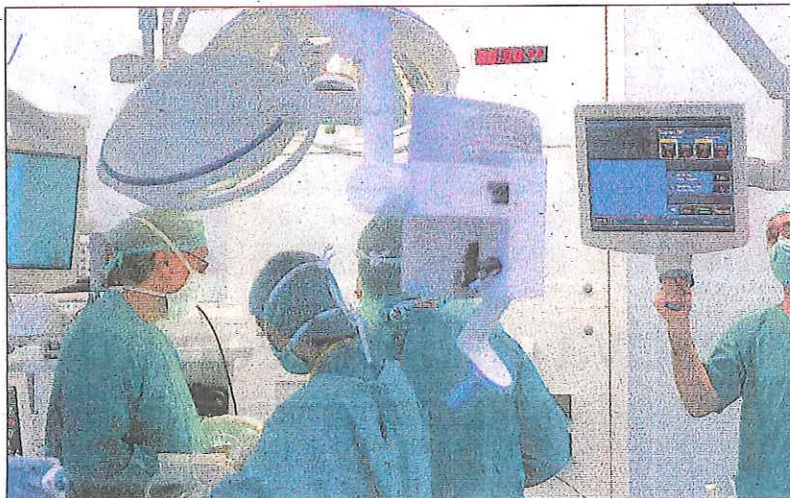
Una nueva actualización de las listas de espera quirúrgicas publicada el viernes por la Consejería de Sanidad ponía de manifiesto que el plan de choque lanzado para reducir las listas sigue logrando su objetivo y sitúa ya la demora media en la Comunidad en los cien días. Se trata de un avance sensible, con 14 jornadas menos que al cierre del primer trimestre del año, pero que sigue sin resolver las importantes desigualdades que existen entre hospitales y especialidades, y que se hacen aún más evidentes cuando ambos factores se suman.

El mejor ejemplo de ello son las intervenciones quirúrgicas en la especialidad de Traumatología, las cuales acumulan varios años como las que más se dilatan en el tiempo. Se trata de un servicio que en el conjunto de la Comunidad anota una demora media de 140 días, los cuales se disparan en los hospitales de Burgos, Salamanca y León, con la peculiaridad de que estos centros forman parte de los más grandes de la región tanto por tamaño como por volumen de pacientes atendidos.

En los tres casos, la demora para una operación de Traumatología se acerca, según los datos de Sacyl correspondientes al segundo trimestre de 2024, a los 200 días, siendo Salamanca con 187 el que más se acerca. No obstante, no todas las lecturas que ofrecen estas cifras son negativas, puesto que se ha producido un descenso considerable de la demora a lo largo de los tres últimos meses.

Así, eso 187 días de traumatología en el hospital de Salamanca representan 41 menos que al cierre del primer trimestre del año, un avance en absoluto desafiante. En Burgos, por su parte, pasa de 189 a 170, 19 días menos que también suponen una evolución. Y León tampoco se descuelga de esta tendencia, al recortar en 23 días los 208 que registraba en la anterior estadística hasta los 185.

Queda patente, por tanto, que sigue siendo una lotería para los pa-



Interior de un quirófano durante una intervención. E. M.

cientes las dolencias que sufren y en que provincia y hospital de referencia tienen que ser intervenidos. De esta forma, frente a los tiempos más elevados en los centros ya mencio-

nados, el Clínico de Valladolid vuelve a actuar como contrapunto, ya que en Traumatología anota una demora de 67 jornadas y junto a las 106 del Río Hortega, el segundo hospital ubi-

cado en la capital vallisoletana y con ambos formando parte de los más grandes de la Comunidad.

Aún con todo, Traumatología no es la única especialidad con una ele-

LAS ECOGRAFÍAS TARDAN UN MES MENOS PERO AÚN LASTRAN LAS PRUEBAS

Dentro de las listas de espera que maneja la sanidad de Castilla y León, son un buen indicador de su evolución las que corresponden a las pruebas diagnósticas, tan importantes para detectar enfermedades y lesiones de muchos tipos.

En este sentido, las ecografías se mantienen como las que mayor lista de espera acumulan,

aunque a lo largo del último trimestre la recortaron en 28 días al pasar de 126 a 98 jornadas.

Una vez más, la tardanza no es igual en todas las provincias, sino que varía mucho de unas a otras. Así, mientras que una ecografía tarda de media 26 días en Segovia o 40 en el hospital Clínico de Valladolid, se va hasta los 167 en Soria o los 157

en Ávila.

Y no solo eso, sino que con una lista superior a los tres meses las ecos se sitúan a la cabeza de este tipo de pruebas y lastran al resto.

Junto con el descenso de los tiempos de las ecografías también se ha producido el de los TAC, que pasan de 69 a 62 días, una semana menos. En este caso el hospital que se sitúa a la cabeza es el de Zamora, con 158 jornadas, mientras que los más rápidos son el Río Hortega de Valladolid y el hospital

de León con cuatro jornadas en cada caso.

Si que aumenta la demora en las resonancias magnéticas, con una media que pasa de los 79 a los 84 días. En este caso los pacientes que más espera son los del hospital de Salamanca, con 107 días, mientras que en el extremo opuesto figuran, de nuevo, los del Río Hortega de Valladolid con solo dos días.

Finalmente, las mamografías también aumentan de los 51 a los 63 días, que se disparan a 131 en el Clínico vallisoletano.

vada demora media en Castilla y León. Con 139 días figura Neurocirugía, un servicio que solo está disponible en determinados hospitales de la Comunidad. De nuevo figuran en la lista los ya mencionados y, al igual que ocurre con Traumatología, son varios los que cuentan con una alta demora.

En este caso, el Complejo Asistencial de Salamanca cita a los pacientes para pasar por quirófano a los 199 días, mientras que el Complejo Asistencial Universitario de Burgos los hace a las 127 jornadas. Mientras tanto, en el hospital de León son 110 días los que deben esperar los pacientes para ser intervenidos.

Frente a estos tiempos, una vez más son los hospitales vallisoletanos los que rebejan la media y vuelven a poner el acento en esas profundas desigualdades entre unas provincias y otras. Así, en el hospital Clínico Universitario las operaciones de Neurocirugía se llevan a cabo a los 38 días. Además, en el Río Hortega la demora es incluso menor, de tan solo 22 jornadas según los datos trasladados por el Sacyl.

Frente a estas especialidades de Traumatología y Neurocirugía que figuran como las dos con más demora quirúrgica en el sistema sanitario castellano y leonés, Dermatología se sitúa a la cabeza con la lista de espera más breve, con una media en la Comunidad de 21 días para pasar por quirófano.

Esta situación viene propiciada gracias a que en varios hospitales de Castilla y León esta especialidad anota una demora de cero días, es decir, que las intervenciones se acometen de manera inmediata. Ocurre así en Salamanca, Aranda de Duero, en el hospital Clínico Universitario de Valladolid, en Palencia y en El Bierzo.

Mientras tanto, en otros centros si hay algunos días de espera, aunque en todos se puede considerar como un tiempo muy reducido más aún si se compara con otros servicios. Así, la lista de espera para Dermatología en Ávila es de 26 días; en León, de 25; en Soria, de 18; en Zamora, de 25.

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

Todos los martes...

INNOVADORES



EL MUNDO

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR
13; y en Segovia, de 22.

En lo que respecta al resto de especialidades es difícil encontrar un patrón, ya que su comportamiento en los distintos hospitales es más heterogéneo. Aún así, todavía se pueden encontrar servicios que, en algunos puntos de la Comunidad, siguen presentando una demora muy importante a la hora de citar a los pacientes para una intervención quirúrgica.

Como ejemplo de ello sirve el caso de Urología en el Complejo Asistencial de Salamanca, donde el paso por quirófano se demora de media 198 días, a pesar de que aquí también se han reducido los tiempos en el último trimestre con respecto a las 205 jornadas que se registraban al cierre de marzo de este mismo año.

En el caso del hospital de Burgos, la Cirugía General y del Aparato Digestivo tiene una lista de espera de 117 días, prácticamente cuatro meses, aunque aún así se queda lejos de los tiempos ya mencionados para Traumatología.

En Ávila, el mayor tiempo de espera recae también en Trauma, aunque en este caso es de 'solo' 85 días. Por parte del Río Hortega de Valladolid, la lista con mayor tardanza es la de Cirugía Plástica, lo que a su vez hace que esta sea la especialidad con peores datos de toda la provincia vallisoletana. No obstante, conviene señalar que es un servicio que solo está disponible en este centro. Y en lo que respecta al Clínico, los ya mencionados 67 días de traumatología marcan el máximo para este centro, a los que siguen los 38 de Neurocirugía y los 31 de Urología.

La Cirugía Plástica también figura en uno de los primeros puestos de la lista del Complejo Asistencial de León, ya que allí la demora alcanza los 120 días al cierre del segundo trimestre del año. En Soria, por el contrario, el mayor tiempo de espera lo sufren los pacientes de Otorrinolaringología, que tardan 99 jornadas en ser intervenidos quirúrgicamente.

Por parte de Zamora, una operación de Urología se demora 95 días, mientras que en Palencia también es la especialidad que más tarda en citar aunque en este caso lo hace en 36 jornadas.

En el hospital El Bierzo de Ponferrada Otorrinolaringología figura como la especialidad con peores tiempos de espera, con 185 días, mientras que en Segovia es Trauma la que vuelve a colocarse en cabeza con 73 jornadas.

En resumen, se puede apreciar como en la mayoría de hospitales pequeños la lista de espera es más contenida de manera generalizada aunque, al igual que en los de mayor tamaño, existen notables excepciones.

2

OPINIÓN

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Lunes 22 de julio 2024

Una buena sanidad, pero con deficiencias territoriales infames

LA SANIDAD DE Castilla y León no va mal. Las listas de espera siguen menguando a cada trimestre. Y eso es un alivio, sobre todo para los pacientes que esperan. Es más, la Sanidad va bastante mejor con el consejero Alejandro Vázquez que con su antecesora, más dedicada a su ego y sus barullos que a atender. Y esto, como diría el ministro Oscar Puente de los datos económicos de España, son matemáticas. Ni se debaten ni se discuten. Y es así, a pesar del PSOE de Castilla y León, instalado en la obsesión de que las cosas vayan mal, aunque no vayan mal, a ver si a ellos les va algo mejor electoralmente. Y ese no es el camino. Deberían haberse dado cuenta ya tras 39 años parasitando la oposición, a no ser que ese sea su objetivo permanente.

¿Podría ir mejor la sanidad? Claro, todo es susceptible de mejorar. Y si para ello hay que intensificar los conciertos, que se haga. Porque a los contribuyentes lo que les preocupa es la gestión de su Estado de Bienestar, no entelequias comunistas. A los pacientes lo que les interesa es que les operen cuanto antes y si el sistema público no tiene capacidad para absorber, no hay ningún problema en servirse de la gestión privada para ello. Los parlamentarios nacionales tiene una tarjeta de 3.000

euros al año, pagada por los contribuyentes, para desplazarse en taxi por Madrid. El Congreso no les da un bonobús. Y nadie se queja. Ni socialistas, ni populares, ni de VOX, ni de Juntos, ni de Esquerra. Lo público para los demás, pero si yo puedo beneficiarme de lo privado, bendito sea el Estado que me lo proporciona y gratis. La hipocresía se puede camuflar un tiempo, pero al final aflora, como la lavanda en Tiedra, y reluce por todo lo alto.

Pero sí tiene un déficit gravísimo la sanidad de Castilla y León. Los gravísimos desequilibrios. Los hospitales del Bierzo y Salamanca triplican los tiempos de espera de los de Valladolid. Y eso poco tiene que ver con la igualdad entre españoles que le reclama Mafiueco a diario a Sánchez a cuenta del independentismo. Los del Bierzo y Salamanca no son independentistas, pero la gestión sanitaria les empuja a ello cada trimestre. Lo del Bierzo, en concreto, es una vergüenza sin paliativos. Seis meses hay que esperar, por no se sabe qué motivo, para que a un paciente le asignen un médico cuando el suyo se jubila. Indecente. Es hora ya de hacer algo y actuar contra estos desequilibrios que ensombrecen una buena sanidad con deficiencias territoriales que resultan infames.

> PERSONAJES ÚNICOS / MONTESCLAROS HORTIGÜELA SAETA



Esta burgalesa estudia las secuelas que pueden tener los bebés que sufrieron asfixia perinatal al nacer a los tres años de edad / Su tesis acaba de ser reconocida con la calificación cum laude / Es una de las investigadoras del programa bbMiradas, que diagnostica autismo en edades tempranas. Por **É. Lera**

La pediatra de la hipotermia terapéutica

La burgalesa Montesclaros Hortigüela Saeta estudió Medicina por su interés en el funcionamiento del cuerpo humano. Es verdad, según reconoce, que en el colegio le apasionaba la biología, si bien poco a poco empezó a mostrar interés por la pediatría. A esto sumó el poder ayudar a las personas. Su destino ya estaba escrito a golpe de vocación. Por todo ello, decidió matricularse en la Universidad de Navarra para cumplir su sueño.

Tras licenciarse y prepararse el examen MIR en Asturias, regresó a su tierra para especializarse en pediatría. La formación la realizó en el Hospital Universitario de Burgos. Al acabar, en 2014, decidió hacer las maletas y trasladarse a Madrid, en concreto, al Hospital Universitario Niño Jesús, en el que se especializó en neuropediatría. Una etapa a la que puso el broche volviendo a Burgos, ciudad en la que actualmente trabaja como pediatra en el centro de salud José Luis Santamaría.

Desde siempre, admite, le ha gustado la investigación. Ponerse la bata blanca no solo para atender a sus pacientes, sino también para formar parte de trabajos que cambien su día a día. Así que desde que fue residente colaboró con diferentes especialistas como el doctor José Manuel Merino, adjunto del Hospital Universitario de Burgos, con quien trabajó en el estudio de diferentes vacunas.

En la capital de España, esa pasión aumentó con la colaboración con la doctora Ruiz Falcó. A su lado pudo poner su granito de arena en un proyecto basado en el análisis de un fármaco antiepiléptico para el tratamiento de la epilepsia en niños con esclerosis tuberosa. En esta misma línea, cuenta que antes de terminar la residencia, cuando era R4, con el doctor Juan Arnáez, neuro-neonatólogo del hospital burgalés, participó en la investigación basada en la realización del seguimiento neurológico de un grupo de niños que había sufrido asfixia perinatal, falta de oxígeno al nacer.

En este sentido, Hortigüela Saeta comenta que Arnáez puso en marcha la hipotermia terapéutica en la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario de Burgos para aquellos niños con encefalopatía hipóxico isquémica moderada y grave. «La hipotermia terapéu-



Montesclaros Hortigüela Saeta, pediatra de Atención Primaria, en el centro de salud José Luis Santamaría de Burgos. EL MUNDO

tica es un tratamiento que consiste en disminuir la temperatura del recién nacido hasta los 33-34º durante 72 horas», detalla para, a continuación, añadir que esta terapia ha conseguido que los bebés con encefalopatía hipóxico isquémica moderada y grave sobrevivieran más y tengan menos secuelas neurológicas a largo plazo.

Un avance que se materializó en un programa en su hospital que tenía como objetivo prevenir y disminuir la mortalidad y morbilidad asociada a la asfixia perinatal. En este punto, la pediatra burgalesa decidió ir más allá y realizar una tesis doctoral en la que analizó cómo era el desarrollo de los niños con antecedentes de sufrimiento fetal a la edad de tres años. Una hoja de ruta por la que recibió la calificación de *cum laude*.

En particular, explica que en este trabajo han podido observar que los niños que padecen asfixia perinatal pero no desarrollan una encefalopatía hipóxico isquémica tienen un desarrollo neurológico similar a los niños sin sufrimiento fetal. «Los niños con encefalopatía leve al nacer, aunque son casi similares a la población control, sí que presentan peores resultados a nivel cognitivo y motor. Y los niños con encefalopatía moderada y grave, que son aquellos que fueron tratados con hipotermia, presentan mejores resultados neurológicos que lo descrito en la literatura científica. Es decir, hemos observado un descenso de la patología grave en estos niños (parálisis cerebral, discapacidad intelectual, etc.), sin embargo, siguen presentando peores resultados a nivel cognitivo, motor y del lenguaje, y mayores problemas emocionales y de comportamiento al compararlos con aquellos niños que no tuvieron una falta de oxígeno al nacer», sostiene Montesclaros Hortigüela Saeta.

De igual forma, esta pediatra burgalesa participa como investigadora en el programa bbMiradas, relacionado con el diagnóstico precoz del autismo. Esta iniciativa se inició en 2016 en Burgos con la meta de identificar en niños las señales que alertan sobre la presencia de un posible trastorno del espectro autista. ¿Cómo? A través del análisis del seguimiento visual (*eye tracking*) junto con otros datos clínicos, como exploraciones neuropsicológicas, pruebas estandarizadas, cuestionarios y visualizaciones de juego libre, derivándolos hacia una intervención especializada y específica que prevenga y minimice el impacto del trastorno en el desarrollo del niño.

A su parecer, la investigación es la gran olvidada porque los médicos se centran en la actividad asistencial y no se dan cuenta de que sin investigación no hay avance ni progreso. En esta línea, indica que en Castilla y León se ofrecen becas económicas que ayudan, pero, tal y como recuerda, además de dinero,

se necesita tiempo, que los profesionales acaban sacando de sus ratos libres o a través de reducciones de jornada que solicitan por otros motivos. No obstante, celebra que se están empezando a incluir horas destinadas a la investigación dentro de los contratos de fidelización de los residentes. «Es un gran avance, si bien necesitamos más; necesitamos contratos en los que se permita que parte del tiempo se destine a investigar», reclama.

Y es que, según lamenta, con la financiación destinada a la investigación, España no puede competir con otros países europeos. «Lo que hace la administración pública es centrarse en sacar adelante el trabajo asistencial, que es mucho y para ella lo prioritario. Y ya de manera secundaria busca estrategias para colocar a España de manera puntera en la investigación», subraya Hortigüela Saeta, quien afirma que la sociedad sí que premia la innovación y el talento.

El PSOE dice que las listas de espera en la provincia son «injustificables»

Villar critica que 68 pacientes que se han negado a ser intervenidos fuera del Complejo Hospitalario de Soria se les «castigue» con una demora de 260 días

SORIA
El PSOE denunció este lunes que las listas de espera de la Junta «empeoran» pese a los fondos adicionales del Gobierno y la privatización de intervenciones. La procuradora socialista Judith Villar insistió en que la demora no se corrige ni en consultas especializadas, ni en pruebas diagnósticas ni en intervenciones quirúrgicas «con lo que eso implica para los pacientes de la provincia».

Villar realizó un balance de las listas de espera del segundo trimestre con la conclusión de que «ni los fondos adicionales del Gobierno, ni la externalización de servicios ha servido para mejorar la prestación de los servicios. Estamos peor que en el primer trimestre y los pacientes de Soria siguen teniendo que esperar meses y, en muchas ocasiones, marcharse de su Hospital de referencia».

«Los 12,7 millones de euros para pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas en Castilla y León que la Junta de Castilla y León ha pagado a base de conciertos con la sanidad privada no han sido suficientes para reducir esta lista de espera. En Soria, la privatización de intervenciones y pruebas diagnósticas no consigue bajar esa lista de espera, lo que demuestra esa mala gestión por parte de la Consejería de Sanidad», resumió.

Comenzando por la lista quirúrgica, Soria tiene actualmente 924 pacientes en lista de espera, 723 son los que se encuentran en la lista de espera estructural y 117 pacientes



La procuradora Judith Villar durante la rueda de prensa en la sede del PSOE. HDS

están en la lista de espera no programable, que son los mismos que había en el trimestre anterior, una cifra «injustificable» para Villar, teniendo en cuenta «que la Consejería de Sanidad ha recibido una cantidad muy importante de dinero por parte del Gobierno de España y que tiene suficientes recursos además del uso de los conciertos que tenemos para las zonas limítrofes. A la

sanidad privada se habían derivado 380 operaciones de traumatología y oftalmología por un importe de 664.000 euros».

Otro dato que aportó la procuradora es que el número de pacientes que han rechazado salir fuera del Complejo Hospitalario Santa Bárbara, pasa de 33 del primer trimestre a 68. «A estos pacientes se les castiga con una espera media de

260 días para ser intervenidos, casi nueve meses de castigo. ¿Qué es lo que está haciendo Mafueco con el dinero de todos los castellanos y leoneses? Ha recibido 705 millones de euros extra del Estado para la financiación de servicios públicos esenciales y ahora va a recibir otros 10,02 directamente del Ministerio de Sanidad para formar a profesionales, implementación de estrate-

gia o para equipos de diagnóstico, para infraestructuras y equipamientos», se cuestionó la procuradora, quien recordó también que «no se ha avanzado» ni en la mesa de trabajo del Hospital Virgen del Mirón, ni en los centros de salud del Burgo, San Leonardo o Soria Norte.

Por especialidades, según el PSOE, la lista quirúrgica con más espera son otorrinolaringología con 99 días y 112 pacientes, traumatología 92 días y 195 pacientes, urología con 56 días y 69 pacientes. «De hecho, la media de espera se mantiene igual al trimestre anterior, que eran de unos 67 días en el primer trimestre a 64 en el segundo».

La lista de espera de las pruebas diagnósticas también es «preocupante y llama la atención que para realizarse un TAC haya 70 pacientes esperando, 14 pacientes más que en el trimestre anterior. Hay en total 241 pacientes pendientes de asignación de cita que se sumarán a los 1.607 pacientes que se suman a la lista para la realización de una prueba diagnóstica».

«Esto hace un total de 1.848 pacientes que en nuestra provincia están necesitando de una prueba diagnóstica desde una radiografía, una ecografía, un tac, una resonancia magnética», repasó. Por último, también apuntó a las consultas de especialistas con 8.051 pendientes, de los que 6.715 pertenecen a la lista estructural, es decir, ya tienen asignada fecha, y la demora media es de 81 días. «Los sorianos son los cuartos que más espera acumulan sólo superados por El Bierzo, Zamora y Salamanca y casi igual que Burgos», concluyó. En el 57% de las especialidades ha aumentado en el número de días de espera y en 15 de ellas también el número de pacientes con respecto al trimestre pasado, destacó el PSOE. Las especialidades con un aumento mayor de pacientes son alergología (crece un 3%), cardiología (23%), digestivo (6%), ginecología (23%).

Adjudican el sistema de automatización de la farmacia del Hospital

SORIA
La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria ha procedido a completar el proceso de adjudicación para el contrato relativo al 'Suministro, instalación y puesta en funcionamiento del sistema de automatización del almacén del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria'. La inversión superará los 400.000 euros y será asumida por la empresa Normedan S.L. El plazo de ejecución es de 4 meses.

Este contrato pretende una renovación tecnológica del citado servicio, mejorando la calidad de los procesos, garantizando una gestión eficiente de la cadena de suministros y control de stocks.

Así mismo, se implantará un registro electrónico de los movimientos realizados de cada producto, mejorando una trazabilidad precisa de todos ellos de manera eficiente y segura, minimizando el riesgo de errores.

Dentro del equipamiento se incluyen dos carruseles horizontales para la zona de almacén que permitirán, mediante un sistema de contenedores, bandejas y cestas, el aprovisionamiento de los productos de pequeño y gran formato de los diferentes envases clínicos que gestiona el Servicio de Farmacia.

También se incluye la instalación de dos carruseles verticales de almacenamiento rotativo para la zona de unidades de dicho servicio que



Entrada al Hospital Universitario Santa Bárbara. MARIO TEJEDOR

permitirán una mejor gestión y trazabilidad de los medicamentos a suministrar a los pacientes del propio Hospital. Finalmente se prevé todo el software necesario para el control de los sistemas de almacenamiento, así como la formación al

personal del Servicio de Farmacia que haga un uso habitual de este equipamiento.

Este contrato forma parte del plan de montaje y equipamiento de la nueva fase de ampliación y reforma del Hospital Universitario San-

ta Bárbara, la cual integra, además del servicio de Farmacia, los Hospitales de día Médico y Oncohematológico, Diálisis, Unidad de Pediatría, Unidades de Hospitalización, Almacenes y la nueva Unidad de Radioterapia, entre otros.

> SALAMANCA

La proteína clave de la reproducción sexual

Investigadores del Centro del Cáncer describen una nueva función de una enzima en la meiosis / Abren nuevas vías para la investigación sobre los mecanismos moleculares implicados en la fertilidad y las enfermedades genéticas. Por **E. Lera**

Es una historia real que sucede en nuestro cuerpo. La protagonista es una célula sexual, considerada madre, que se fragmenta para que las nuevas células reciban una cantidad de ADN, normalmente la mitad. Este proceso suele producirse durante la formación de los óvulos y los espermatozoides, y es durante la fecundación cuando ese ADN se completa. ¿Cómo se llama? Meiosis. En él intervienen muchos factores que pueden cambiar el rumbo de la fertilidad y las enfermedades genéticas.

En este sentido, un equipo del Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca ha desvelado el papel crucial que desempeña una nueva proteína de la familia RING-E3 ligasa denominada RNF212B en el proceso de la meiosis, cuya función se desconocía por completo. «Este hallazgo arroja nueva luz sobre los complejos mecanismos que regulan la formación de entrecruzamientos y la segregación cromosómica, que son esenciales para la formación precisa de los gametos y para asegurar la diversidad y estabilidad genética», señala el profesor Alberto M. Pendás.

En concreto, explica que el estudio demuestra cómo esta proteína regula la maduración de los entrecruzamientos in vivo a través de sus diferentes actividades enzimáticas E3 ligasa, subrayando su importancia para el mantenimiento de la integridad genética. «Las E3 ligasas son proteínas que llevan a cabo reacciones químicas añan-

diendo pequeñas etiquetas proteicas a otras proteínas. Dicho etiquetado es muy dinámico y actúa modificando su estabilidad, actividad, localización, vida media, etcétera».

En esta línea, comenta que la meiosis es un tipo especializado de división celular que reduce el número de cromosomas a la mitad, creando gametos (espermatozoides y óvulos) haploides a partir de células progenitoras diploides. «Este proceso conlleva una única ronda de replicación del DNA seguida de dos rondas sucesivas de segregación cromosómica. Un aspecto crítico de la meiosis es la formación de entrecruzamientos durante la denominada profase I, donde los cromosomas homólogos, es decir, el cromosoma paterno y el cromosoma materno, se unen entre sí», indica para, a continuación, añadir que estos entrecruzamientos son «esenciales» para la separación correcta de los cromosomas durante la primera división meiótica, evitando errores que pueden dar lugar a abortos espontáneos e infertilidad. También son la causa de enfermedades cromosómicas como el síndrome de Down.

Por tanto, Alberto M. Pendás considera que el descubrimiento del papel de RNF212B en la meiosis añade una nueva capa de comprensión sobre cómo se mantiene la diversidad y estabilidad genética a lo largo de las generaciones. «Al asegurar la maduración adecuada de los entrecruzamientos,

RNF212B desempeña un papel vital en la prevención de errores meióticos que pueden llevar a problemas reproductivos graves».

Esta investigación destaca una ruta molecular que se encuentra conservada evolutivamente desde levaduras hasta mamíferos y que es de gran relevancia fisiológica para comprender la biología de los entrecruzamientos y su papel en la configuración del paisaje de recombinación meiótica en eucariotas (levaduras, plantas, animales). «La identificación de RNF212B como un factor crucial en la maduración de los entrecruzamientos subraya la importancia evolutiva de las ligasas E3 en el mantenimiento de la integridad genética durante la meiosis», destaca el profesor del Centro del Cáncer de Salamanca.

En su opinión, es un proyecto innovador porque se ha identificado la participación de una nueva proteína responsable de asegurar la correcta formación de los entrecruzamientos en mamíferos (ratón-humanos) y se ha establecido el mecanismo molecular responsable de su función.

Respecto a las ventajas, tiene claro que gracias a la combinación de diversas metodologías han podido determinar la función que desempeña in vivo en un organismo como el ratón la proteína RNF212B. «Los métodos de cultivo in vitro en ratón o humanos no recapitulan de forma robusta los procesos de división meiótica que tienen lugar en el tejido (ovario o



testículo) de los animales, por lo que es imprescindible estudiar la meiosis en animales modelo en los que la tecnología de modificación genética se encuentre desarrollada como es el caso del ratón».

Por tanto, Pendás incide en que el desarrollo y el uso de ratones modificados genéticamente permite estudiar estos procesos y extrapolar los resultados a los humanos dada la extraordinaria conservación de estos procesos en los

organismos con reproducción sexual. «Los humanos tienen la misma proteína RNF212B en su genoma y hemos comprobado que la proteína que codifica dicho gen se encuentra localizada en las mismas regiones subcelulares de los espermatozoides que en el ratón», apostilla.

En su laboratorio llevan estudiando desde hace más de 15 años estos procesos que son esenciales para la formación de los gametos y, por tanto, la fertilidad. En este

BLOG OPINIÓN

Capital humano y reindustrialización

JORGE IZQUIERDO ZUBIATE

Existe un debate abierto sobre la necesidad de reindustrializar Europa y de alcanzar la autonomía tecnológica, que se ha intensificado desde la pandemia, momento en el que los habitantes de la Pax Europea nos dimos cuenta de que la mayor parte de las utilities industriales y buena parte de los equipos especializados ya no se fabricaban en nuestra casa. Es un reto que se convirtió en una de las prioridades estratégicas de la Presiden-

cia española de la UE en 2023, intentando no sólo recuperar la capacidad industrial y tecnológica perdida sino también conectar estos nuevos desarrollos con las nuevas necesidades de la economía verde.

La UE está haciendo una gran apuesta económica por la reindustrialización en los fondos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, pero hay un apartado en el que estos recursos no

están siendo muy efectivos, el ámbito del capital humano.

Europa necesita capital humano especializado en desarrollos industriales considerados habituales y en industria pesada. CONFEMETAL estima que sector del metal en España precisa 150.000 trabajadores formados para cubrir la demanda presente y futura de sus empresas, desde soldadores y electricistas, a especialistas en tecnologías 3D y robótica.

El caso de los especialistas en soldadura es el paradigma de esta situación. Citando una entrevista reciente al CEO de AMPER «Siempre pensamos en ingenieros y matemáticos cuando hablamos de talento y, luego, en eólica marina faltan soldadores. Un buen soldador de estructuras complejas gana más que un ingeniero». En España se van a necesitar en los próximos años más de 15.000 soldados formados, de los cuales al menos un 5% deberán tener formación especí-

fica en nuevas técnicas y experiencia en sectores como el aeroespacial y de defensa, energía, e industria pesada (con salarios que pueden alcanzar los 90.000 euros). Si no se remedia esta situación deberemos importar soldados de países como Perú o Bangladesh.

Está muy bien ocuparse de las muy relevantes tecnologías digitales, pero no debemos olvidar la industria y su necesidad de especialistas. La universidad puede y debe jugar un papel relevante promoviendo la formación de estos nuevos perfiles a partir de los titulados de Formación Profesional y de los jóvenes ingenieros, utilizando las nuevas posibilidades que ofrece el esquema de formación permanente que permite la UE. La alianza entre la FP y la universidad es absolutamente necesaria para impulsar este cambio.

Jorge Izquierdo Zubiate es gerente de la Fundación General de la Universidad de Burgos.



Parte del equipo de Alberto M. Pendás en las instalaciones del Centro del Cáncer de Salamanca. ENRIQUE CARRASCA

sentido, dice que se sabe que la frecuencia con que ocurren estos entrecruzamientos difiere entre individuos y entre géneros y, aunque la causa genética que lo determina no es bien conocida, se han identificado algunas variantes en grandes estudios en diferentes poblaciones que modifican estas frecuencias.

A partir del análisis pormenorizado de estos resultados generados por otros laboratorios de forma descriptiva, este equipo sal-

mantino ha aprendido que de manera habitual se incluyen en sus listas proteínas desconocidas que potencialmente pueden estar involucradas en la división meiótica. Este es el caso, según expone, de una variante anónima adscrita al gen RNF212b que modifica la tasa de formación de los entrecruzamientos en todo el genoma.

Para el profesor del Centro de Investigación del Cáncer, este estudio abre nuevas vías para la investigación sobre los mecanismos mo-

leculares de la meiosis y sus posibles implicaciones en la fertilidad y en las enfermedades cromosómicas. «Comprender los roles e interacciones precisas de las ligasas E3 como RNF212B podría llevar a enfoques terapéuticos novedosos para abordar los errores meióticos y mejorar la salud reproductiva, así como para el desarrollo de nuevos métodos anticonceptivos no hormonales y reversibles para los hombres. La continua exploración de estos mecanismos promete

avanzar nuestro conocimiento sobre la regulación genética y su impacto en la salud humana», concluye Alberto M. Pendás.

Preguntado por la situación de la investigación y la innovación en Castilla y León, sostiene que la Comunidad está demostrando un avance significativo en el apoyo a los grupos de investigación. «En los últimos años, se ha visto un incremento en la financiación de contratos predoctorales, proyectos de investigación y centros de excelencia, lo cual es una señal positiva del compromiso de la región con la ciencia y la innovación».

En este punto, el profesor manifiesta que los contratos predoctorales son una herramienta clave para atraer y retener talento joven, permitiendo a los investigadores en formación desarrollar sus proyectos y contribuir al progreso científico. De igual forma, agrega, las iniciativas de investigación financiadas están abarcando áreas cruciales que pueden tener un impacto significativo tanto a nivel local como global, así como en la contratación de investigadores postdoctorales con experiencia.

Sin embargo, a pesar de estos avances, declara que aún queda un largo camino por recorrer. «La inversión actual, aunque en aumento, todavía es insuficiente para cubrir todas las necesidades de los investigadores y para competir con otras regiones más avanzadas en términos de apoyo neto a la investigación. Es fundamental que se incrementen los fondos destinados a la investigación y se creen nuevas políticas de apoyo que faciliten la colaboración entre instituciones, impulsando así el desarrollo tecnológico y científico de Castilla y León».

Y es que, a su juicio, a pesar del progreso económico, la inversión en educación y formación especializada, sobre todo en el ámbito científico, no ha sido prioritaria, lo que, tal y como lamenta, ha dejado a muchos jóvenes sin las oportunidades necesarias para desarrollarse en campos cruciales para el futuro.

Pendás destaca que la sociedad española muestra un reconocimiento creciente hacia la innovación científico-técnica y el talento, aunque aún persisten desafíos significativos. En los últimos años, subraya que se ha visto un mayor interés en promover la creatividad y las nuevas ideas con iniciativas tanto públicas como privadas que buscan destacar y apoyar a aquellos que contribuyen al avance tecnológico y científico.

«El respaldo gubernamental ha mejorado con más programas de financiación y becas destinadas a jóvenes talentos y a proyectos innovadores. También, en el sector privado, se observa un incremento en la inversión en startups y en el desarrollo de nuevas tecnologías. Este ecosistema favorable ayuda a que los innovadores encuentren más oportunidades para sacar adelante sus ideas».

No obstante, comenta que no todo es perfecto. «A menudo, el apoyo y reconocimiento no son lo suficientemente amplios ni sostenibles. Muchos jóvenes talentosos aún enfrentan dificultades para encontrar el respaldo necesario y, en ocasiones, la burocracia y la falta de una cultura de riesgo empresarial limitan el potencial de innovación. Además, la inversión en investigación y desarrollo sigue siendo muy inferior en comparación con otros países europeos más avanzados en este ámbito. De la misma forma la cultura científica de nuestra sociedad dista mucho de la formación de otros países de nuestro entorno. Nuestros vecinos europeos envidian nuestra capacidad para generar talentosos jugadores de fútbol y nuestra red ferroviaria de alta velocidad, pero nunca he oído a ninguno de mis colegas envidiar la financiación que recibe nuestro sistema científico. Cuando los recursos son finitos quizás lo más importante es tener claro cuáles son nuestras prioridades. La ciencia no lo es ni lo ha sido nunca», reflexiona el profesor de investigación del Centro del Cáncer de Salamanca.

BLOG OPINIÓN

No encuentran gente: háztelo tú mismo

EMILIANO MUÑOZ VICENTE

En las últimas semanas he contactado con varios oficios para llevar a cabo modificaciones y reparaciones en casa y algún vehículo. Por circunstancias, como la pereza, hemos demorado esas actuaciones varios meses y años y hacía mucho tiempo que no recurría a los servicios de albañiles, fontaneros, mecánicos, etc.

Tras decenas de llamadas y conversaciones he llegado a la conclusión de

que el profesional medio de oficios manuales tiene mucho más trabajo del que puede llevar a cabo, no consigue contratar el personal que necesita y -si tiene más de 60 años- lo que más ansía es jubilarse y cerrar. En mi muestreo local de andar por casa no detecto ilusión por el potencial de crecimiento de los negocios. Más bien están agobiados, resignados y/o convencidos para quedarse como están. O cerrar.

Hay quien me dice que la solución pasa por ofrecer mayores sueldos, no lo tengo yo tan claro. Me temo que la causa raíz está más en una mala consideración social de los oficios manuales por las circunstancias físicas en las que se desarrolla el trabajo (calor, frío, polvo, grasa, olores...) y los horarios. Hoy en día una aspiración generalizada, en los casos más proactivos, es: trabajar jornada continua, mejor 35 que 40 horas semanales, y en un entorno climatizado todos los días laborables del año. Nada que objetar. Pero debemos entender y asumir el efecto restrictivo que esa preferencia colectiva produce en el mismo colectivo: la escasez de profesionales que todos vamos a necesitar antes o después. Y, como todo, el mercado lo regula: ante el exceso de demanda de servicios sobre la oferta de buenos profesionales suben los precios y quien lo puede pagar lo paga. Para el resto siempre queda la opción del «há-

telo tu mismo». Si sabes, o quieres aprender, y estás dispuesto a pasarte horas y días sufriendo calor, frío, grasa, olores... en lugar de disfrutar de unas merecidas vacaciones de asador, churrinquito y hotel junto a una playa.

Mirando al medio plazo, no veo que la situación vaya a mejorar. Me temo que al cabo de cinco años muchos de los que me dicen que están deseando jubilarse y cerrar lo habrán conseguido. Al tiempo dudo sobre la reposición de esos profesionales con décadas de experiencia.

Pido a los distintos niveles de Administración pública, isera por políticos y funcionarios!, que trabajen de forma coordinada para revertir la situación. Mientras, voy a volver a ver los programas de Bicomanía para aprender a alicatar «en tres sencillos pasos».

Emiliano Muñoz Vicente es director de proximalsystems.net

> LEÓN

Tras las pistas del alzhéimer

Investigadores de la ULE confirman la existencia de genes de riesgo que podrían anticipar la enfermedad antes de sus primeros síntomas / En el estudio han participado más de 500 personas tanto con esta dolencia como libre de ella. Por **E. Lera**

Tiene un pronóstico sombrío. De hecho, muchos expertos alertan de que es como un elefante encerrado en una habitación. Si no se encuentra un tratamiento eficaz, puede desatar el caos. Una pandemia silenciosa que arrasa vidas a golpe de olvidos. Cuando el alzhéimer toca la puerta, no hay marcha atrás. Arrasa con todo lo que se encuentra a su paso. Primero, destruye de manera lenta la memoria y la capacidad de pensar y, con el tiempo, desata toda su ira invalidando a los pacientes hasta el punto de ni recordar los nombres de sus seres queridos, ni cómo llevar a cabo tareas tan sencillas como lavarse la cara, atarse los zapatos, incluso comer, respirar o caminar.

Por esta razón, uno de los anhelos de la comunidad científica es dar con la tecla que acabe con esta dolencia. Es más, este trastorno cerebral es un reto para la sostenibilidad del sistema sanitario y se encuentra como prioridad en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. Ya en el preámbulo se sitúa como «prioridad social y sanitaria». En este sentido, cuenta con una estrategia basada en cuatro ejes de actuación para una decena de objetivos.

Con este desafío encima de la mesa, varios grupos de investigación reman en esta dirección. Es el caso del equipo de la Universidad de León (ULE), coordinado por la profesora Leticia Sánchez Valdeón, que ha confirmado la existencia de genes de riesgo que podrían anticipar la enfermedad antes de que aparezcan los primeros síntomas. ¿Cómo lo ha logrado? A través de un estudio en el que han participado 500 personas con edades comprendidas entre los 60 y los 90 años, algunos sujetos con alzhéimer y otros libres de esta dolencia.

En concreto, detalla que en este trabajo observaron que la población diagnosticada con esta enfermedad en Castilla y León presenta la variante ApoE3 como la más prevalente, seguida de ApoE4 y ApoE2. Además, identificaron que el genotipo ApoE4 está estrechamente relacionado con este trastorno y que el genotipo ApoE2 es protector frente a él. Es por ello, según apunta, que el gen de riesgo ApoE puede servir como una herramienta objetiva de valoración y apoyo al diagnóstico precoz de esta patología.

Y es que, tal y como explica Sánchez Valdeón, el objetivo general de la investigación es mejorar la

calidad de vida de los pacientes con alzhéimer, a la vez que se dota de una herramienta basada en un biomarcador que permita detectar la enfermedad mucho antes de la aparición de los primeros síntomas para poder hacer un abordaje clínico más exhaustivo y conocer mejor el estado de salud de las personas que padecen esta enfermedad, con el fin de ayudarlas en los distintos ámbitos de su vida.

No hay que olvidar, recalca la profesora de la Universidad de León, que en la genética de la enfermedad existen dos tipos de genes, los 'deterministas', cuya presencia es causa suficiente para sufrir demencia en edades tempranas, y los genes de 'riesgo', cuya presencia en un individuo aumenta estadísticamente la posibilidad de sufrir las alteraciones neurológicas de la patología, pero no garantiza que suceda.

Para llegar a las conclusiones, que presentaron hace unas semanas en la sede de la Asociación Alzheimer León, utilizaron una técnica mínimamente invasiva, que se basa en recoger muestras de saliva de los individuos objeto de estudio. Para ello, utilizaron un kit bucal que contiene un bastoncillo con el que se recogen células epiteliales,

raspando el interior de la mejilla, «un proceso indoloro y sencillo de realizar», aunque la persona no colabore debido al deterioro cognitivo que pueda padecer. Las muestras de saliva se procesaron en un laboratorio para purificar DNA genómico y una vez obtenido el DNA se almacenó a -20°C para poder trabajar y obtener la información correspondiente de forma precisa.

Los siguientes pasos, adelanta Leticia Sánchez Valdeón, pasan por realizar otro análisis genético de ApoE en individuos con alzhéimer en diferentes comunidades autónomas españolas, con la meta de lograr una cobertura más completa a nivel peninsular. «Esta propuesta surge en respuesta a la escasa disponibilidad de estudios sobre el polimorfismo ApoE en individuos con esta enfermedad en España».

También este equipo leonés se plantea examinar el perfil glucémico de individuos diagnosticados con este trastorno cerebral y explorar su relación con el genotipo ApoE, con el propósito de analizar la asociación de la diabetes mellitus y dicho gen. A esto se suma trabajar en el impacto de algunos factores ambientales, como la dieta, en los niveles de colesterol en

individuos con esta dolencia que portan el genotipo ApoE4. «Este análisis podría proporcionar una comprensión más profunda de la interacción entre factores genéticos y ambientales en la expresión de la enfermedad», sostiene la profesora.

Un broche a una investigación que viene de lejos. Recuerda que desde sus inicios siempre se sintió atraída por la neurociencia, campo en el que se ha intentado formar. En esta línea, subraya que durante años estuvo presente en la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de León, primero como enfermera y, más tarde, ocupando un cargo de gestión. «Allí se trabaja desde una perspectiva holística y recuerda que el sentir de las familias de las personas con este diagnóstico era que sus familiares primero morían mentalmente y luego físicamente».

Por este motivo, considera que las enfermeras tienen «un papel imprescindible» en las enfermedades agudas, pero también y de forma más intensa en las enfermedades crónicas surgidas a raíz del aumento de la esperanza de vida. A esto se agregó el rodearse de investigadores que quisieran trabajar para superar este reto.



Presentación de los datos de la investigación en la sede de la Asociación Alzheimer León. UNIVERSIDAD DE LEÓN



Equipo de Nefrología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. PHOTOGENIC

>VALLADOLID

Diálisis desde el sofá de casa

El Área de Salud Valladolid Oeste implanta la hemodiálisis domiciliaria / Este tratamiento aporta mayor autonomía al paciente, comodidad y flexibilidad en los horarios / Ya se han beneficiado tres personas. Por **E. Lera**

Conectados a una máquina que les permite vivir. ¿Por qué? Sus riñones no funcionan bien y tienen que desplazarse tres días a la semana al hospital para someterse a un tratamiento que les ayude a expulsar las partículas tóxicas de su órgano enfermo. Muchos pacientes atan su vida a esta terapia; sobre todo aquellos que viven en el medio rural pasan mucho tiempo subidos a una ambulancia o coche particular hasta llegar al centro donde se enchufan durante cuatro o cinco horas a su compañero de vida. Tras filtrar su sangre, suelen sentir mareos, cansancio, incluso se les baja la tensión.

La diálisis es para toda la vida si no se someten a un trasplante. Un horizonte con demasiados días malos. Algunos enfermos llegan a pasar ocho horas fuera de casa. Una patología que ataca en silencio y silencia las rutinas. Por esta razón, cualquier válvula de escape la toman como una oportunidad para evitar estar cada dos por tres rodeados de batas blancas. Cuando escuchan tratamiento en el hogar lo ven como algo mágico: conectarse a una máquina cicladora desde el sofá es un sueño.

Ese sueño lo están haciendo

realidad ya tres pacientes del Área de Salud Valladolid Oeste, que ha implantado la hemodiálisis domiciliaria, una técnica de tratamiento renal sustitutivo que permite flexibilizar los esquemas de diálisis convencionales de tres veces por semana con una duración de cuatro horas en el hospital a 5-6 veces a la semana con una duración de entre 2 y 3 horas en casa del enfermo. De esta forma, según precisa María Verónica Torres Jaramillo, médica adjunta de Nefrología del Hospital Universitario Río Hortega, se consiguen mejores resultados clínicos y un incremento en la calidad de vida del paciente al tener mayor flexibilidad de su tiempo.

En su opinión, es un procedimiento innovador porque refleja cambios en el paradigma de la atención médica. Además, puntualiza que, gracias a los avances tecnológicos, como la creación de nuevos monitores portátiles, se facilita su manejo por parte del enfermo. «Esta técnica permite el empoderamiento del paciente, puesto que gana autonomía y control sobre su tratamiento, lo que fomenta una mayor adherencia y compresión de su enfermedad», apunta para, a continuación, añadir

que estas personas pueden realizar esta terapia en su propio entorno sin tener la impresión de estar todo el tiempo en un centro hospitalario.

En este sentido, Torres Jaramillo explica que este procedimiento es similar a la hemodiálisis realizada en el hospital o en el centro de salud, que se basa en la limpieza de productos de desecho de la sangre a través de un filtro especial y, además, elimina el exceso de líquido en el organismo en los pacientes con fallo renal. Sin embargo, indica que, en vez de realizarlo en el hospital a un horario fijo, lo puede llevar a cabo en su hogar.

Desde marzo de 2014, se dispone en España del sistema NxStage System One®, diseñado de manera específica para la hemodiálisis domiciliaria. También destaca que esta opción tiene monitores más pequeños y sencillos que los convencionales y no requiere instalación de tratamiento de agua para la producción del líquido de diálisis.

Respecto a las ventajas, la médica adjunta de Nefrología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid expone que la hemodiálisis domiciliaria aporta mayor au-

tonomía al paciente y flexibilidad en los horarios de diálisis. A esto se suma, añade, que es un tratamiento individualizado que ofrece la posibilidad de la integración social del enfermo, mayor calidad de vida, menor coste en transporte y en personal sanitario, mejor control de la presión arterial y menor tasa de hospitalización.

Esta técnica, según recuerda, ya estaba creciendo en España desde la implementación de los nuevos monitores portátiles en el año 2014. El equipo de esta área de salud, formado por María Bernárdez, enfermera; Verónica Torres, nefróloga; Ana Dorado, supervisora; Ana Belén Martínez, enfermera; y Daniel Alonso, enfermero, vio los beneficios que podrían obtener los pacientes al estar en esta técnica y decidieron implantarla en su servicio el pasado mes de agosto.

Es verdad, reconoce María Verónica Torres Jaramillo, que no es una terapia pionera, puesto que ya se realizaba en otros países como Australia y Nueva Zelanda, en los que la población vive a varios kilómetros de distancia de los centros sanitarios. En España solo el 0,3% del total de los enfermos en diálisis está en esta técnica. Aunque

las cifras globales siguen siendo todavía muy bajas, celebra que el crecimiento en los últimos tiempos ha sido muy importante y se espera un mayor desarrollo de la técnica en los próximos años.

En este punto, señala que el paciente debe tener la capacidad y la motivación para aprender a llevar a cabo el proceso técnico y su seguimiento. De igual forma, la médica adjunta de Nefrología del Hospital Universitario Río Hortega considera que es importante que la familia esté de acuerdo, ya que todos los miembros se verán implicados en el proceso. El cierre lo pone el profesional responsable que tiene que valorar si el enfermo es apto según su estabilidad clínica.

Los siguientes pasos, avanza, son seguir incrementando el número de pacientes que se puedan beneficiar de esta técnica debido a las ventajas que ofrece. No hay que olvidar que la diálisis es el tratamiento de la insuficiencia renal crónica. La persona, para seguir viviendo, tiene que conectarse a estas máquinas o recibir un trasplante. Un procedimiento de por vida que busca hacerlo todo más sencillo y compatible con el día a día de los enfermos.

> SALAMANCA

La 'app' que te recuerda la medicación

Nuvora es una aplicación gratuita que ayuda a los pacientes, en especial a los crónicos y polimedicados, a mejorar la adherencia a sus tratamientos / Ofrece la posibilidad de acceder al historial médico desde cualquier parte del mundo. Por **E. Lera**

Nueve de cada diez personas mayores toman cinco o más medicamentos de forma continuada, una cifra que no para de crecer. Pastillas para combatir el colesterol, la tensión alta, el ácido úrico, los efectos de un infarto, la diabetes... Muchos frentes abiertos con una única respuesta: fármacos y más fármacos. Olvidarse de una dosis puede poner en peligro su salud. Por esta razón, recurren a todo tipo de soluciones para evitar que ocurra. Pastilleros con los días de la semana, alarmas en el móvil, medicinas en la mesita de noche... A esta lista de opciones se suma una aplicación móvil con sello salmantino.

Nuvora —así se llama esta herramienta— ayuda a los pacientes, en especial a los crónicos y polimedicados, a mejorar la adherencia a sus tratamientos. Y es que, según puntualiza su CEO, Jaime Suárez Pérez, es importante que el medicamento llegue a las dosis indicadas por el profesional para que funcione. Para hacerlo más fácil ha creado una app que combina seguimiento inteligente de medicación, alertas predictivas de interacciones, recordatorios personalizados y contenido educativo sobre la enfermedad de cada paciente.

En este sentido, comenta que se utilizan tecnologías como la inteligencia artificial y *blockchain* para personalizar las recomendaciones y proteger la privacidad de los datos sensibles. También cuenta con un programa de recompensas económicas que incentiva a los usuarios a compartir datos médicos de manera anónima para la investigación, lo que contribuye a mejorar la salud financiera de los enfermos. «Varios estudios han demostrado que las malas finanzas pueden conllevar una peor gestión de la salud».

De esta manera, sostiene que abordan de forma integral los principales problemas, como son: la falta de cumplimiento de la medicación, el desconocimiento sobre algunos fármacos, la falta de motivación y las interacciones farmacológicas. Sobre este último punto, Suárez Pérez alerta de que uno de cada tres pacientes mayores de 65 años acaba hospitalizado al menos una vez en la vida debido a una incompatibilidad entre medicamentos.

Nuvora, en su opinión, es como llevar al farmacéutico en el bolsillo. En este punto, explica que al iniciar sesión por primera vez el usuario introduce sus tratamientos escaneando las cajas de los



Jaime Suárez Pérez, CEO de Nuvora. EL MUNDO

medicamentos. A partir de ese momento, la aplicación configura alarmas personalizadas y envía notificaciones para recordar al paciente que tiene que tomar los fármacos prescritos por su médico. Además, subraya que si detecta interacciones entre sus medicamentos envía una alerta para prevenir posibles complicaciones.

Otro punto interesante, según

informa, es que los pacientes pueden compartir información de manera anónima y recibir recompensas por ello. A esto se suma que los profesionales sanitarios y las residencias pueden acceder a estos datos, lo que les permite ofrecer un asesoramiento más completo y fiable, garantizando a la persona los mejores cuidados. Sin dejar de lado, inci-

de el CEO de esta plataforma, que los investigadores pueden entrar en la base de datos y aprovechar información para sus estudios sobre nuevos tratamientos, hábitos de consumo o enfermedades raras.

Respecto a las ventajas, tiene claro que la principal es que los usuarios tienen la seguridad de que sus datos están protegidos,

pero, a la vez, accesibles para que los profesionales sanitarios desde cualquier parte del mundo puedan acceder a su historial, lo que hará que sus diagnósticos sean más certeros al tener todos los datos sobre sus dolencias, tratamientos, operaciones... «Proporciona una visión integral de la historia clínica del paciente, algo que en la actualidad no sucede entre comunidades autónomas, ciudades o incluso dentro de los mismos hospitales, mejorando la capacidad del médico para asesorar al enfermo», celebra antes de añadir que facilita un mejor control de la adherencia del paciente, superando métodos actuales como el autoinforme o el recuento de pastillas, que no son fiables y pueden manipularse fácilmente.

Otro valor añadido, a su parecer, es que la aplicación acompaña a los usuarios en su día a día, asegurando que no olviden sus tomas diarias y resolviendo dudas sobre cómo tomar sus comprimidos, jarabes o sobres. El broche lo pone, incide el CEO de Nuvora, que si el paciente lo desea puede compartir sus datos de forma ética y transparente, sabiendo en todo momento quién los utiliza y para qué, mejorando su experiencia de salud. Asimismo, manifiesta que una opción es compartir sus datos y recibir el 33% de las ganancias, lo cual puede ser «un alivio financiero» a final de mes.

Todo surgió, tal y como recuerda, cuando empezó a entender cómo funcionaba el *blockchain* y las utilidades que podía ofrecer. «Me di cuenta de que, en el sector de la salud, esta tecnología estaba muy infrutilizada a pesar de ser un área con un enorme potencial de crecimiento debido a que es un sector muy tradicional. Además, observé que los datos de los pacientes no estaban seguros, ya que los hospitales de nuestro país sufren *hackeos* constantemente. Tampoco los datos de los pacientes fluían correctamente entre los profesionales de la salud».

Con este reto encima de la mesa se lanzó a plantear una solución que cambiara esta situación. Tras participar en el programa Explorer del Banco Santander en 2023, vieron que era viable, así que siguieron aprendiendo más y más en diversos programas de emprendimiento como Prepare to Launch del Babson College o el programa de la Fundación Tatiana. De igual forma, expone que el pasado mes de junio recibieron el premio Iniciativa Campus Emprendedor en la categoría Proyecto Empresarial.

El PP dice que la listas de espera mejoran y ataca la «crítica sin base» del PSOE

«Villar practica su gran afición, usar la Sanidad para asustar»

SORIA

El lunes el PSOE, a través de la procuradora Judith Villar, calificó de «injustificables» las listas de espera sanitarias señalando el «empeoramiento» de las cifras. Ayer, el PP respondió, asegurando que las cifras «mejoran» y cuestionando la «crítica sin base» del PSOE.

El procurador del PP de Soria en las Cortes, Pedro Antonio Heras, aseguró ayer, a través de un comunicado, que las cifras de espera en intervenciones quirúrgicas y consultas externas «han mejorado notablemente en el último año», desmintiendo las críticas de la socialista «que persiste en sembrar incertidumbre». «Una vez más, la socialista Judith Villar insiste en practicar su gran afición, que no es otra que utilizar un tema tan sensible y serio co-

mo la Sanidad para asustar a los sorianos».

Desde el PP inciden en que «respecto a las listas de espera quirúrgicas, si comparamos los datos de este segundo trimestre del año con las cifras del mismo periodo del año pasado, en Soria se ha reducido la demora media en 17 días». Heras destaca que «hemos pasado de 81 días de demora media para ser intervenido quirúrgicamente hace un año, a 64 días de demora media». Además, indican que «el número de pacientes en espera para una intervención quirúrgica es de 924 cuando hace un año esa cifra alcanzaba los 952 pacientes».

También, según la información del PP, se ha reducido el número de pacientes en espera estructural para una

primera consulta externa. Hace un año había 7.010 pacientes en espera. A finales de junio de este año eran 6.715 los pacientes en espera. Hay 295 pacientes menos esperando. Y además esperan 48 días menos para una consulta. Porque se ha pasado de 129 días de media de espera a 81 días en el último año. Se ha conseguido reducir el número de pacientes en espera para una prueba diagnóstica. En un año se ha pasado de 1.504 pacientes a 1.033.

«La forma de hacer política del Partido 'Sanchista' y sus adláteres en Soria se basa en el catastrofismo y en asustar a los sorianos. Y para ello, no dudan en mentir las veces que haga falta, aunque en idioma del 'Doctor Sánchez y la Catedrática' le llamen cambiar de opinión», señaló Heras.

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Jueves 25 de julio 2024

Envía **SOY HUMANO**
al 28033

Juntos
salvaremos
más vidas



**MÉDICOS
SIN FRONTERAS**

www.msf.es/serhumano

CASTILLA Y LEÓN

Familia destina 70.000€ para atención sanitaria de inmigrantes refugiados

El Gobierno autonómico aprueba una ayuda para Cruz Roja y Accem para reforzar la autogestión sanitaria y de seguridad de los demandantes de protección internacional

VALLADOLID La Junta de Castilla y León, a través de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, destinó una ayuda de 70.000 euros a Accem y Cruz Roja para la atención sanitaria de inmigrantes refugiados. Debido al incremento y recrudecimiento de los conflictos bélicos, aumentan los desplazamientos de personas a Europa, muchos de ellos como solicitantes de asilo, según recoge el propio Gobierno autonómico.

Por este motivo, la Junta destina 70.000 a estas dos ONGs para continuar implementando el 'Programa de atención sociosanitaria a personas solicitantes y beneficiarias de protección internacional'. El propósito de esta actuación es reforzar la atención y el apoyo a este colectivo a través de pisos de acogida o en centros de la Comunidad. Esta ayuda, que se otorga desde 2018, se distribuye con 23.500 euros para Accem y 45.738 para Cruz Roja.

Este programa, que ya ha beneficiado a más de 2.500 personas solicitantes y beneficiarias de protección internacional, continuará este 2024 avanzando en la creación de hogares y centros residenciales avanzados tecnológicamente, a través de la instalación de equipos de telemonitorización en materia de salud y seguridad. Para su correc-

to funcionamiento, es necesario formar a las personas usuarias en la utilización de estos dispositivos de seguimiento a distancia, con el objetivo de alcanzar el máximo grado de autogestión. Además, están previstas distintas campañas preventivas en el ámbito de la salud, cuya pretensión es instruir en la esfera sociosanitaria tanto a los usuarios como a sus familias.

Cruz Roja, por su parte, destinará su asignación a sufragar los gastos de personal para dicha formación, así como para la coordinación, seguimiento y evaluación del proyecto. Una parte irá dirigida tanto al propio funcionamiento de los terminales como a la atención de alertas y situaciones de emergencia desde la propia central de la entidad en Castilla y León.

En cuanto a Accem, la subvención cubrirá los gastos de atención de estas personas por parte de los profesionales en sus pisos de acogida y centros de la Comunidad, así como los costes de desarrollo y mantenimiento de talleres y jornada, que incluirá una jornada técnica profesional.

El Consejo de Gobierno aprobó otra subvención a una ONG, a propuesta de la Consejería de Presidencia. En esta ocasión es para la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Orien-

te Próximo (UNRWA) con 35.000 euros que se dedicará a la compra de kits para ayudar a entender las necesidades higiénicas y sanitarias en los campos de refugiados en Siria.

Se espera que dichos kits sean repartidos entre más de 1.000 personas de edad avanzada, con discapacidad y en situación extrema de vulnerabilidad, de las que más de la mitad serán mujeres. El objetivo es garantizar una higiene adecuada que prevenga la incidencia de enfermedades infecciosas, contagiosas y parasitarias, muy comunes entre una población que tiene especiales dificultades para acceder a medicinas y a agua potable.

El contenido de los kits es variado y personalizado, atendiendo a las necesidades sanitarias y de higiene que pueda tener cada una de las personas atendidas, en función de su sexo y edad. La distribución de estos kits será organizada para garantizar la seguridad de los beneficiarios y evitar aglomeraciones. También se tendrán en cuenta las condiciones de accesibilidad física, para facilitar que las personas mayores o con diversidad funcional puedan recibir la ayuda de la mejor forma posible.

Los campos de refugiados en Siria son un destino común de las ayudas humanitarias a nivel interna-

cional. Sin embargo, las necesidades de higiene no siempre centran la atención de los donantes, y su cobertura sigue sin ser la adecuada.

Por este motivo, la Junta de Castilla y León considera fundamental atender esta necesidad en la medida de sus capacidades, y seguir contribuyendo a atajar la crisis de los refugiados en Siria desde todos los ángulos que sea posible, para llegar a ofrecer una respuesta integral en colaboración con toda la comunidad internacional.

Todas las ayudas humanitarias que concede la Junta de Castilla y León están destinadas a salvar vidas en contextos de crisis cronificadas, donde la emergencia humanitaria se ha perpetuado debido a situaciones desfavorables que se extienden en el tiempo. Así lo determina el IV Plan Director de Cooperación al Desarrollo de la Junta de Castilla y León 2023-2026.

Por ello, el Gobierno autonómico considera esencial que la colaboración a través de la ayuda humanitaria tenga un carácter sostenido a lo largo del tiempo en el mismo sitio. En este sentido, la Consejería de la Presidencia prioriza conceder estas ayudas a los diferentes proyectos que han demostrado su buen funcionamiento y que han arrojado un balance positivo en años anteriores.

CCOO denuncia la falta de personal en Sacyl para emergencias extrahospitalarias

VALLADOLID Comisiones Obreras denunció este jueves la «incapacidad» de Sacyl para cubrir la falta de personal suficiente para la atención de emergencias extrahospitalarias y lamentó que, a pesar de haber tratado de contactar con la Gerencia de Emergencias Sanitarias para solicitar explicaciones por ello, «no se ha obtenido respuesta».

Tras tener conocimiento de la existencia de Unidades Medicalizadas de Emergencias sin médico y otras en las que se utilizan médicos sin especialidad, el sindicato mostró su «gran preocupación» por la merma de calidad en la atención extrahospitalaria y la sobrecarga laboral de los profesionales que aún prestan servicios, informalcal.

Además, tras haber mantenido múltiples reuniones con la Asociación de Sanitarios de Emergencias de Castilla y León y la Gerencia de Emergencias Sanitarias, consideraron que la situación «está llegando a un punto insostenible» en el que interpretaron «una incapacidad por ambas partes

de llegar a un acuerdo», lo que, «unido al déficit mantenido de profesionales», está llevando la situación «al límite».

Ante esta situación, consideraron «urgente» que la Gerencia Regional de Salud «salga del inmovilismo permanente» en el que se encuentra respecto a las emergencias y negocié las condiciones laborales y retributivas de estos profesionales con sus representantes legales y «valorando sus reivindicaciones».

Por ello, CCOO instó a la Gerencia Regional de Salud a que convoque mesa sectorial para que los sindicatos negocien «unas condiciones laborales y retributivas acordes a las especiales circunstancias de los profesionales y se terminen los agravios comparativos respecto a otras comunidades».

Hace escasas fechas el sindicato Comisiones Obreras denunció también otra situación sanitaria. Criticó que la Gerencia Regional de Salud «ha dado instrucciones» para que la apertura de

los centros de salud urbanos de Zamora por las tardes «sea, únicamente, con personal de enfermería y personal administrativo» y apostilló: «Incluso, en algunos centros tendrán que hacer contrataciones de este personal administrativo en el mes de agosto, puesto que solo tenían previsto el mes de julio».

En este sentido, CCOO consideró que la situación «ofrece una falsa imagen de apertura» de centros de salud cuando, en realidad, «no hay personal médico en estos centros para atender a la población» y el personal de enfermería y administrativo de Atención Primaria «se verá obligado a derivar, en muchos casos, a la población a la Atención Hospitalaria, saturando una vez más las consultas y las urgencias», lo que constituye «una nueva muestra de mala organización del personal», a juicio de la organización sindical.

«Además, supone una nueva discriminación entre categorías profesionales, pues tanto personal de enfermería como administrativo, ha de

asumir el funcionamiento habitual del centro pero sin personal médico», apuntaron.

«Llevamos mucho tiempo denunciando la deficiente atención sanitaria a la población de Castilla y León, que se ve agudizada en verano por la falta de organización de nuestra gerencia, que es incapaz de planificar ni a corto ni a medio ni a largo plazo y que sigue empeñada en generar discriminación de unas provincias respecto a otras», criticaron.

Por último, Comisiones Obreras indicó en que, mientras «pretenden implantar» en Zamora «este modelo de apertura sin personal médico», algunas provincias «abren los centros de salud de manera ordinaria y con todas las categorías imprescindibles» para la prestación de asistencia sanitaria y otras, «que no disponen de personal suficiente, han decidido cerrar sus centros en horario de tarde».

Por ello, CCOO exigió a la Gerencia Regional de Salud una «postura unificada» respecto a la atención que se presta en los centros de salud y que «asuma su responsabilidad ante la falta de previsión y no descargarla en ciertas categorías que se pueden ver afectados por los posibles conflictos que esta situación genere».

CASTILLA Y LEÓN

Vázquez asegura que la «demora media» en Primaria es de «1,5 días»

● El consejero reconoce que «es difícil abrir en algunos centros con médico porque no los hay» y critica al Ministerio por no meterle «el diente» al déficit de médicos de familia

R. RUANO VALLADOLID
El verano es una etapa complicada en lo que se refiere cuestiones médicas y en ocasiones presenta dificultades para los usuarios, pero el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, sostuvo que «la demora media general en espera es de un día y medio». Una situación que se da en «casi el 80%» de los médicos de Atención Primaria de Castilla y León, una espera puede llegar hasta los cuatro, cinco o, incluso, los diez días en núcleos urbanos. En cambio, hay una doble vía para ser atendido por el médico de cabecera: la atención presencial o telefónica. Esta espera media de 1,5 días no diferencia de la atención presencial o a través del teléfono.

Pese a no especificar la demora en la atención presencial, Vázquez apuntó que «se está cubriendo la asistencia» y «se están manteniendo las demoras dentro de un límite razonable». Sobre la asistencia sanitaria en términos generales, el consejero sostuvo que «el verano está transcurriendo con alguna contingencia», aunque afirmó que «se está cubriendo la asistencia».

Pese a defender que sí se está cubriendo la asistencia, el titular de Sanidad reconoció que sí se han

cerrado consultorios durante la época estival. «Es difícil a veces en algunos centros abrir con médico porque no los hay», dijo Vázquez durante su visita a las obras del centro de salud de La Magdalena en Valladolid. Pese a este cierre de instalaciones, señaló que «sí se pueden seguir dando servicios de enfermería, de rehabilitación, en aquellos sitios donde hay lista de espera».

El consejero de Sanidad recomendó a los usuarios que acudan al centro de salud si necesitan una cita sin demora y no la consiguen en el plazo deseado con la Sacyl Conecta. Una recomendación a los usuarios, porque en los centros de salud urbanos se han activado las consultas de rebosamiento, donde los profesionales pueden trabajar de forma voluntaria, para reducir las listas de espera. Igualmente, el titular de Sanidad defendió la apertura por las tardes de los centros de salud. El titular de Sanidad defendió la apertura por las tardes de los centros de salud, por ejemplo, de Burgos aunque sea sin médico, ante la dificultad para contar con estos profesionales. Sin embargo, explicó que esta medida busca que se puedan reducir las listas de espera en enfermería, rehabilitación o trabajo social

si existen, aunque no haya asistencia médica.

Vázquez también se manifestó sobre otra de las polémicas de este verano entre autonomías y Ministerio, los MIR que no se han sumado al sistema sanitario. El consejero aseguró que Mónica García ha perdido «una buena ocasión» con la última oferta de formación sanitaria especializada para haberle «metido el diente» al déficit de más de 2.600 plazas de Medicina Familiar y Comunitaria, y argumentó que la falta de estos profesionales es a su juicio el «problema más grave» del Sistema Nacional de Salud.

Vázquez se refirió a la aprobación de la oferta de formación sanitaria especializada por el sistema de residencia, que recoge en Castilla y León 755 plazas para el año que viene «el 96% de las 787 acreditadas por el Ministerio de Sanidad», frente a las 744 de 2023 o las 735 de 2022, informa Ical.

En ese sentido, el titular de Sanidad destacó que la Comunidad pone a disposición de los titulados «toda la capacidad docente y señaló que les gustaría que fuera «mayor» por lo que reclamó que se flexibilice la acreditación para ofrecer más plazas en el medio rural de Familia. «Es-

peremos que algún año de estos nos hagan caso, aunque sea tarde y mal», dijo una vez que el Ministerio ha aceptado la eliminación de la nota de corte, que recordó llega «dos años después», con 400 plazas «perdidas».

En ese sentido, Alejandro Vázquez explicó que en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria han convocado el 100% de las autorizadas, 190, y señaló que les gustaría aumentar este número, ya que recordó están pidiendo 1.000 nuevas en tres años. Por el contrario, censuró que el Ministerio de Sanidad haya añadido 16 este año, ni siquiera una por comunidad, por lo que consideró que ha dejado pasar la oportunidad para reducir el déficit de profesionales.

Finalmente, el consejero de Sanidad confió en que se cubran todas las plazas de formación que se oferta, si bien reconoció que esto dependen en parte de la «voluntad» de los aspirantes. No obstante, señaló que la eliminación de la nota de corte puede facilitar que algunos se planteen elegir algunos destinos que no tenían previsto inicialmente. En la última convocatoria, quedaron sin cubrir 47 plazas de las 190 ofertadas, tras la repesca que captó a 34 MIR.

LEÓN

LA FAO ELIGE A LEÓN COMO CANDIDATA A CIUDAD VERDE

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura ha elegido a León como una de las ciudades candidatas en su iniciativa de ciudades verdes de reciente creación, valorando el proyecto de desarrollo triplemente sostenible, la apuesta por la mejora de la calidad de vida, las acciones para la descontaminación y el trabajo por la economía circular que ha puesto en marcha el Ayuntamiento de la capital. La iniciativa se basa en mejorar el entorno urbano y fortalecer los vínculos entre el medio rural y el urbano. /ICAL

PALENCIA

RESCATAN A UN MONTAÑERO TRAS CORTARSE EN EL ALMONGA

El Gobierno vuelve a convocar la plaza de médico de la prisión

El BOE abre nuevamente el proceso selectivo de la plaza

SORIA
El BOE del 26 de julio publicaba la resolución de Instituciones Penitenciarias por la que se convoca el proceso selectivo para la selección y nombramiento de veinte funcionarios interinos del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria. De esta forma, el Gobierno de España vuelve a convocar la plaza de médico del centro penitenciario de Soria, tras varios intentos infructuosos.

El BOE ha publicado la convocatoria del proceso selectivo para la selección y nombramiento de personal funcionario interino del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Una de las veinte plazas convocadas es para el Centro Penitencia-

rio de Soria.

Actualmente, tras la renuncia de diversos médicos interinos que fueron asignados al centro por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, un facultativo contratado de un centro médico privado presta el servicio durante cuatro horas diarias, dos días en semana, según explica la Subdelegación.

Recibe el apoyo del equipo de cuatro enfermeras del centro penitenciario y de tres auxiliares de enfermería también de la plantilla de Instituciones Penitenciarias. Una de las cuatro enfermeras acaba de jubilarse, pero Subdelegación dice que espera cubrir la plaza «lo más pronto posible».

La asignación de médicos que cubren las plazas del centro penitenciario de Soria se ha intentado sin éxito en repetidas ocasiones. Con la llegada de un facultativo de plantilla se mejoraría la atención y se evitarían algunos de los traslados que han de realizarse al hospital de Soria.

El proceso selectivo que acaba de convocar la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias está dirigido a las personas aspirantes que se encuentren en posesión del título de licenciatura o grado en Medicina o licenciatura en Medicina y Cirugía.

No es obligatorio estar en posesión del título de Médico Especialis-



Cárcel en el barrio de Las Casas. M.T.

ta en Medicina de Familia y Comunitaria o en Medicina Interna, aunque pueden presentarse como aspirantes las personas que posean dichos títulos de especialistas, o tengan cumplidas las condiciones para obtenerlo en la fecha de finalización

del plazo de presentación de solicitudes. Esta presentación se hará por vía electrónica y se realizará en el plazo de diez días hábiles contados a partir del siguiente al de la publicación de esta convocatoria, que recogió el BOE de 26 de julio.

SALUD | UNA SITUACIÓN RECURRENTE UN AÑO MÁS

RAÚL VELASCO (SPC)

Sucede durante todo el año, pero la situación se agrava en verano: no hay médicos suficientes en el sistema para atender la exigente demanda del período estival. Una problemática que España lleva arrastrando durante mucho tiempo y que parece lejos de encontrar solución. Pese a que es una cuestión que depende de las inversiones concedidas por cada Comunidad Autónoma, el déficit en la cobertura de consultas de Atención Primaria afecta a todo el territorio nacional.

El origen de esta alarmante tesitura tuvo lugar durante la pandemia, que provocó en 2020 que los especialistas en formación comenzaran su período de prácticas en septiembre en vez de en junio, como es habitual. Por eso, durante los meses de verano, hay una promoción menos de los profesionales de las diferentes categorías. De esta manera, al mismo tiempo van a coexistir dos generaciones que estudiarán cuarto curso, mientras en el mismo tramo de 2025 se juntarán dos hornadas de quinto año de especialidad, habiendo siempre escasez en esta estación.

Este hecho, añadido a las vacaciones que la mayoría de sanitarios -como todo el mundo- se reserva para esta época y a las irregularidades de las autonomías en el reparto de ayudas, obliga a poner solución a una falta de recursos y planificación acuciante.

Bajo el prisma de Francisco Martínez, el presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) en Castilla y León, el remedio pasa por focalizarse en la previsión. Dado que los incrementos de carga de trabajo en verano son recurrentes, tanto por el número de pacientes en las ciudades vacacionales como en las zonas rurales, las comunidades deberían centrar sus esfuerzos en dimensionar las plantillas de médicos de tal manera que estas sean suficientes para cubrir los aumentos temporales de demanda. Martínez asegura que un aumento del 20 por ciento de profesionales sería suficiente para corregir esta cuestión. Pese a ello, los gestores siguen alegando que hay falta de trabajadores, cuando en realidad, la crítica hay que realizarla desde otra perspectiva. «Lo que no hay son especialistas con la titulación requerida que estén dispuestos a admitir contratos precarios y con malas condiciones. Por ello, el proceso que suelen seguir estas perso-

NO HAY QUIEN ME ATIENDA

Como cada verano, la falta de médicos en primaria supone un desafío para el sistema, 'ahogado' por la carencia de profesionales con titulación y donde el ámbito rural se convierte en el principal damnificado

FRANCISCO MARTÍNEZ, PTE SEMERGEN EN CASTILLA Y LEÓN

«Lo que no están dispuestos a admitir los especialistas con titulación es a trabajar mediante contratos precarios»

«El colectivo más afectado puede ser el de los niños, dado que el déficit de pediatras en las zonas no urbanas es más acusado»



nas es realizar la especialidad y, posteriormente, «marcharse de aquí», lo que demuestra que no van a conformarse con unas cláusulas que no les satisfagan. En este sentido, se genera una sobrecarga más aguda en el terreno rural donde, como es lógico, hay menos profesionales que en las zonas urbanas justo en el momento en el que estos núcleos suelen aumentar su población. Con esta escasez de personal, los que se ven obligados a soportar las citas son los que sí se quedan en estos pueblos, aunque lo hacen «buscándose la vida co-

mo pueden». Estos médicos se tienen que desplazar con sus propios vehículos hasta municipios que se encuentran a decenas de kilómetros de sus hogares, con el consiguiente gasto en combustible. Martínez afirma que, pese a que las regiones dotan con una especie de dieta a los profesionales para cubrir el precio de los depósitos, los viajes «no les salen rentables», por lo que muchos ni se plantean la idea de trabajar de esta manera regularmente.

Respecto al segmento de población que más carencias existencia-

les pueden tener en las zonas rurales, Martínez precisa que podrían ser los niños, dado que el déficit de pediatras en estas localidades es más acusado. «Una vez más, su atención recae en los médicos de familia, por lo que aumenta la presión asistencial», agrega el presidente de Semergen en Castilla y León. En cuanto a la tercera edad, sostiene que, aunque este colectivo sea abundante en los pueblos y su pluriopatología demanda más cuidados, «están acostumbrados a satisfacer todos los veranos sus consultas».

Sobre si los turistas extranjeros

Un incremento del 20 por ciento en las plantillas sería suficiente para cubrir la demanda

172 millones

Las ayudas del Gobierno para mejorar la situación de la Atención Primaria en verano van llegando paulatinamente. El Consejo de Ministros aprobó el pasado 16 de julio la distribución a las comunida-

des de más de 172 millones de euros para este ámbito, «una financiación destinada a la formación de los profesionales, la mejora de la coordinación y la adquisición de nuevo equipamiento médico».

La ministra de Sanidad, Mónica García, informó en un mensaje publicado en la red social X, de que se trata de una partida finalista, «que irá dedicada a formación, infraestructuras y novedosos equipamientos». La titular de la cartera recordó que para el Ejecutivo, la Atención Primaria tiene una importancia capital y, de esta forma, se dio «un pasito más».

Además, García avanzó que el Gobierno sigue trabajando en paralelo en un nuevo plan de asistencia sanitaria que reduzca la carga burocrática.

Sanidad informó que la intención de la Administración es mejorar la formación de profesionales sanitarios y no sanitarios en su capacidad de resolución en el ámbito de la Primaria, promover es-

trategias de intervención en situaciones de complejidad con el foco en la atención domiciliar y el desarrollo de herramientas digitales.

Además, con esta partida también se impulsarán acciones que favorezcan el empoderamiento de los pacientes y se optimicen los procedimientos administrativos y la coordinación con otros niveles asistenciales.

¿QUÉ COLAPSA LAS URGENCIAS?

Gastroenteritis, quemaduras, conjuntivitis y contusiones son las principales causas de consulta durante los meses de vacaciones

AGENCIAS

Que nunca es un buen momento para enfermar o sufrir cualquier alteración o accidente, es evidente... pero peor todavía sienta si algo así sucede durante las vacaciones. Así que precaución porque nadie está exento de poder sufrir gastroenteritis, quemaduras, conjuntivitis o, por supuesto, contusiones de cualquier índole. Porque estos son los tres principales motivos de consulta al médico durante el verano, según explican los especialistas de HM Hospitales.

En esta época aumentan significativamente el número de citas, sobre todo por factores estacionales que afectan tanto a adultos como a niños, como el calor, la humedad, la exposición al sol, el calzado y los cambios en la alimentación y entorno.

Según el doctor Alberto Puertas, coordinador de Urgencias del Hospital HM Málaga y el Hospital Internacional HM Santa Elena (Torremolinos), «es importante no automedicarse y acudir al hospital para la exploración y tratamiento ante determinados síntomas, ya que algunas enfermedades requieren atención inmediata».

En el caso de la gastroenteritis, los indicios se asocian a diarrea, vómitos, dolor abdominal y fiebre. Para ello, es importante lavarse las manos con frecuencia, especialmente antes de comer y después de ir al baño, así como consumir alimentos bien cocidos y perfectamente refrigerados.

Otra de las patologías frecuentes es la conjuntivitis, que puede ser causada por bacterias, virus o hongos. «Si nuestros ojos presentan enrojecimiento, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo o secreción, debemos ser atendidos por un facultativo para evitar que el cuadro evolucione negativamente», explica el doctor, quien recomienda «evitar tocarnos la cara con las manos sucias, usar gafas



Los más pequeños son también los más vulnerables a ciertas alteraciones.

de natación y no compartir toallas». Por otro lado, para evitar los casos de otitis, el sanitario aconseja secar bien los oídos después de nadar, usar tapones y evitar el uso excesivo de auriculares.

La cistitis es más común en mujeres durante el verano. El uso prolongado de trajes de baño es uno de los motivos más frecuentes. Los síntomas incluyen «dolor

al orinar, necesidad frecuente de ir al baño y malestar abdominal». En ocasiones se presenta sangre en la orina y en los casos más graves se acompañará de fiebre.

Además, en el servicio de Urgencias figuran consultas relacionadas con hongos y contusiones. Las infecciones por hongos son comunes este tiempo debido a que el calor y la humedad favore-

cen el crecimiento de estos microorganismos. Los síntomas incluyen picazón, enrojecimiento y descamación de la piel. Para evitarlo, el especialista insiste en «mantener los pies y la piel bajo los pliegues secos y usar calzado transpirable, evitar caminar descalzo en piscinas y duchas, y usar calcetines de algodón».

En cuanto a las contusiones, Puertas señala que se producen por el uso de chanclas, por andar descalzos y por los resbalones en piscinas. «Se creará un hemato-

Se debe consultar al facultativo, ya que a veces se requiere atención inmediata

ma e inflamación en los dedos afectos, debiendo acudir siempre a Urgencias para realizar la correspondiente radiografía y descartar cualquier fractura».

Por otro lado, «entre los principales motivos de consulta entre los más pequeños se encuentran quemaduras solares, picaduras, otitis y alergias», apunta la doctora María González, coordinadora de la Unidad de Pediatría del centro, quien añade que «en el caso de la otitis es necesario ir a Urgencias para mitigar el dolor y suministrar antiinflamatorios y antibióticos solo si se precisan para frenar la evolución».

Para evitar quemaduras solares, recuerda que es importante aplicar un protector de amplio espectro con SPF 50 cada dos horas, y después de nadar o sudar.

Por otro lado, la pediatra recomienda usar un repelente de insectos adecuado para niños y revisar su piel regularmente para detectar picaduras o erupciones.

significan un plus añadido a esta presión sanitaria, el dirigente asevera que los centros se masifican más en el litoral, pero el resto de territorios tampoco está completamente exento de esta saturación. Por ejemplo, la ruta del Camino de Santiago alberga muchos visitantes, aunque asegura Martínez que se les brinda una «asistencia excelente», pese a que sea a través de un «incremento de la carga de trabajo».

OPTIMISMO. No obstante, el responsable de Semergen quiere mostrarse optimista ante esta coyuntura. «Estoy convencido de que las autonomías, de una u otra forma, van a ir mejorando las condiciones de los médicos para atraer y asegurar la asistencia de la población en un futuro», indica Martínez.

«Se están contratando a muchos profesionales sin la especialidad de Medicina de Familia para cumplir con el momento, pero lo ideal sería que, con un poco más de esfuerzo, se cubran las plazas con sanitarios con la titulación pertinente, ya que lo contrario es engañar un poco al ciudadano», sentencia.

Rutas inteligentes para brindar cobertura a los pueblos

Una investigación en la que han participado la Universidad Politécnica de Valencia (UPV), la Universidad Abierta de Cataluña (UOC) y la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) ha utilizado algoritmos para crear rutas eficientes para vehículos de asistencia médica y permitir, de esta manera, que las zonas rurales puedan tener acceso a este servicio.

El objetivo es hacer más eficientes los desplazamientos de los profesionales sanitarios en territorios ubicados a más de 45 minutos a

ple o en bicicleta de un centro médico de Atención Primaria. En concreto, el estudio utilizó algoritmos de enrutamiento, que con los encargados de diseñar los trayectos más eficientes según parámetros como las prioridades, los tiempos de visita y la distancia de los dos emplazamientos. «Pese a que es una simulación llevada a cabo en Segovia, es perfectamente trasladable a cualquier otra parte de España», afirma el profesor de los Estudios de Economía y Empresa de la UOC, Cristian Castillo-Gutiérrez.



'TODAS MUSCULADAS', EL DOCUMENTAL QUE MUESTRA UN MUNDO DEPORTIVO SEXISTA: "AÚN ES UNA LUCHA"

Testimonio. París 2024 logrará una histórica paridad de género, pero aún estamos lejos de la igualdad, según la serie de ARTE.tv que retrata décadas de prejuicios

Por Cristina Galafate

Deporte sí, pero con moderación. No hace tanto tiempo que se pronunciaban impactantes mensajes de veto hacia la mujer, como éste que deja el documental *Todas musculadas*. En esta colección disponible en ARTE.tv, plataforma de streaming gratuita, participan expertas historiadoras o psicólogas del deporte, además de atletas profesionales, como la futbolista francesa Mélissa Plaza, quien ofrece su testimonio a las puertas de los primeros Juegos Olímpicos de la paridad.

La primera vez que las mujeres formaron parte de la expedición como deportistas fue precisamente en París 1900. Un 2,2% de los participantes. Han tenido que pasar 124 años para llegar a un 50% de representación femenina. En concreto, 5.250 atletas de cada sexo. Pese a las cifras, aún estamos lejos de la igualdad, reivindica la jugadora a *Papel*: «Las mujeres tienen que rendir dos o tres veces más que los hombres para que sean tomadas un poco en serio». Detalla numerosas escenas de discriminación a lo largo de su carrera. «Desde niña siempre sentí que éste era un mundo de hombres, incluso cuando me convertí en una joven adulta y en una jugadora de fútbol profesional».

Tras retirarse, Plaza es un ejemplo de cómo una atleta puede trascender al deporte, utilizando su voz y su influencia para generar cambios significativos en la sociedad. «Teníamos las mismas exigencias en el campo, pero no las condiciones ni el reconocimiento para conseguir logros y progresar». Y no era ni es sólo una cuestión de salario, protesta. «Por supuesto que las mujeres cobran mucho menos que los hombres, al menos 12 veces, por el mismo esfuerzo y sacrificio. Las diferencias son abismales, pero la discriminación en el fútbol se encuentra en los detalles más pequeños».

Enumera que se ha llegado a cambiar en cuartos oscuros improvisados o en el vestuario de los árbitros porque no había para ellas, que la ropa siempre era más grande (calcetines de hombre de 9,5, que corresponde aproximadamente a una talla 43 en Europa). «Eso no impide que los jefes te exijan un buen rendimiento. Para ser sincera, siempre tuve la impresión de que nos habían invitado al aperitivo pero que no debíamos esperar quedarnos a cenar. Como mujer siempre tienes que conformarte con las migajas que te dejan. Cada detalle te hace sentir que no vales», cuenta rotunda.

¿Qué opina del triunfo de sus compañeras campeonas españolas? «Incluso cuando ganan un Mundial, siempre hay un hombre que eclipsa su éxito. ¿Por qué sigue siendo menos interesante? Porque a la gente no le interesan las mujeres. Y punto», zanja. Para ella, el fútbol no sólo es el espejo de nuestra sociedad, sino que nos muestra «lo lejos que estamos de un trato de respeto y dignidad hacia las mujeres».

Confiesa que en Francia todo el mundo tiene una buena razón para justificar las diferencias salariales que existen entre hombres y mujeres en el fútbol. La clásica: los hombres aportan más dinero. «Aquí, en el nivel más alto (D1), hay muchas jugadoras que no cobran por jugar al fútbol y que además tienen que buscarse otro trabajo. En el caso de las que tienen un salario, ni siquiera alcanzan el nivel mínimo. Reciben 300 ó 400 euros al mes, que no cubren los gastos de viaje. ¿Se lo imagina?». La mayoría de ellas viven en la pobreza absoluta, prosigue, no se les permite contribuir a su jubilación (no tienen una verdadera nómina) y dejan sus estudios antes de tiempo para dedicarse plenamente al entrenamiento y el deporte. «¿Con qué fin exactamente? A ver qué pasa en los próximos años cuando estas mujeres dejen de jugar al fútbol, por su edad, lesiones u otras razones, y lo hagan sin ahorros, con un pequeño fondo de becas. Una vez más, la pregunta sigue siendo la misma: ¿cuánto le importan las mujeres a la sociedad?». Aún así se muestra esperanzada. «El fútbol es un buen termómetro de la sociedad. Si ésta cambia, el fútbol no tendrá más remedio que cambiar a su vez». Ve numerosos referentes para las niñas. «Hay muchas mujeres inspiradoras en todos los campos. La cuestión es si están representadas por igual en los medios de comunicación y cómo. ¿Por su talento o porque marcan las casillas de la feminidad?». De hecho, en el capítulo

¡Quítate la ropa!, el documental saca los colores a los enfoques: patinadoras en braguitas, tenistas en minifalda, jugadoras de voleibol playa en bikini... «La ropa deportiva es como un cabaret organizado por hombres, en el que la mujer tiene que rendir homenaje al espectáculo que es su cuerpo». Frente a las federaciones, los medios de comunicación y los patrocinadores, las deportistas elevan el tono para denunciar los obstáculos a los que se enfrentan. «En un mundo deportivo sexista, ser profesional es una lucha».

ENFERMERA SATURADA

CÓMO CONSEGUIR UN SUEÑO REPARADOR EN LAS NOCHES TÓRRIDAS DE VERANO

Descanso saludable. El 70% de los españoles duerme menos de lo recomendado, un problema que se agrava en verano debido al calor. Hay opciones que pueden ayudar, pero con precauciones

La Organización Mundial de la Salud dice que el número de horas de sueño recomendadas para la población adulta es de ocho, pero aproximadamente el 70% de la población española duerme menos. El problema es aún mayor en verano, por culpa de unas temperaturas mínimas tan elevadas que no permiten un buen descanso. **¿Qué temperatura debería haber en el dormitorio?**

La temperatura ideal en el dormitorio para que podamos descansar bien se encuentra alrededor de los 18 o 19°C. Algo especialmente complicado en verano, donde en muchas regiones de España la temperatura ambiente no desciende como debería tras la puesta de sol y las llamadas «noches tropicales» (temperatura mínima igual o superior a los 20°C) y las «noches tórridas o ecuatoriales» (igual o superior a los 25°C) son algo demasiado frecuente.

¿Por qué me despierto continuamente?

Tratar de dormir en una habitación con la temperatura ambiental muy alta perjudica directamente a la fase no REM, una fase esencial para conseguir un sueño reparador y despertarnos descansados al

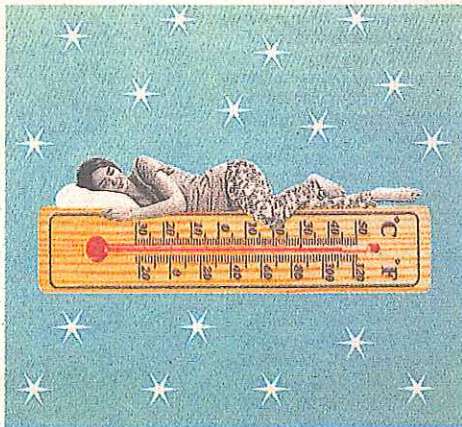
día siguiente. Además es muy posible que, aunque logre dormir se despierte casi cada hora debido al calor. Esto se debe a que su piel está llena de sensores que recogen continuamente datos sobre la temperatura ambiental y los envían al cerebro. Si la temperatura es muy alta, su centro de mando piensa que es de día y envía la orden de despertarse.

¿Es malo dormir con aire acondicionado?

Dormir con el ventilador o el aparato de aire acondicionado encendidos durante la noche no es lo más recomendable desde el punto de vista de la salud. Podemos sufrir desde un simple catarro o una sinusitis hasta una crisis asmática. La realidad es que no pegar ojo por culpa del calor tampoco es aconsejable, por lo que lo ideal es buscar una solución intermedia.

Consejos para un descanso saludable

Si va a usar ventilador o aire acondicionado, es fundamental asegurarse de que filtros y aspas estén limpios. Humedecer el aire puede ser buena idea porque los aparatos de aire y los ventiladores resecan el ambiente. No dirija el chorro de aire hacia usted y no baje la temperatura a menos de 22°C.



PAPEL

LA REVISTA
DOMINICAL

EL ENEMIGO
MÁS LETAL
DE LA
HUMANIDAD

Durante milenios, el hombre ha sostenido una agotadora guerra contra los insectos que ha condicionado su historia. En el futuro, el eterno rival puede convertirse en un aliado.

Por Jorge Benítez
Ilustración de Josetxu L. Piñeiro

SALUD • El síndrome de Dravet, la enfermedad rara de los mil ataques de epilepsia al año. **Pág. 18**

VIAJES • La Rioja, un destino para disfrutones: vino, historia, paisajes y buena vida. **Pág. 21**

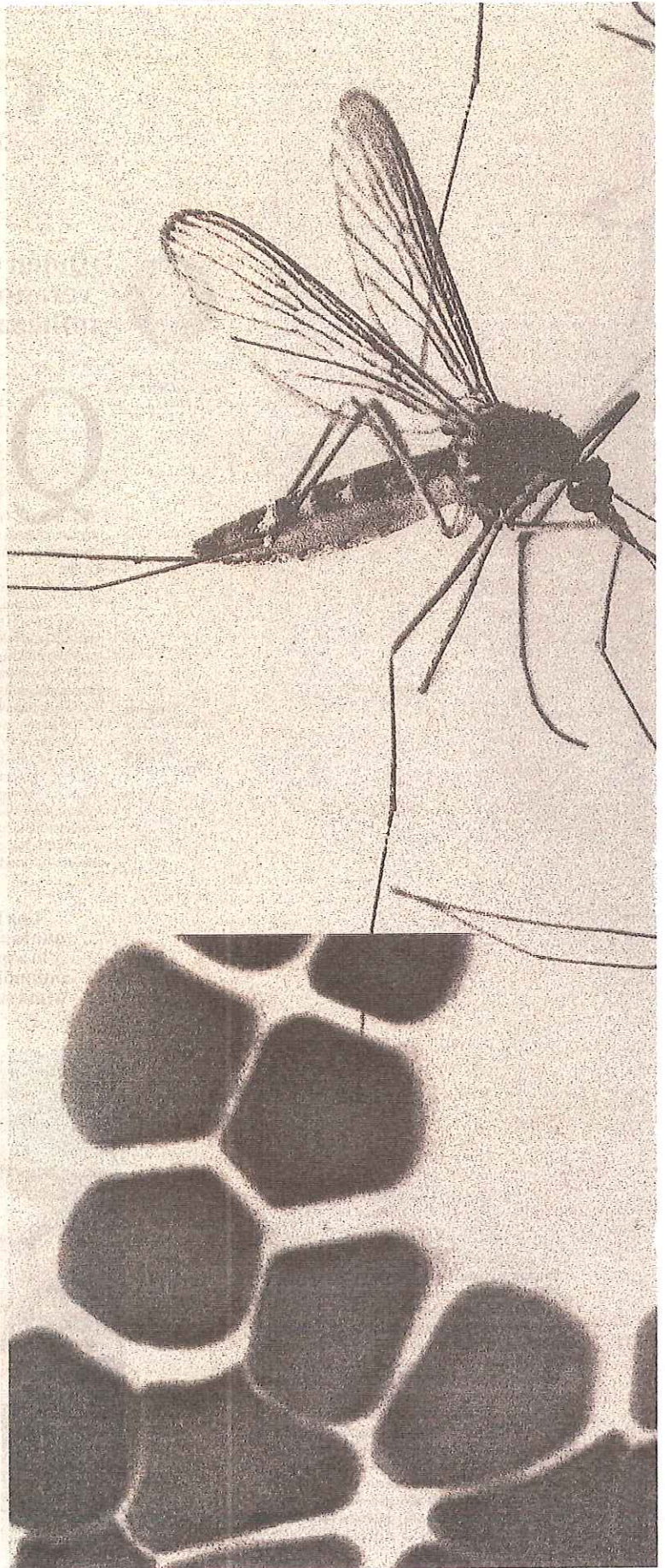
YO DONA • La compleja sexualidad de los adolescentes: pornografía, hastío y pocas precauciones. **Pág. 26**

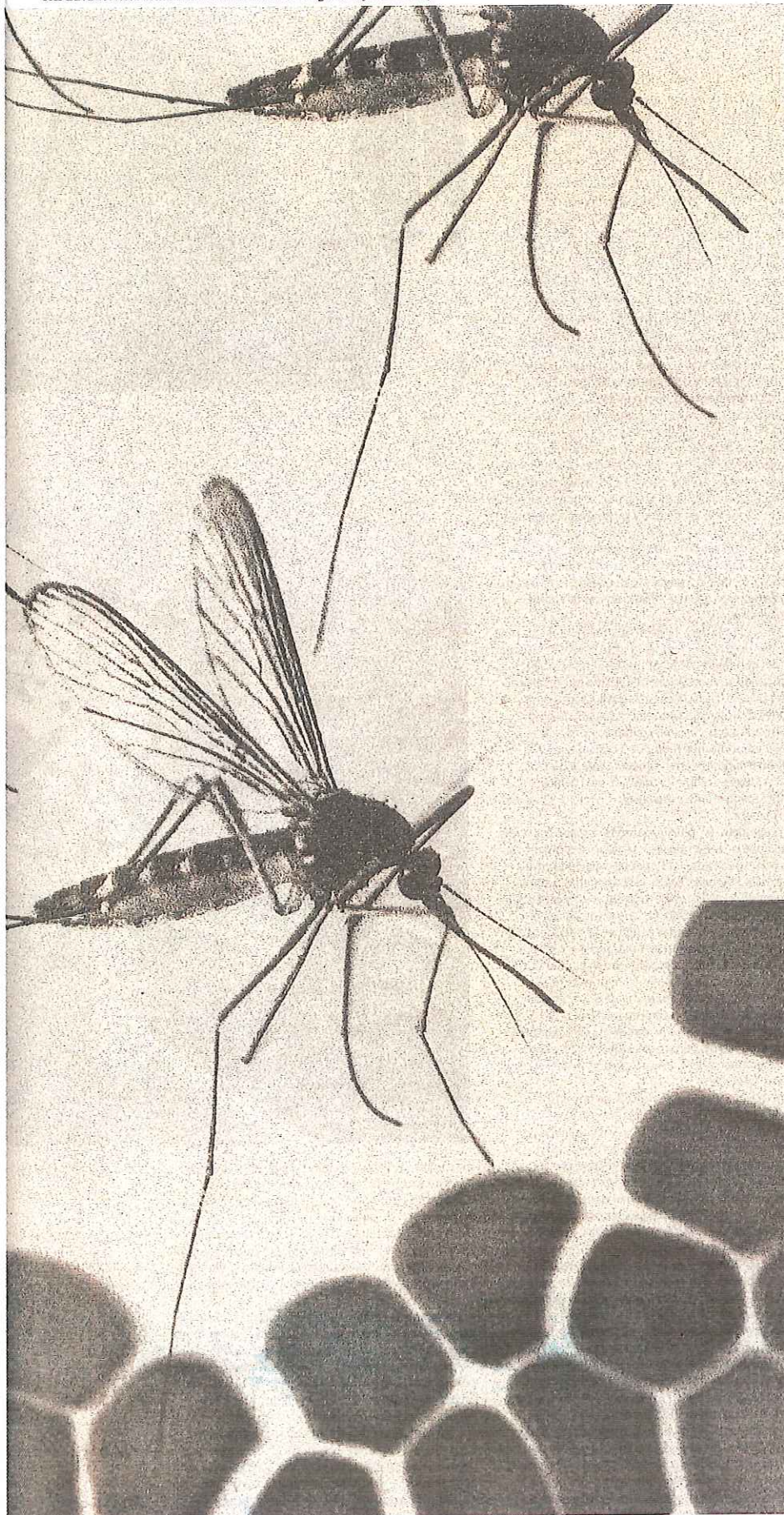
06 | EN PORTADA

EL ANIMAL QUE HA MATADO A LA MITAD DE LA HUMA- NIDAD

La gran amenaza. El mosquito ha cambiado el curso de las guerras, provocado migraciones y definido la disparidad de riqueza entre hemisferios. Tras haber exterminado a 52.000 millones de personas, hoy se alía con la globalización para sobrevivir

Por Jorge Benítez. Ilustraciones de Josetxu L. Piñeiro





R

ecién encendido el pebetero olímpico en París, unos tipos ataviados con un chaleco reflectante amarillo circulan por los lugares donde se esperan las mayores aglomeraciones de público. Buscan huevos, toman muestras y supervisan más de 500 trampas diseminadas por una ciudad que espera la llegada de 15 millones de turistas durante la celebración de los Juegos Olímpicos. Son miembros de la Agencia Regional de Salud del Gran París, pero tienen un sobrenombre que los hace más populares: detectives de mosquitos.

Su objetivo es prevenir un brote de dengue, la enfermedad emergente que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene un mayor potencial de crecimiento en el mundo y que puede ser transmitida por el mosquito tigre (*Aedes albopictus*), una especie originaria de Asia que desde hace años se expande por Europa.

En Francia, la incidencia del dengue se ha multiplicado por 13 en el último año y el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) ha lanzado una alerta en su último boletín dada la tendencia alcista de casos registrada en el continente. Sólo el año pasado se contabilizaron 130 casos de dengue autóctono, es decir, en pacientes que no habían viajado a zonas donde el dengue es endémico. El doble que el año anterior. Toda precaución es poca si se tiene en cuenta que la mitad de la población mundial está en riesgo de contraer este mal que en los casos más extremos puede provocar la muerte.

«En todos los países desarrollados en los que el mosquito tigre se ha introducido en los últimos años, la opinión generalizada apunta a que ha llegado para quedarse», dice el parasitólogo Santiago Mas-Coma, experto de la OMS. «Por lo tanto, el enfoque prioritario es la lucha para reducir sus poblaciones y así reducir el riesgo de introducción y transmisión de enfermedades».

La vigilancia de este mosquito y de otros considerados peligrosos por los detectives olímpicos es el último ejemplo de la que puede considerarse la guerra más larga y sangrienta emprendida jamás por el ser humano. Un conflicto que cuenta con una lista de bajas que da pavor y deja estadísticamente a Hitler, Stalin y Pol Pot como torpes aprendices del asesinato en masa si se les compara con este insecto. Los científicos estiman que en 200.000 años las enfermedades que ha transmitido han provocado 52.000 millones de muertos, lo que equivale a casi la mitad de la población humana que ha habitado el planeta.

«El mosquito y sus patógenos han determinado la evolución de la humanidad hasta nuestros días», sostiene el profesor Timothy C. Winegard, historiador y autor de *El mosquito* (Ediciones B), una biografía del primer y más distinguido asesino global. «Ha influido en el resultado de numerosas guerras. Ha modelado los patrones migratorios, tanto voluntarios como forzados, incluida la trata transatlántica de esclavos africanos. Ha dado forma a las economías y ha definido una disparidad de riqueza en los hemisferios norte y sur». Su diagnóstico es claro: «El mosquito ha sido el azote de la Humanidad y ha tenido un enorme impacto a la hora de configurar y moldear los acontecimientos de su historia».

El problema es que su currículum mortífero no deja de escribirse a pesar del avance científico experimentado en el último siglo. En 2023, los mosquitos vectores de casi un centenar de enfermedades acabaron con la vida de más de 700.000



08 | EN PORTADA



personas. Es decir, han matado a más gente que la suma de víctimas de las guerras en activo y de todos los animales depredadores.

Su papel como constructor y destructor de civilizaciones está vigente. «Cuando zumban alrededor de nuestros oídos por la noche, no sólo nos molestan, están contando una historia: nos dan su visión de la globalización», escribe el divulgador francés Erik Orsenna en su obra *Géopolitique du moustique* (*La geopolítica del mosquito*). «Es una historia a escala planetaria de fronteras aniquiladas, mutaciones constantes y luchas por la supervivencia. En definitiva es la historia de un *ménage à trois*: el mosquito, el parásito y sus presas (es decir, nosotros, los vertebrados)».

De la misma opinión es el biólogo Jared Diamond, que en su ensayo *Armas, gérmenes y acero* (Debate) afirma que los interminables estantes de libros de historia militar y las películas de Hollywood que idolatran a generales famosos distorsionan una verdad que debería desinflar el ego de los humanos: las enfermedades transmitidas por los mosquitos han sido más letales que todas las armas creadas por el hombre, desde la lanza hasta la bomba atómica.

¿De verdad el mosquito es tan importante? Timothy C. Winegard, que ejerce de profesor de Historia en la Universidad de Colorado Mesa, no duda. El ser humano se atribuye méritos que no le corresponden y lo ha borrado de su memoria histórica, aunque nuestros antepasados dejaran muchas muestras de su importancia en los jeroglíficos de los templos egipcios, las esculturas de la ribera del Indo y en grabados de la escuela holandesa. Mucho antes de que se supiera que era transmisor de enfermedades. Así que este insecto ha ejercido de estadista, general y sociólogo durante milenios.

Por mucho que veamos la película *300* y reproduzcamos los gritos guturales y hormonados de Leónidas y sus espartanos lo cierto es que, a pesar de su coraje y destreza, los ejércitos invasores de Persia fueron en sus distintas acometidas derrotados principalmente por una combinación letal de disentería, fiebres tifoideas y malaria. Según el autor de *El mosquito*, a su

protagonista le debemos que florecieran la filosofía y las artes en la Antigua Grecia.

Al mosquito los españoles también tenemos que agradecerle el Acueducto de Segovia y el Teatro Romano de Mérida. Aníbal no conquistó Roma —acontecimiento que habría cambiado el curso de la historia de Occidente— por culpa de las lagunas Pontinas, sostiene Winegard. Esta marisma cercana a la ciudad estaba infectada de mosquitos que mataron a más cartagineses que las legiones romanas. Un arma biológica que salvó entonces a Roma, pero que cambió de bando siete siglos después (el mosquito es poco de tratados y alianzas) a través de la malaria, que provocó tal estrago demográfico en la capital del Imperio de Occidente que adelantó su colapso.

El mosquito tiene también méritos diplomáticos. Tanto, que debería ser considerado el fundador de Gran Bretaña o Padre Patriota de los Estados Unidos.

En 1698 una flota escocesa repleta de colonos animados por el éxito de los puritanos del *Mayflower* se plantó en la Bahía de Calidonia en Panamá con la intención de levantar una colonia en territorio que pertenecía a España. «Lo que sucedió fue digno de una película de terror apocalíptico», describe Winegard en su libro. Razon no le falta. «Las palabras que se repiten hasta la náusea en los diarios y cartas de los colonos son *mosquitos, fiebre y muerte*», apunta. La colonia se convirtió en un cementerio en pocos meses y su abandono dejó a Escocia en bancarrota. Cuando Inglaterra se ofreció a pagar sus deudas, el Parlamento escocés no pudo negarse y firmó el Acta de Unión. *God save the mosquito*.

Al mosquito le debe parte de su grandeza el país más poderoso de nuestro tiempo. No sólo evitó con la fiebre amarilla que Napoleón reconquistara Haití para Francia destruyendo su expedición militar, sino que le obligó a vender la Luisiana francesa a Estados Unidos por 15 millones de dólares. La entrega casi regalada de la región pantanosa, con sus habitantes minúsculos, tiene su enjundia: hoy representa casi un tercio del territorio estadounidense. Gracias a este acuerdo, EEUU pudo expandirse hacia el océano Pacífico.

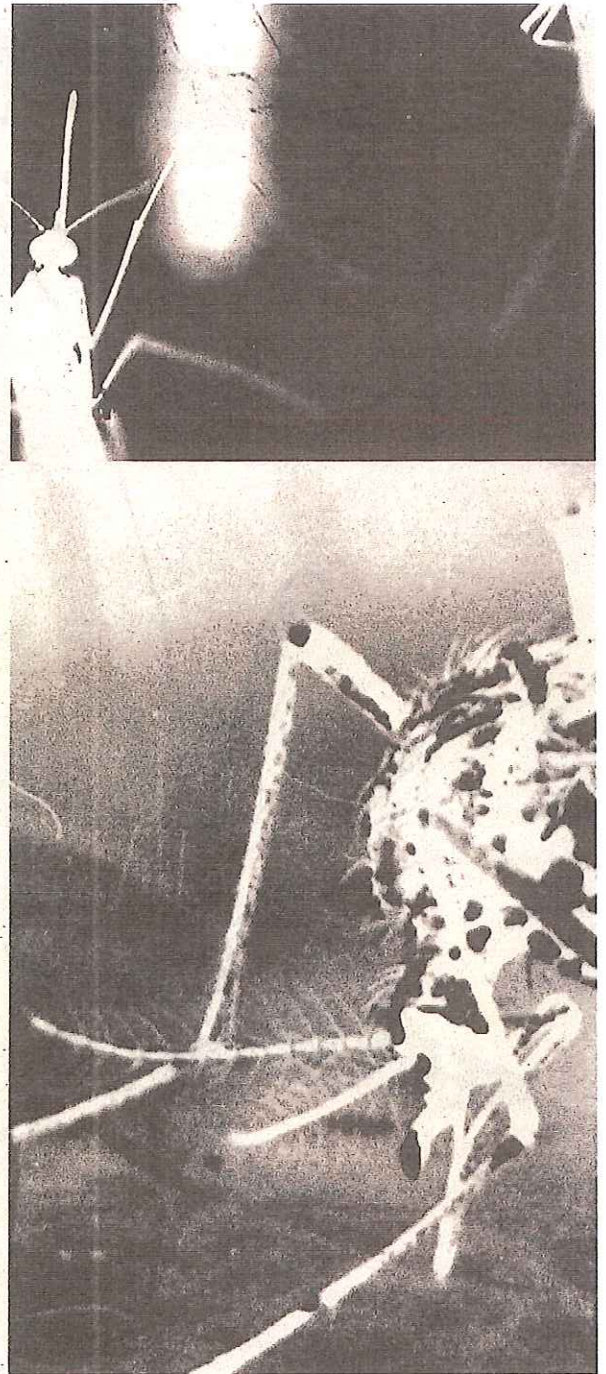
Confirmado entonces su legado histórico, fijémonos en su presente.

En el planeta hay registradas más de 3.500 especies de mosquitos, de las que sólo nos pica un centenar. De ellas, dos especies destacan por su capacidad para portar virus responsables de enfermedades como la fiebre amarilla, el dengue, el chikungunya y el zika. Son los mosquitos *Aedes*, entre los que se encuentra el citado tigre, y otro aún más peligroso: el *Aedes aegypti*, nativo de África y que, por fortuna, aún no se ha extendido por España... aunque esté a sus puertas. A esta pareja aterradora se les une un primo que sí conocemos bien: el mosquito *Anopheles*. «En España se consiguió erradicar la malaria en 1964 y nos convertimos en un país con anofelismo sin paludismo, esto es, sin malaria, pero con *Anopheles* vectores», explica Santiago Mas-Coma. «Pero hoy en día las cosas son muy diferentes».

¿Por qué entonces somos invadidos hoy desde latitudes exóticas? Al mosquito le gusta la globalización. «Los factores responsables son los movimientos de humanos de unos países a otros y las transacciones internacionales de todo tipo de productos, que les permiten encontrar medios de transporte para moverse», añade Mas-Coma. Lo hacen escondidos en contenedores de neumáticos usados o camuflados en plantas de bambú, en barcos mercantes y camiones.

«El cambio climático está provocando temperaturas más cálidas durante períodos más largos del año, lo que aumenta el riesgo de establecimiento de especies invasoras», confirma Rachel Lowe, líder del Grupo de Resiliencia Sanitaria Global en el Barcelona Supercomputing Center. Junto a la temperatura, esta experta apunta a dos factores del progreso humano que estimulan esta desagradable mudanza: la deforestación y la agricultura. Esto está resultando clave en Sudamérica y el Caribe, un territorio que este año sufre una terrible epidemia de dengue, con 9,3 millones de casos, el doble de los registrados en 2023.

En definitiva, los humanos somos presos de una contradicción: a medida que odiamos más a los mosquitos, más nos acercamos a ellos. «La deforestación conduce a una reducción de las poblaciones animales y, consecuentemente, los



mosquitos se desplazan a zonas próximas en las que el acceso a sangre animal o humana sea más fácil», argumenta el profesor Santiago Mas-Coma. «Las urbanizaciones colindantes y pueblos en zonas rurales son ideales para ellos. Además, el *Aedes albopictus* y el *Aedes aegypti*—si algún día se nos introduce— se adaptan sin problemas también a medios urbanos». Un claro ejemplo es la cantidad de mosquitos tigre asentados en Valencia.

Aunque ningún lector tenga la percepción de vivir una guerra, todos ustedes saben que si se encuentran con un mosquito no hace falta hacer presentaciones. No hay nadie que se haya librado de su picadura. Sin embargo, la historia de lo que sucede en estos encuentros en el campo o en la piscina merece ser observada de una forma casi microscópica.

Todo empieza con un zumbido perfectamente reconocible que le pone en alerta. El mosquito que ha cogido su matrícula pone rumbo a su objetivo. Es muy probable que elija un tobillo y, con la urgencia de un vampiro en ayunas, se pose sobre él en busca de un vaso sanguíneo. Lo que quizás no sepa es que, en ese

TOP 5 ANIMALES MÁS MORTÍFEROS PARA LOS HUMANOS

Humanos muertos cada año

MOSQUITOS*
725.000

HUMANOS**
400.000

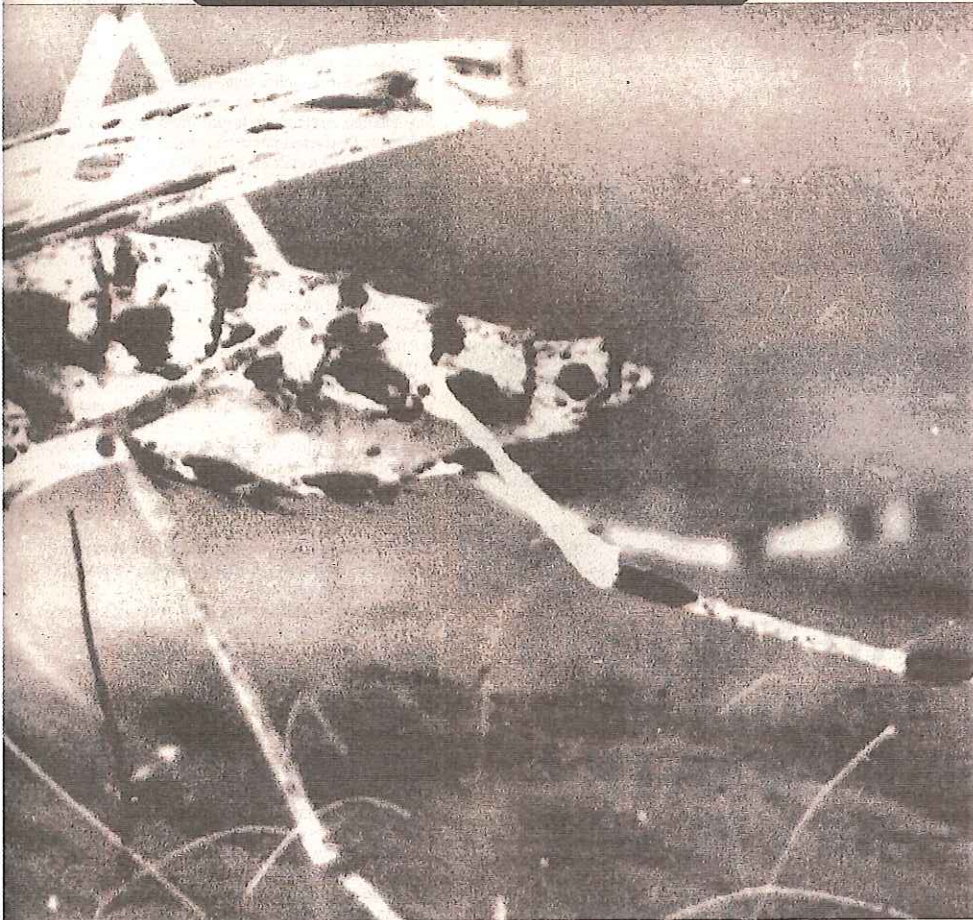
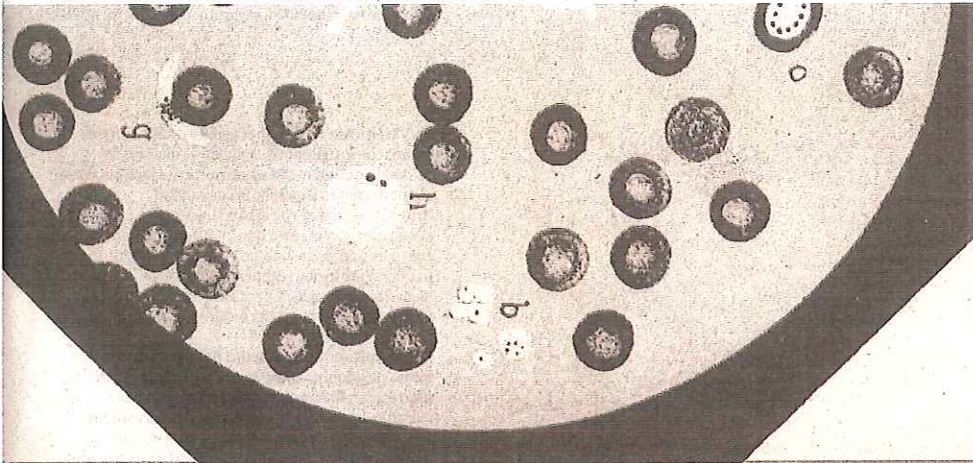
SERPIENTES
138.000

PERROS
59.000

INSECTOS ASESINOS
10.000

* Transmisión de enfermedades

** Solo homicidios



momento, afila hasta ¡seis! sofisticadas agujas para su ataque. Comienza con la inserción en la piel de dos hojas mandibulares cortantes. «Parecidas a las de un cuchillo eléctrico con dos hojas que se mueven hacia delante y hacia atrás», especifica Winegard. Sierra nuestra piel mientras sus retractores abren paso hacia una especie de jeringa hipodérmica que desenfunda de una vaina protectora. A través de esta pajita nos chupa entre tres y cinco miligramos de sangre. Ahora comienza lo más fascinante.

Este mosquito hembra—sólo pican ellas—desenfunda un nuevo estilete y bombea un anticoagulante para impedir que la sangre se solidifique en su extracción. Así puede ir más rápido y tardar en ser detectada y exterminada por un manotazo. Es el anticoagulante lo que genera una reacción alérgica, ese maldito habón que nos picará durante horas. Esa es la muestra de su poder, con la que nos marca como si fuéramos ganado.

El mosquito necesita de esa gota de sangre para hacer que los óvulos crezcan y maduren. Así que sepa que no es nada personal, son sólo negocios.



DINERO.
El gasto anual del hombre para combatirlos es de unos 11.000 millones de dólares.

Lo que hay que desear es que este bicho no transmita ninguna enfermedad preocupante. El riesgo de que esto ocurra aumenta a medida que el clima es más cálido, porque la temperatura multiplica los virus y hace que sus portadores se vuelvan más contagiosos. A pesar de eso, los expertos calculan que estos animales provoquen una pandemia en Europa es difícil. Si advierten de que pronto nos acostumbraremos a brotes de esas enfermedades que antes nos resultaban desconocidas.

Por lo tanto, es importante hacer un recuento del arsenal antimosquito de la humanidad. «Los sistemas de vigilancia en Europa implican una combinación de seguimiento y cartografía de las distribuciones de los mosquitos, métodos para controlar sus poblaciones mediante eliminación de puntos de cría, trampas, etc, así como la concienciación de la protección personal y de la acción comunitaria, incluida la eliminación de aguas estancadas», dice Rachel Lowe. «En caso de brotes, los equipos de respuesta rápida actúan eliminando los criaderos de mosquitos de las zonas circundantes».

La información es clave y su intercambio entre países aún más. En España se han creado varias apps, como Mosquito Alert, con las que se enseña a distinguir los mosquitos vectores del dengue, el zika, el chikungunya y la fiebre del Nilo Occidental. Cuenta con un mapa público en el que los usuarios cuelgan fotos de ejemplares y su localización.

Cuanto más detectivos de mosquitos tengamos, mejor para todos. «Esta y otras medidas ayudan, pero no olvidemos que es muy difícil controlar su expansión. Más aún, cuando los otoños son cada vez más suaves y los inviernos, más benignos. Situación que hace que estén en activo más tiempo y entren en zonas a las que no podían acceder», explica Raúl Rivas, catedrático de Microbiología de la Universidad de Salamanca. «Creo que la situación no va a mejorar».

“En los países desarrollados en los que se ha introducido el mosquito tigre en estos últimos años parece que ha llegado para quedarse”

Este insecto salvó a Roma de Anibal, ‘fundó’ Gran Bretaña y favoreció el poder de EEUU gracias a la venta ‘regalada’ de la Luisiana francesa

En este caso, es importante saber que si se produce un brote el sistema sanitario responderá. «El Covid ha hecho que estemos más preparados», dice Daniel Campubí Ferrer, experto del Servicio de Medicina Tropical del Hospital Clínic de Barcelona. «Hay una mayor capacitación de laboratorios y un mejor sistema de alertas epidemiológicas». Sin embargo, este médico reconoce que también hay carencias. «Hay que mejorar el control de vectores y la vigilancia, así como la formación en la atención primaria y en las urgencias de los hospitales para realizar diagnósticos rápidos».

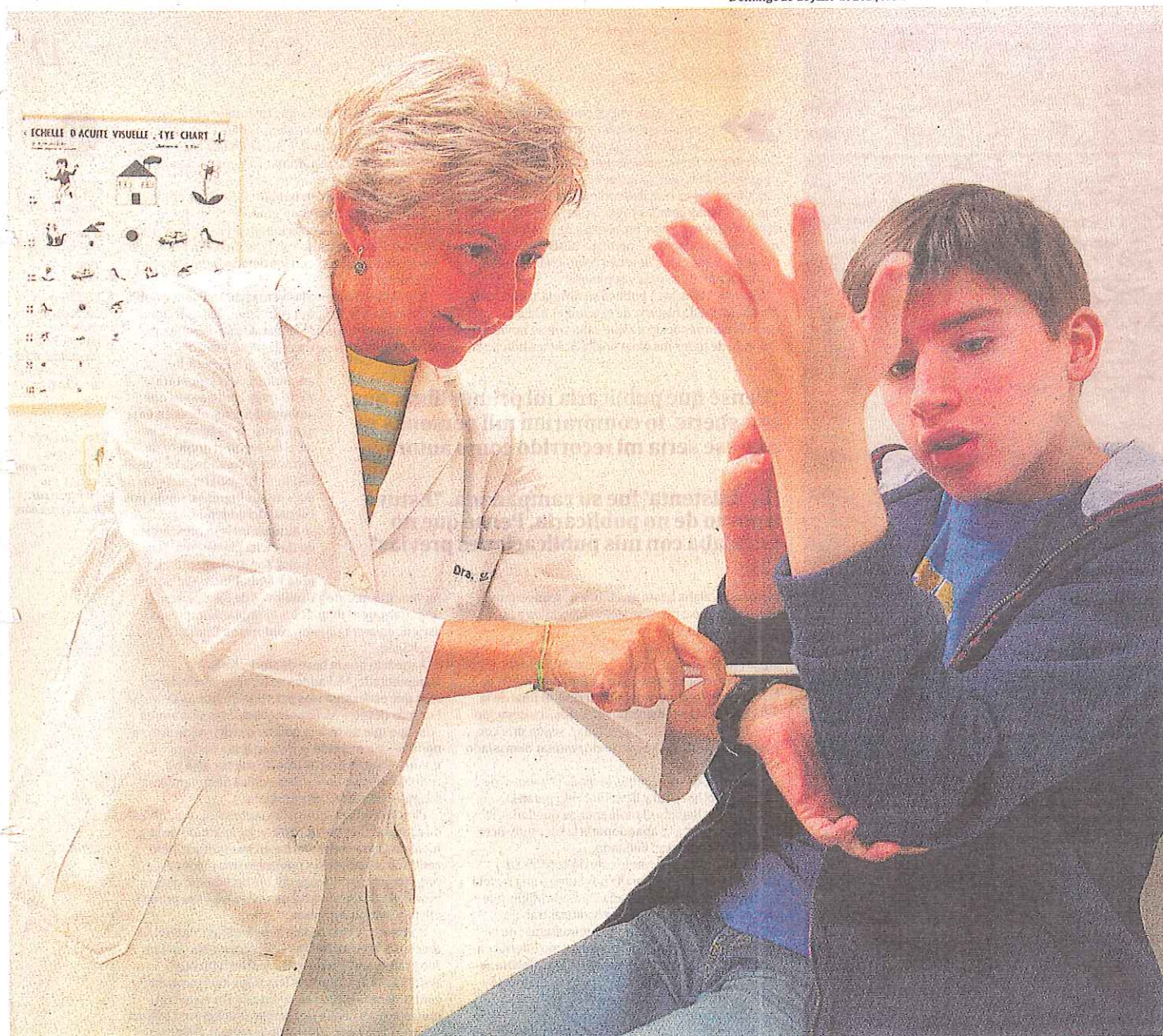
Santiago Mas-Coma también lanza un mensaje tranquilizador, pero prudente: «Estamos tan preparados como el país más desarrollado y eficiente en estas lides, porque tenemos capacidad rápida de detección y reacción, lo que no quiere decir que llevar a cabo respuestas eficaces vaya a ser siempre fácil».

No todo consiste en defenderse. Hay quienes abogan por ser más beligerantes. Incluso algunos quieren una guerra de exterminio total. Eso es lo que propuso en 2022 la Asamblea Popular de China. Ante esta declaración tan grandilocuente, las autoridades sanitarias del país tuvieron que echar marcha atrás y reconocer que eso era inviable.

Cierto es que hay nuevas técnicas de edición genética muy prometedoras y efectivas que se ensayan en determinados lugares para limitar su expansión. Pero provocar una extinción, si se pudiera, no parece un camino acertado. Según los expertos, el mosquito no sólo da disgustos. Preserva los ecosistemas gracias a su capacidad de descomponer los restos de la materia orgánica, ejerce un papel clave en la polinización y es un importante eslabón en la cadena alimentaria. En definitiva, también lo necesitamos.

«Acabar, por ejemplo, con el temible *Aedes aegypti* podría provocar que los patógenos que transmite mutaran para sobrevivir en otra especie y hacer que fuera todavía más letal», advierte Timothy C. Winegard. «Ese es el peligro de intervenir en los procesos evolutivos naturales. Me temo que al editar el ADN del mosquito podríamos crear alteraciones catastróficas». Para ello, pone un ejemplo para explicar las consecuencias de jugar a la ruleta rusa con la naturaleza: el descubrimiento de América. «Este acontecimiento supuso un tráfico radical de toda clase de plantas y patógenos entre continentes», dice. «Y que el *aegypti* se propagara por América como la pólvora».

Así que guste o no, el mosquito seguirá sentándose en el sillón de las grandes decisiones de la humanidad.



Las enfermedades no dan tregua, ni siquiera en verano. Para los familiares de un paciente con una patología rara, preparar las vacaciones también exige pensar en el trastorno. En su caso, los días libres no son una oportunidad para romper por completo con la rutina, porque hay necesidades y cuidados que siempre hay que atender. Es lo que le pasa a Rosa Sánchez, la madre de Ricardo, un joven de 18 años que padece síndrome de Dravet y cuyo nombre completo prefiere no revelar.

«En nuestras vacaciones, las pocas que podemos tener, no nos fijamos tanto en si el hotel es bueno o malo o si está más o menos cerca de la playa. Para nosotros lo más importante es estar cerca de un hospital. Nuestras vacaciones siempre giran en torno a destinos que estén cerca de un hospital donde le puedan atender si hace falta», asegura Sánchez, para quien lo más importante es poder disfrutar de tiempo de calidad con su hijo y que él se encuentre bien. «No hace falta hacer grandes planes ni hacer unas vacaciones tremendas».

La enfermedad que sufre su hijo es «devastadora», lamenta. «Por desgracia no existe cura a día de hoy y además, el pronóstico de estos pacientes es bastante complicado porque tienen muchísimas crisis epilepti-

SÍNDROME DE DRAVET: «NUESTRAS VACACIONES GIRAN EN TORNO A ESTAR CERCA DE UN HOSPITAL»

Enfermedad rara. Este trastorno neurológico afecta a alrededor de 400 españoles. Provoca graves crisis epilepticas y empieza a dar la cara en el primer año de vida

Por S. Pérez. Fotografías de Ifñaki Porto

cas. En el caso de mi hijo, tiene más de 1.000 episodios al año», explica. Y la emoción se palpa en sus palabras.

El síndrome de Dravet, también conocido como epilepsia mioclónica severa de la infancia, es una enfermedad rara, poco frecuente, que afecta a alrededor de 400 personas en España. Se trata de una encefalopatía epiléptica, es decir, un trastorno neurológico grave en el que las crisis epilépticas son frecuentes y severas. A ello se suman otros problemas, como el retraso en el desarrollo, afecciones ortopédicas y dentales, dificultades para dormir... Los niños con este síndrome también tienen problemas de conducta con trastorno por déficit de atención, además de un pobre desarrollo del lenguaje y de las habilidades motoras, entre otras muchas complicaciones.

Los niños con síndrome de Dravet generalmente muestran un desarrollo normal durante sus primeros meses de vida. El bebé va alcanzando hitos con normalidad sin que ningún signo haga sospechar la existencia del trastorno, hasta que entre los cuatro y los 12 meses de edad aparecen los primeros síntomas, generalmente convulsiones prolongadas que suelen aparecer durante la noche. Estas convulsiones pueden ser clónicas (sacudidas repetitivas) o tónico-clónicas (rigidez seguida de sacudidas).

Sánchez recuerda que su hijo tuvo la primera

convulsión con seis meses, cuando era un bebé todavía muy pequeño. «Coincidiendo con la primera vacuna que le dieron, le subió un poquito la fiebre y tuvo una convulsión muy larga de 40 minutos. Los médicos nos dijeron que al haber coincidido con fiebre podría ser una convulsión febril. Nos quedamos tranquilos, pero lo peor fue que a los 15 días tuvo otra convulsión, y otra, y otra, y otra, y claro, no paraban las convulsiones, así que nos dimos cuenta de que había algo más».

Una de las características que diferencia a este síndrome de otros tipos de epilepsia es que las opciones terapéuticas son muy limitadas. «Muchos pacientes no responden al tratamiento, son resistentes a los fármacos. Existen muy pocas medicaciones que ayuden al síndrome de Dravet. Ahora hay muchos ensayos clínicos e investigaciones en nuevas medicaciones, pero esto es de muy reciente creación, de hace cuatro o cinco años», relata la madre de Ricardo con resignación.

Dar con un tratamiento efectivo es, de hecho, uno de los caballos de batalla para luchar contra el trastorno, contra el que no sirven herramientas farmacológicas que sí ayudan en otros casos de epilepsia. Es más, muchos de los fármacos que se emplean con éxito para controlar otros tipos de epilepsia están contraindicados en casos de síndrome de Dravet, porque está demostrado que «empeoran el rumbo de la enfermedad», tal y como señala la doctora Rocío Sánchez Carpiñero, coordinadora del departamento de pediatría de la Clínica Universidad de Navarra.

La buena noticia, añade la especialista, es que, gracias a la investigación reciente, en algunos casos ya se está logrando minimizar el número y gravedad de las crisis epilépticas con tratamientos innovadores. Por eso, la detección precoz del trastorno es fundamental.

Según explica Sánchez, la causa genética del síndrome se conoce desde hace unos años, lo que abre la puerta al desarrollo de una terapia génica, un horizonte que ya se está explorando.

El trastorno se debe a una mutación en el gen SCN1A, que es crucial para el funcionamiento adecuado de los canales de sodio en las neuronas, apunta Sánchez. Estos canales de sodio son esenciales para la transmisión de señales eléctricas en el cerebro, lo que permite que las neuronas se comuniquen entre sí. En personas con síndrome de Dravet estos mecanismos fallan, por lo que conseguir una terapia capaz de borrar el fallo que provoca la enfermedad supondría cambiar el rumbo del trastorno, un objetivo que persiguen distintos equipos de investigadores.

Según explica la doctora Sánchez Carpiñero, en modelos animales ya hay ensayos en marcha con terapias génicas dirigidas a la diana del síndrome de Dravet. «Esta es una vía que da mucha esperanza a los pacientes, porque de lo que se trata es de intentar no solamente mejorar la epilepsia, sino también los problemas que conlleva», explica la especialista, quien recuerda que en el primer año de vida, una vez que debuta, la enfermedad se caracteriza princi-

La atención tiene que ser permanente; los padres de Ricardo siguen haciendo guardia ante su hijo cuando duerme

Hasta que el niño no llega a tener las primeras crisis, su desarrollo cognitivo y físico es completamente normal

palmente por las crisis epilépticas. Y es a partir del segundo año cuando se empiezan a observar «síntomas de retraso en el desarrollo cognitivo y psicomotor», señala la doctora Sánchez.

La evolución de este síndrome es rápida: durante la infancia avanza con gran velocidad. «Es una enfermedad de muy largo recorrido. Esto es todos los días», apostilla Rosa, la madre de Ricardo. «Hablo en el caso de mi hijo, no todos los síndromes de Dravet son iguales, cada uno lo lleva de una manera y cada paciente es un mundo, pero esta enfermedad es siempre muy dura», añade Rosa, quien también reflexiona sobre el impacto sobre el entorno que ejercen patologías como la que sufre su hijo desde sus primeros meses de vida. «La discapacidad es un espejo al que nadie se quiere mirar, pero cuando te toca, descubres que te tienes que ver en él todos los días y a todas horas».

En este sentido, la pediatra Rocío Sánchez recuerda que todos estos niños requieren una «vigilancia constante ya que son absolutamente dependientes» y pueden sufrir crisis muy frecuentes y por muy distintos motivos. Si tienen una infección, es muy posible que sufran una crisis epiléptica; también si se emocionan mucho, si corren o si hacen un ejercicio exigente. «Todo esto restringe muchísimo la vida de la familia. Les cambia por completo la existencia», subraya.

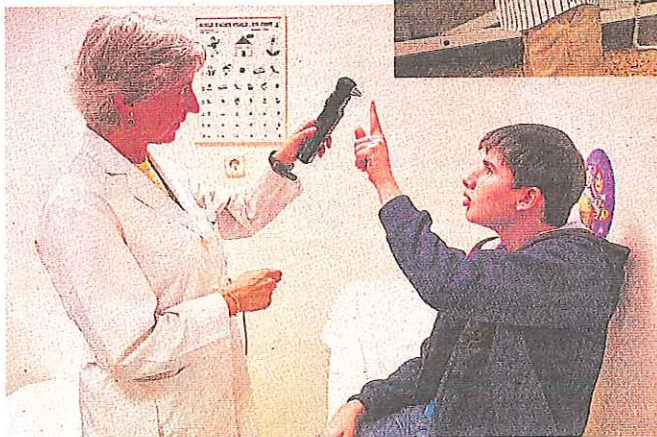
Los pacientes con síndrome de Dravet se enfrentan a una tasa de mortalidad alta de alrededor del 15% debido a los distintos condicionantes de su enfermedad. Por ejemplo, estos pacientes tienen un elevado riesgo de sufrir una muerte súbita inesperada en epilepsia (denominado SUDEP por sus siglas en inglés), un fallecimiento repentino e inesperado que puede ocurrir en personas con este trastorno neurológico. Además, también tienen más probabilidades de ser víctimas de accidentes relacionados con las crisis, así como ahogamientos e infecciones.

A Rosa, la madre de Ricardo le angustian especialmente «las convulsiones nocturnas que estos chicos tienen al dormir». «Siempre estamos o su padre o yo de guardia, porque seguimos haciendo guardia cada noche después de tantos años», relata Sánchez.

Por suerte, en casa también

Ricardo, en la consulta de la Clínica Universidad de Navarra.

El centro cuenta con una unidad pionera en el abordaje del síndrome.



está la perrita de la familia, que también colabora en las tareas de vigilancia. «Esto nos ha facilitado un poco la vida a nosotros, porque las guardias que hacíamos antes eran sentados en una silla vigilando a nuestro hijo. Gracias a nuestra perrita pueden ser un poco más tranquilas para nosotros. Ahora puedo conseguir dormir porque sé que si yo me quedo un poco dormida, la perra me va a avisar. Son pequeños parches, porque realmente no es una solución, pero es un pequeño espacio que podemos ir poniendo a los problemas», señala Sánchez.

Como madre que ha vivido toda esta experiencia, que ha sentido y visto la necesidad de ayudar a otras familias, Sánchez ha fundado la organización Desafío Dravet con el propósito de apoyar a otros afectados y recaudar fondos que permitan continuar y avanzar con la investigación de esta patología.

El síndrome de Dravet se considera una enfermedad rara porque es poco frecuente. Según explica la doctora Sánchez, afecta aproximadamente a uno de cada 17.000 niños que nacen. Fue descubierta en 1978 y desde ese entonces se ha avanzado considerablemente en la comprensión de esta enfermedad, incluyendo la identificación de mutaciones en el gen SCN1A como una de las principales causas genéticas del síndrome de Dravet.

La madre de Ricardo recuerda que cuando recibió el diagnóstico «muy poco se conocía de la enfermedad». Han cambiado mucho las cosas con respecto a hace 18 años, señala. Sin embargo, «nadie está preparado para que te digan que tu hijo sufre una enfermedad que además de ser muy grave, no tiene cura y que tampoco tiene un tratamiento adecuado».

La investigación es clave para continuar ayudando a la mejora de la terapia de cada uno de los pacientes, y para ello «se requiere invertir económicamente», reitera la pediatra. Al ser una enfermedad rara existen pocos especialistas que tengan experiencia en cuanto al diagnóstico. No obstante, el Centro de Investigación Médica Aplicada de la Clínica Universidad de Navarra (CIMA), lidera un proyecto en el cual se investiga el síndrome de Dravet. Fue la primera unidad española creada para diagnosticar y realizar un tratamiento integral de esta enfermedad.

Debido a la alta atención que necesitan estos pacientes, Rosa Sánchez resalta que la colaboración entre neurólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, pediatras y otros especialistas es crucial para abordar los múltiples aspectos de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. «Todos tenemos que intentar que mejore el futuro de estos chicos, a través de un trabajo conjunto entre especialistas médicos, instituciones y familia», señala Sánchez.

«Si mi hijo puede, nosotros que somos sus padres podemos más. Él puede con todo, con los ataques, con los efectos secundarios de las medicaciones, con una falta de comprensión por parte de familiares y de la sociedad bastante complicada. Si puede con todo eso, cómo no voy a poder yo», concluye Sánchez, una madre valiente.

> PERSONAJES ÚNICOS / NAIARA CARRETERO LOZANO



Esta vallisoletana trabaja para fomentar la humanización de la asistencia sanitaria desde la nutrición / Su próximo proyecto se centra en mejorar la salud de los trabajadores a través de la dieta saludable / Es la presidenta del Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Castilla y León. Por **E. Lera**

Con la alimentación bajo el brazo

Naiara Carretero Lozano sabe mucho sobre cómo influye la comida en nuestra vida. Estudió Nutrición Humana y Dietética porque siempre estuvo muy interesada en este sector dentro de la salud humana, ya que, según reconoce, tiene mucho recorrido en todas sus variantes: atención personal, prevención, investigación.

Desde el útero materno, las personas empiezan a tener contacto con la comida a través del líquido amniótico. Después, el entorno se encarga de moldear su dieta. Cuando se convierten en adultas, llega el turno de llenar la cesta de la compra y, sobre todo, de aprender a relacionarse con los alimentos.

Por todo ello, esta vallisoletana trabaja para inculcar la mejor manera de poder estar sanos a través del plato. No es una cuestión de hacer dieta, puesto que los alimentos son la gasolina que necesita nuestro cuerpo. Sin embargo, si echas diésel en un coche de gasolina, el vehículo se va a estropear. Lo mismo ocurre con la salud. Si no se opta por un menú variado y no se introducen una serie de cambios, aparecerán enfermedades y progresarán las ya existentes. La clave está en encontrar el equilibrio y las pautas nutricionales para lograr cuidarnos sin demonizar ciertas recetas y provocar sentimiento de culpa al comerlas.

Esta nutricionista sabe de lo que habla. Es la presidenta del Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Castilla y León. Su día a día transcurre tanto en sus clases en la Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC) como impartiendo conferencias, charlas y talleres para diversas asociaciones y empresas privadas, entre las que destaca el programa nutricional anual para la Federación Española de Actividades Subacuáticas de Natación con Aletas, el programa 'Objetivo: Disciplina en tu alimentación' para el Regimiento de Caballería Farnesio nº 12 de Santovenia de Pisuerga, y las conferencias del ciclo de salud y estética del grado superior en Estética en el Instituto Ramón y Cajal de Valladolid.

Con una experiencia profesional de más de 10 años, a los que

suma otros cinco de experiencia en investigación, Carretero Lozano trabaja teniendo muy en cuenta tanto su situación personal como profesional. Tras salir de la facultad, su objetivo, relata, fue adquirir experiencia en nutrición clínica, tanto con el cliente como a través de la fundamentación de cientos de casos con diferentes patologías. Un dúo, en su opinión, perfecto para poder abordar futuros estudios.

En esta línea, admite que la divulgación es una constante en su rutina. Primero desde un punto más cercano con charlas en colegios, campamentos o institutos para que los pequeños descubran qué es la nutrición y, sobre todo, qué se puede conseguir gracias a ella. Más tarde, añade, de manera más profesional, realizando charlas formativas para empresas.

Colabora tanto con la Universidad de Valladolid como con la

Universidad Europea Miguel de Cervantes con el proyecto Humanizas, que parte de la necesidad de fomentar la humanización de la asistencia sanitaria y el contacto desde los primeros cursos con los futuros profesionales de los grados de Medicina, Enfermería, Logopedia y Nutrición Humana y Dietética. Además, con la UEMC coordina el proyecto nuTICión, que tiene como fin acercar las tecnologías de la información y la comunicación al grado de Nutrición Humana y Dietética, fomentando las nuevas salidas profesionales en el mundo de la divulgación en las plataformas digitales.

En el horizonte más cercano, Naiara Carretero Lozano adelanta que sus próximas investigaciones se centrarán en la salud de los trabajadores a través de su alimentación. «Hay muchas peculiaridades en todos los trabajos, ya sea por horarios, alergias, ruti-

nas... Me parece un reto muy bonito ayudar a las personas a que gracias a una alimentación correcta puedan mejorar significativamente su correcto desempeño en el puesto de trabajo», expone para, a renglón seguido, comentar que seguirá inmersa en proyectos de innovación educativa.

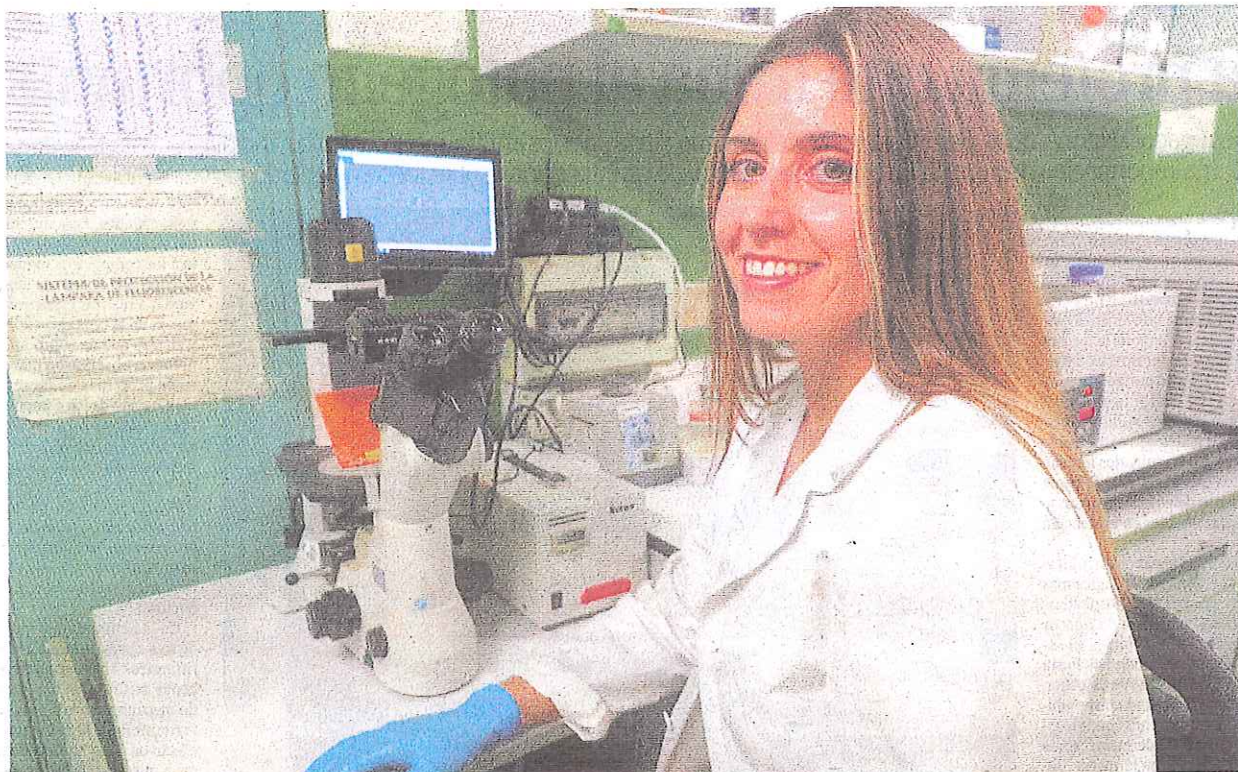
A su parecer, la situación de la investigación y la innovación en Castilla y León se puede mejorar. En este sentido, la vallisoletana recuerda que los dietistas-nutricionistas no están reconocidos en el sistema de salud de la Comunidad, como sí sucede en otras regiones como Cataluña o Galicia. «Para poder investigar y que favorezca la innovación debemos tener un reconocimiento laboral que sirva para tejer un entramado de profesiones que están abocadas a entenderse y contribuir juntas a un futuro mejor de nuestra sociedad», reflexiona la nutricionista, quien inci-

de en que una colaboración con médicos, psicólogos, enfermeros... sería una alianza lógica para lograr una mejor especialización en la investigación dentro del sector de la salud.

Al ser preguntada si la sociedad premia la innovación y el talento, sostiene que sí, aunque no tienen el alcance que se les debería dar. En este punto, explica que el hecho de premiar una investigación es importante por el reconocimiento que recibe, aunque, a su juicio, la clave reside en poner en marcha las medidas necesarias para mantenerla en el tiempo. «Está muy bien recibir un reconocimiento a tu trabajo, pero luego hay que hacer un seguimiento. El talento no es una flor de un día y, por tanto, se debería de dar más importancia a la constancia y al trabajo del día a día, que permite que sea mucho más fácil estar al lado de la innovación y el talento», concluye.



Naiara Carretero Lozano, graduada en Nutrición Humana y Dietética. EL MUNDO



Sara López Vázquez, investigadora en el Instituto de Biomedicina y Genética Molecular de Valladolid. PHOTOGENIC

>ÁVILA

Mide el calcio para esquivar el alzhéimer

Esta investigadora abulense del IBGM busca moléculas que puedan revertir las señales erróneas de este elemento químico para evitar que las células mueran, como ocurre con las neuronas en las enfermedades neurodegenerativas. Por E. Lera

Es uno de los mensajeros más potentes del cuerpo. La función más conocida es que ayuda a que los huesos crezcan sanos y fuertes, pero también contribuye a que los músculos, el corazón y los nervios funcionen correctamente. Es uno de los minerales fundamentales para la salud de nuestro organismo y el desarrollo de muchas de las estructuras que lo componen. Por tanto, hay que vigilarlo de cerca.

La abulense Sara López Vázquez no le quita ojo. La razón es que este elemento, que está dentro de las células, es el encargado de dar órdenes e instrucciones para que la célula funcione de manera correcta. Si se descontrola, según comenta, podría dar señales erróneas que llevasen a la célula a la muerte, como ocurre con las neuronas en las enfermedades neurodegenerativas. En estas patologías, aclara, las neuronas mueren paulatinamente, provocando pérdidas de memoria o de movilidad.

Con este reto en mente, trabaja buscando moléculas que puedan revertir las señales erróneas de calcio, y así evitar que las neuronas mueran. «Estas maravillosas neuronas reciben el nombre de neuro-protectoras y, en un futuro, pueden

ser de gran ayuda para luchar contra estas patologías», asegura la investigadora del Instituto de Biomedicina y Genética Molecular de Valladolid (IBGM).

Basado en la experiencia que el laboratorio donde trabaja posee en neuronas y calcio, hace un par de años se abrió un nuevo foco de estudio, la pandemia provocada por la COVID-19. Pasados unos meses de la declaración del estado de alarma, a nivel mundial se llevó a cabo una recopilación de los síntomas que padecían o habían padecido las personas infectadas por el virus. En este punto, indica que se observó que un porcentaje de estos pacientes presentaba síntomas neurológicos.

Con esta información, tal y como reconoce López Vázquez, había que ir más allá, así que se lanzaron a estudiar qué efecto podría tener una proteína concreta del virus que es capaz de mover calcio dentro de las células y si esta podría provocar la muerte de las neuronas. De hecho, avanza que su último artículo muestra los resultados de este trabajo, que además explicará en una comunicación oral en la Universidad de Cambridge en el Reino Unido dentro de un par de meses.

Esta abulense estudió biotecno-

logía en la Universidad de Extremadura porque ya desde el instituto se enamoró de la genética y el funcionamiento del sistema humano. Encontró «la opción perfecta» en una carrera que también estudiaba los seres vivos, cómo modificarlos genéticamente y la posibilidad de encontrar la cura de enfermedades.

Tras su graduación, se abrió un amplio abanico de posibilidades, aunque sabía lo que quería hacer: dedicarse a la investigación. En el último curso descubrió en un laboratorio de su universidad que anhelaba vestir bata blanca el resto de su vida. Más tarde, quiso aprender más y se matriculó en el máster de Investigación Biomédica de la Universidad de Valladolid. En esta línea, recuerda que Carlos Villalobos la aceptó en su laboratorio para iniciar una línea de investigación. Espera doctorarse el año que viene después de «seis años de duro trabajo».

En este tiempo, López Vázquez señala que ha tenido la oportunidad de conocer laboratorios en el extranjero. En concreto, en 2022, un profesor del departamento de Neurología de la Universidad de Harvard en Estados Unidos le aceptó en su laboratorio. Allí, reconoce, aprendió técnicas muy nove-

das que le han llevado a conocer y estar a la última en las investigaciones en neurociencias.

Su conocimiento acumulado abre más puertas, la última ha sido convertirse en la ganadora del concurso #Hilotesis, un certamen en el que participan universidades españolas y donde los participantes tienen que resumir su tesis en un hilo de la red social X (anteriormente conocida como Twitter) con un máximo de 20 publicaciones. En su caso, relata que asemejó su investigación a una centralita de telefonía de los años 20, donde ella se metía en el papel de telefonista que buscaba interceptar mensajes de calcio erróneos para corregirlos y así evitar el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.

En su opinión, si Castilla y León quiere crecer y ser referente en investigación e innovación, necesita que las administraciones destinen dinero a financiar proyectos y contratos predoctorales y postdoctorales. «La Comunidad tiene centros públicos de investigación muy importantes, con trabajos muy punteros de los que debemos estar orgullosos», expone para, a continuación, afirmar que, aunque la investigación pública es muy importante, no se puede dejar de lado

que las empresas privadas también tienen un peso clave en estas áreas.

Para esta abulense, el Gobierno crea políticas y estrategias para colocar al país a la vanguardia; no obstante, subraya que es clave seguir trabajando en ello, ya que la inversión en I+D en España sigue siendo relativamente baja en comparación con otros países europeos. «Tenemos un problema grave que hay que abordar: la retención del talento. La falta de buenas oportunidades y los contratos precarios a los que se acogen nuestros investigadores españoles obligan a estos a buscar mejores condiciones de vida en el extranjero», lamenta.

En esta línea, Sara López Vázquez incide en que es un hecho alarmante, puesto que son profesionales que, en su mayoría, han sido formados con dinero público español y, cuando son productivos, los empujamos a abandonar el país. Es verdad, manifiesta la investigadora abulense que esto no debe confundirse con crear un currículo internacional. «Es evidente que ir al extranjero te aporta habilidades y competencias difíciles de adquirir de otra forma, pero las oportunidades de retorno deberían ser viables y sólidas».

> SALAMANCA

La proteína que frena al patógeno oportunista

El investigador Víctor Arribas identifica una proteína como diana para los antifúngicos contra la candidiasis / Este proyecto es «de suma importancia» debido a la «creciente amenaza» de las infecciones, sobre todo en poblaciones vulnerables. Por E. Lera

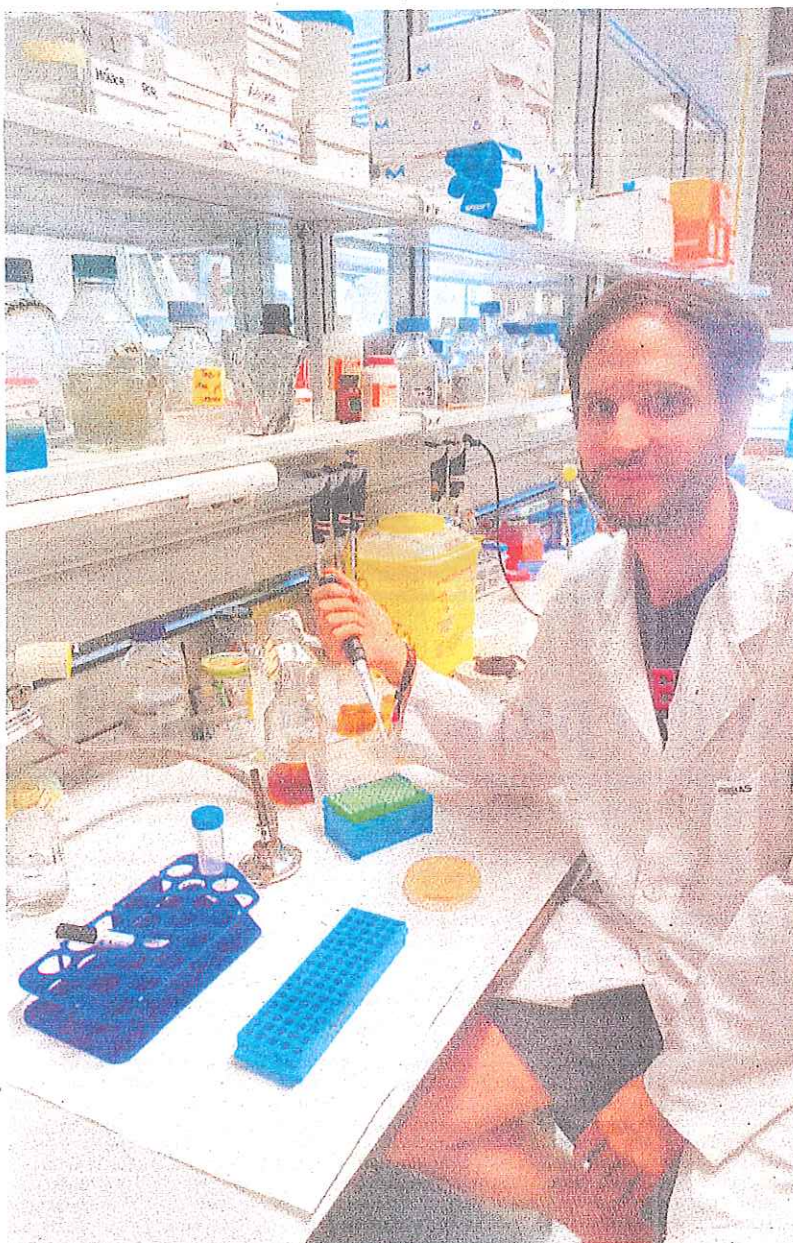
Tiene dos caras. En personas sanas produce infecciones leves, sin embargo, en pacientes inmunodeprimidos se convierte en un patógeno oportunista que alcanza tanta virulencia que supone la tercera causa de muerte por infección hospitalaria. ¿De qué hongo estamos hablando? De *Candida albicans*. Esta micosis afecta significativamente a pacientes con cáncer, postoperatorios o en cuidados intensivos en los que el sistema inmune se encuentra debilitado, generando costes considerables en la atención médica.

En el caso de la candidiasis invasiva, es la enfermedad fúngica más frecuente en pacientes hospitalizados con una incidencia de 8 casos por cada 100.000 habitantes en España con una mortalidad de hasta el 30%. El tratamiento se ve obstaculizado por la limitada disponibilidad de medicamentos antifúngicos y el desarrollo de mecanismos de resistencia a estos fármacos. Todo esto ha llevado a la urgente necesidad del descubrimiento de nuevas dianas terapéuticas para el desarrollo de nuevos antifúngicos.

Su detección temprana es crucial para mejorar el pronóstico de los pacientes, si bien el diagnóstico temprano es complejo debido a la escasa existencia de síntomas clínicos específicos de la enfermedad respecto de otras infecciones. La siembra de las muestras en medio de cultivo específico para hongos es el principal sistema de diagnóstico de la candidiasis invasiva, no obstante, esta técnica requiere entre 2-5 días para observar el crecimiento del microorganismo. Por este motivo, existen otras técnicas basadas en la detección del ADN o proteínas del microorganismo en la sangre del enfermo.

Cuando *C. albicans* entra en el organismo las primeras células que intentan parar la infección son fagocitos como los neutrófilos en la sangre o los macrófagos en los tejidos. Estos fagocitos, que forman parte de nuestra primera línea de defensa del sistema inmunitario, fagocitan al microorganismo patógeno y lo intentan eliminar produciendo distintos compuestos oxidativos. A su vez, el microorganismo patógeno responde a ese ataque activando diferentes mecanismos que le ayuden a sobrevivir al estrés oxidativo producido por estos compuestos liberados por las células del sistema inmune. El equipo de investigación de Víctor Arribas estudia esta interacción entre los fagocitos y *Candida albicans*.

En esta línea, expone que uno de los compuestos oxidativos más característicos de los producidos por estos fagocitos es el agua oxigena-



El investigador Víctor Arribas en el laboratorio. EL MUNDO

da. «Si nosotros estudiamos el efecto de esta agua oxigenada sobre *Candida albicans* y la respuesta que se produce en la misma para contrarrestar este estrés, podremos identificar proteínas de *Candida* que son necesarias para sobrevivir y producir la infección. Así, se convierten en dianas para posibles nuevos antifúngicos».

Por tanto, detalla que este equipo lo que hace es, tras el trata-

miento de un cultivo de *Candida albicans* con agua oxigenada, extrae sus proteínas y las identifica y cuantifica mediante espectrometría de masas. En estos estudios, identifican que la proteína Prn1 era de las proteínas que más aumentaba su abundancia en respuesta al agua oxigenada y, por lo tanto, era sospechosa de tener un papel importante en la respuesta al estrés oxidativo. A partir de este punto

realizan un análisis para determinar si esta proteína está implicada en la respuesta al estrés oxidativo y si podría ser utilizada como posible diana para antifúngicos.

Para ello, analizan una cepa que expresa la proteína Prn1 y otra que no puede fabricar esta proteína y las tratan con agua oxigenada. Así descubrieron que la cepa de *C. albicans* que no expresa esta proteína era mucho más sensible al es-

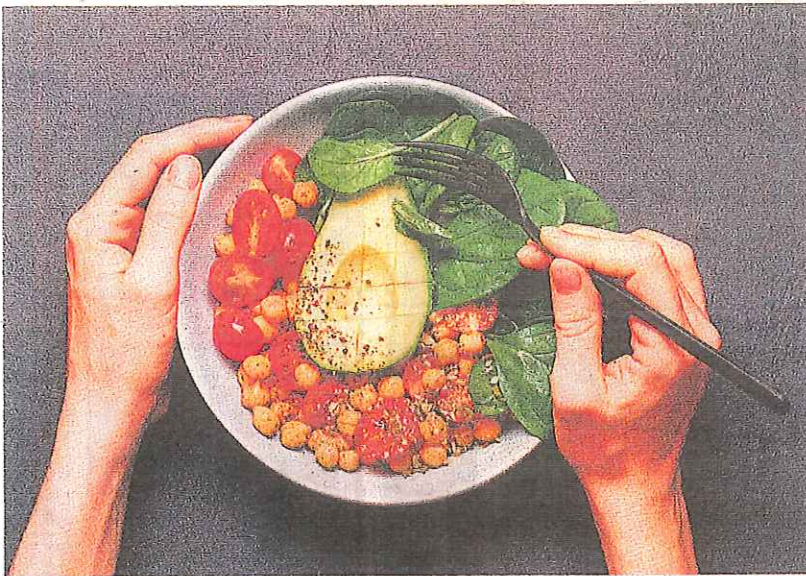
trés oxidativo. Para descifrar el papel de esta proteína en la respuesta a los compuestos oxidantes producidos por el sistema inmune volvieron a realizar espectrometría de masas en la cepa que expresa Prn1 y en otra que no la produce. De esta forma observaron que el número de proteínas encargadas en la eliminación de los compuestos oxidantes era menor en la cepa que no fabrica la proteína Prn1. «Este resultado corrobora la importancia de Prn1 en la respuesta al estrés oxidativo producido por los fagocitos, y por ello, se convierte en una proteína interesante para neutralizar por nuevos posibles antifúngicos», comenta el investigador postdoctoral.

En la actualidad disponen solo de tres clases de medicamentos antifúngicos ante los cuales muchas cepas de *Candida* han desarrollado mecanismos de resistencia y los tratamientos han dejado de ser efectivos. Esto ha llevado a que la gran mayoría de las muertes producidas por candidiasis invasiva sean por infecciones de cepas resistentes a antifúngicos. Su proyecto es, a su parecer, innovador debido a que se centran en la búsqueda de nuevas dianas diferentes a las ya existentes y frente a las que las especies de *Candida* no poseen mecanismos de resistencia. El objetivo es poder llegar a desarrollar nuevos medicamentos antifúngicos para el tratamiento de los pacientes con infecciones de cepas resistentes a antifúngicos. Es más, considera que este proyecto es «de suma importancia» debido a la «creciente amenaza» de las infecciones, sobre todo en poblaciones vulnerables.

De cara al futuro, avanza que el paso principal sería identificar una sustancia que pueda inhibir a la proteína Prn1 para que esta no pueda realizar su función y disminuir la respuesta al estrés oxidativo de *C. albicans* producido por el sistema inmune. «Prn1 posee una elevada similitud con la proteína Pirina de células de mamíferos. Esta pirina se ha visto que puede ser inhibida por la curcumina, que es un gran antioxidante, además de por otros inhibidores enzimáticos. Por tanto, uno de los principales planes a futuro consiste en analizar el papel de la curcumina como posible inhibidor de la función de Prn1 en *C. albicans*».

Además, Arribas indica que Prn1 posee otras tres proteínas homólogas, Prn2, Prn3 y Prn4, que también podrían tener su papel en la respuesta a estrés oxidativo, por lo que, a su parecer, sería importante su estudio para en el futuro poder ser consideradas como nuevas dianas de tratamientos antifúngicos.

PAPEL VERANO | SALUD



MENOS AZÚCAR Y MÁS VEGETALES PARA UNA VIDA MÁS LONGEVA

Investigación. Dos estudios paralelos hallan las huellas genéticas que determinan el impacto en una mayor longevidad celular gracias a una dieta vegana y sin azúcares añadidos

Por P. Pérez

La afirmación del filósofo y antropólogo alemán Ludwig Feuerbach también aplica al efecto en nuestro organismo de lo que colocamos en el plato: «Somos lo que comemos». La ciencia, alejada de la intención inicial con la que concibió esta frase, ha intentado profundizar, sin llegar a una conclusión definitiva, si realmente es así. Unos hábitos saludables basados en una alimentación variada son lo ideal para sortear, en la medida que nuestros genes lo permitan, enfermedades. Por eso, la cesta de la compra también es objeto de estudio para saber si vamos a vivir más.

¿Dietas veganas u omnívoras (con menos carne y más pescado)? Conocer el impacto de éstas en nuestro reloj biológico supone todo un reto. En el debate sobre cuál es mejor, un reciente estudio publicado en *BMC Medicine* asegura que una dieta vegana a corto plazo se asocia con beneficios en la edad biológica.

Medir la huella en el reloj que deja el exceso de azúcar en nuestro organismo también ha sido el objetivo de un trabajo reciente de la Universidad de San Francisco (USCF) publicado en *JAMA Network*. El equipo de Dorothy Chiu y Elissa Epel ha hallado un vínculo entre seguir una dieta rica en vitaminas y minerales, sobre todo una sin mucha azúcar añadida, y tener una edad biológica más joven a nivel celular.

Ambas investigaciones, sin relación directa alguna, coinciden en que el tipo de alimentación deja una huella significativa a nivel celular en nuestro organismo. «Sabíamos que los niveles elevados de azúcares

añadidos están relacionados con un deterioro de la salud metabólica y una enfermedad precoz, posiblemente más que cualquier otro factor dietético», afirma Elissa Epel, autora del trabajo de la USFC. «Ahora conocemos que el envejecimiento epigenético acelerado es la base de esta relación, y es probable que esta sea una de las muchas formas en que el consumo excesivo de azúcar limita la longevidad saludable».

Aunque a priori suene concluyente y tajante, el trabajo publicado en *BMC Medicine* tiene algunas limitaciones, pero, que han de exponerse para llegar a tal afirmación. Uno de ellos, como apunta Esther López-García, catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid y miembro del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Epidemiología, y recoge *SMC*, es el marco de la investigación. «Los investigadores utilizan un ensayo clínico para entender el impacto de un patrón dietético puramente vegetariano y un patrón dietético saludable omnívoro», explica López-García. «Este trabajo es insuficiente para recomendar a la población seguir dietas vegetarianas», añade la catedrática. También Carmen Romero Ferreiro, doctora en Biología y responsable de Investigación del Grado de Nutrición en la Universidad Francisco de Vitoria, se muestra cauta. «El pequeño tamaño de la muestra y la pérdida de peso diferencial entre los grupos, podría haber influido en los resultados». Se observó a 21 pares de gemelos, de cada pareja, una persona siguió una dieta omnívora y la otra, una dieta vegana –y menos calórica– durante ocho semanas.

Desde la Universidad de Stanford en California (EEUU), el equipo de Varun B. Dwaraka y Lucia Aronica, de TruDiagnostic y del Centro de Medicina Preventiva de Stanford (respectivamente), ha concluido a través de su investigación que la dieta vegetariana a corto plazo

“Este hallazgo se suma a la evidencia de que una mayor ingesta de vegetales y menor de carne beneficia a la salud”

está asociada con beneficios epigenéticos para la edad y una ingesta calórica reducida. Para ello, han empleado la medición de biomarcadores epigenéticos que sirven para evaluar los impactos dietéticos y facilitar estrategias nutricionales personalizadas en un envejecimiento saludable. En este caso, midieron el grado de metilación del ADN de las células sanguíneas y el cálculo del llamado *reloj epigenético*. Así, hallaron que los que siguieron la dieta vegana tenían menor metilación y menor grado de envejecimiento celular. «Estos hallazgos se suman a un creciente cuerpo de evidencia que indica que una mayor ingesta de vegetales y una reducción en el consumo de carne tienen beneficios significativos para la salud», remacha Romero Ferreiro.

POLEMICA

EL PP DENUNCIA LA “FALTA DE CONTROL Y TRANSPARENCIA” DE ERNEST URTASUN

Por Vanessa Graell

Solo unos días después de que estallara la polémica sobre Lluís Homar por los cobros irregulares al frente de la Compañía Nacional de Teatro Clásico (CNTC), el PP registró una pregunta parlamentaria en la mesa del Congreso para instar al Ministerio de Cultura a dar explicaciones. «La falta de transparencia y control en Cultura nos genera mucha inquietud», lamenta la diputada Sol Cruz-Guzmán, portavoz popular de Cultura en el Congreso, que aún no ha recibido respuesta para clarificar las irregularidades contractuales del director de la CNTC ni si el Ministerio ha abierto una investigación.

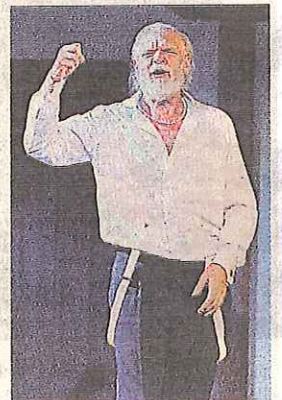
El pasado 3 de julio, en vísperas del Festival de Almagro, la actriz y directora Marta Poveda publicó en X (antes Twitter) documentos del Portal de Transparencia que reflejan que, hasta en tres ocasiones, Homar cobró codirecciones que en realidad no realizó. El propio actor reconoció esos pagos a *El Periódico de España* y los justificó con un acuerdo al que habría llegado en 2019 con la entonces directora del Instituto Nacional de las Artes Escénicas y de la Música (Inaem), Amaya de Miguel, que le habría ofrecido un sueldo de 120.000 euros: 70.000 fijos (hoy rozan los 80.000) más otros 50.000 por dirigir dos obras anuales. Administrativamente no está contemplado que el director de la CNTC pueda ejercer de actor, así que las codirecciones ficticias *compensarían* los trabajos actuariales de Homar.

A pesar del escándalo, el ministro de Cultura, Ernest Urtasun, no ha dado explicaciones públicas y ha emplazado a una mesa de trabajo a abordar la reestructuración del Inaem, una necesidad que se remonta a la pasada legislatura y que recaería en Paz Santa Cecilia,

directora del Instituto desde enero. Entre sus preguntas al Congreso, el PP también solicita respuesta por la caída de espectáculos y espectadores del Centro Dramático Nacional (CDN), que dirige Alfredo Sanz, renovado en su cargo como Homar el pasado abril.

«Nos sorprende la poca acción de este Ministerio. Todos los grupos políticos estamos de acuerdo en que desde que el PSOE soltó la bandera de Cultura a Sumar, no han hecho nada. Incluso los sindicatos están decepcionados con el trato que reciben», señala Cruz-Guzmán. El 11 de julio, CCOO, UGT y CSIF se pusieron de acuerdo para lanzar un duro comunicado conjunto en que criticaban el «proceso de degradación» del Inaem y solicitaban la intervención de la fiscalía para investigar el caso de Homar «hasta sus últimas consecuencias, de forma que se depuren todas las responsabilidades civiles, penales y administrativas a que hubiera lugar». Silencio por parte del Ministerio.

Una ensalada de garbanzos y espinacas con aguacate y tomates.
ANNA PUZATYKH



Lluís Homar actuando el sábado pasado en el Festival de Almagro.
EFE

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

Miércoles 31 de Julio de 2024. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CX. Número: 18.959

La Junta arranca con el centro de salud de El Burgo con 6,4 millones

El Consejo de Gobierno autorizará esta semana la contratación para poder licitar las obras del edificio sanitario 15 años después ● Mañueco dice que «será un ejemplo de la sanidad pública»

SANDRA GUIJARRO EL BURGO
Han pasado ya 15 años desde que el Ayuntamiento de El Burgo de Osma cediera sus terrenos a Sanidad para la construcción del nuevo cen-

tro de Salud en El Burgo de Osma que por fin arranca. El Consejo de Gobierno de la Junta de Castilla y León autorizará esta misma semana su contratación para después li-

citar la obra, con un plazo de ejecución aproximado de 20 meses y un coste que rondará los 6,4 millones de euros. Así lo anunció ayer el presidente, Alfonso Fernández

Mañueco, durante su visita a la villa burgense para presentar un proyecto «reclamado y necesario» y que será «un ejemplo de la sanidad pública».

Pág. 7



MARIO TEJEDOR

MAÑUECO DESTACA LA INVERSIÓN «HISTÓRICA» EN SANIDAD DE 28,5M€

El presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, significó ayer que el Ejecutivo autonómico ha destinado este año a la mejora

de la sanidad en Soria 28,5 millones de euros, la cifra más alta de la historia, gracias, agregó, «al avance del hospital, la construcción de tres

nuevos centros de salud en San Leonardo, Soria Norte y El Burgo de Osma y la ampliación de La Milagrosa y Almazán.

Pág. 7

La cosecha crece en Soria un 30% pero con «unos precios de los 80»

La comisión provincial de estadística agraria revela rendimientos de trigo de 3.800 kilos por hectárea y los de cebada llegan a los 3.500

SORIA
Soria registra una campaña de cosecha un 30% superior a la media de los últimos años con un 85% del trabajo ya hecho, pero empujada por unos precios «de los años 80», según se quejan los agricultores. Los rendimientos registrados de trigo son de 3.807 kilos por hec-

tárea y de 3.463 kilos por hectárea de cebada, que en cualquier caso quedan desvirtuados por unos gastos en las últimas campañas, desde la siembra hasta los trabajos de abonado y fertilizantes.

La tonelada de trigo se está pagando a 200 euros, «como en los años 80», según explicó ayer el je-

fe del Servicio Territorial de Agricultura y Ganadería, José Manuel Ruiz Romera. De hecho, los precios abrieron la sesión de este órgano colegiado formado por técnicos y funcionarios de la Junta, representantes de las organizaciones profesionales agrarias, de Agroseguro y otros expertos.

Pág. 3

CASTILLA Y LEÓN

Las comunidades del PP estallan contra el plan de salud mental sin consenso del Ministerio

VALLADOLID
Indignación entre las comunidades autónomas gobernadas por el PP después de que el Ministerio de Sanidad haya filtrado que ha entregado el borrador de su Plan de Acción de Salud Mental, algo que Alejandro Vázquez niega rotundamente.

Pág. 8

Losán presenta su programa de reestructuración para poder salvar la firma

La deuda a nivel nacional asciende a los 200 millones de euros

Pág. 4

TURISMO



Los sorianos estarán exentos del pago en la ermita de San Saturio

Pág. 5



Conócenos en **usj.es**

PROVINCIA



Alfonso Fernández Mañueco junto a Antonio Pardo a la entrada del centro San Agustín en El Burgo de Osma. MARIO TEJEDOR

La Junta inyecta 6,4M€ en el centro de salud de El Burgo

● El Consejo de Gobierno autorizará la contratación para licitar las obras ● El nuevo edificio duplicará la superficie del actual para ser «más eficiente y moderno»

SANDRA GUIJARRO EL BURGO Quince años después de que el Ayuntamiento de El Burgo cediera sus terrenos a la Gerencia de Salud de Soria, la construcción del nuevo centro de Salud en El Burgo de Osma parece coger forma. El Consejo de Gobierno de la Junta de Castilla y León autorizará esta misma semana su contratación para después licitar la obra, con un plazo de ejecución aproximado de 20 meses y un coste que rondará los 6,4 millones de euros.

Así lo anunció ayer el presidente, Alfonso Fernández Mañueco, durante su visita a la villa burgense para presentar un proyecto «reclamado y necesario», tal y como manifestó Antonio Pardo, alcalde de la localidad.

En la zona final de la Avenida de la Constitución, concretamente en la calle Lavaderos, este nuevo centro de salud, con una superficie útil de 2.130 metros cuadrados, duplicará la superficie actual, y dispondrá de nueve consultas de medicina de familia, ocho de enfermería, una consulta de pediatría, otra de enfermería pediátrica y una consulta polivalente.

El resultado será un nuevo centro de salud «más eficiente, moder-

no, accesible y con más espacio para profesionales y pacientes», explicó Mañueco. Su construcción será un ejemplo más, según el presidente, de la «apuesta clara por la sanidad pública, universal, gratuita y de calidad» por parte del gobierno autonómico, que presta «especial atención en el medio rural», añadió.

Cuando las instalaciones se pongan en funcionamiento, darán servicio a 5.700 personas de 15 municipios y 42 localidades pertenecientes a la Zona Básica de Salud de El Burgo. Por ello, Mañueco indicó que la Consejería de Sanidad «agilizará al máximo la tramitación y que sea una realidad lo ante posible».

Por su parte, el alcalde de El Bur-

go, Antonio Pardo, destacó que se trataba de «un día muy especial y singular para El Burgo de Osma, la provincia y toda la comarca».

El regidor municipal habló de la importancia de los servicios en el mundo rural y recaló que aunque se trata de «un proyecto demandado, reclamado y necesario» y hayan «pasado una serie de años des-

LOS ESPACIOS NATURALES DE LA REGIÓN RECIBIRÁN 31,5 MILLONES DE EUROS

El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, visitó ayer, acompañado del consejero de Medio Ambiente, Juan Carlos Suárez-Quiñones, antes de la presentación del nuevo centro de Salud de El Burgo de Osma, el mirador de La Gallana, en el corazón del Parque Natural del

Cañón del río Lobos, en Soria y recaló el compromiso de la institución que preside por «proteger nuestra naturaleza, nuestro medio ambiente y nuestro mundo rural y convertirlo en fuente de riqueza y dinamismo económico y de creación de empleo».

Con este tipo de intervenciones, desde el gobierno

autonómico «se intenta ser útiles, eficaces y estar al servicio de las personas creando oportunidades de futuro en todo el territorio», explicó Mañueco. Además, el presidente de la Junta manifestó que «no hay rincón de esta comunidad donde no este presente la Junta, con servicios públicos, pero también con oportunidades de futuro».

Esta infraestructura contó con una inversión de más de 312.000 euros por parte del gobierno

autonómico y forma parte de un Red de Miradores en Castilla y León, tres de ellos también finalizados, en Arribes del Duero, Riaza y Duruelo. Se trata de iniciativas que se enmarcan dentro del Programa de Infraestructuras Turísticas en Áreas Naturales, que abarca 60 actuaciones en la Comunidad con una inversión de 31,5 millones de euros, y que se completarán entre 2024 y 2025. Hasta el momento, la Junta ya ha ejecutado 1,6 millones en Soria.

de que venimos peleando y reclamando este proyecto», finalmente El Burgo tendrá un nuevo centro «mucho más moderno y cualificado» que contara con «más personal sanitario cualificado».

El centro cultural de San Agustín acogió el acto de presentación del proyecto del nuevo centro de salud. El presidente castellano y leonés estuvo acompañado por el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, la delegada de la Junta en Soria, Yolanda de Gregorio y el presidente de la Diputación, Benito Serrano, entre otras autoridades.

La construcción del centro de salud burgense pone de manifiesto el compromiso del Ejecutivo auto-

Pardo recuerda que se trata de un proyecto demandado

Inversión de 28,5 millones este año en la sanidad de la provincia

nómico con la Sanidad en Soria, a la que este año destina 28,5 millones de euros en inversiones, la mayor cifra de la historia, indicó Fernández Mañueco.

Una apuesta que viene iniciada por el «imparable» avance del las obras del hospital de Santa Bárbara, por la construcción de tres nuevos centros de salud -este ya citado, el de San Leonardo de Yagüe y el de Soria Norte- y la ampliación y reforma de Soria Sur (La Milagrosa) y el de Almazán.

Mañueco destacó que las obras del Hospital Santa Bárbara han contado con una inversión total de 80 millones de euros y la segunda fase finalizará en 2025.

En esta legislatura se han incorporado a este centro las nuevas unidades del dolor, rehabilitación cardíaca, suelo pélvico y la prestación de cardiioresonancia. Respecto a la Unidad de Radioterapia, indicó que ya se ha adjudicado el contrato del acelerador lineal, con el objetivo de que entre en funcionamiento a principio de 2025.

Asimismo, reiteró que el Gobierno de Castilla y León está llevando a cabo «un esfuerzo inversor sin precedentes» en el sistema sanitario de la Comunidad, que cuenta con la mayor red de centros de Atención Primaria de todo el país; con la mejor ratio de médicos y la segunda mejor de enfermería; y una atención que roza el sobresaliente en las encuestas de satisfacción.

Por último, el PSOE de Soria, lamentó ayer, en declaraciones de la procuradora Judith Villar que el proyecto de construcción del centro de salud se remonta al año 2009. Desde el PSOE se consideró «inexplicable» la presentación del centro de salud de El Burgo con datos que ya se adelantaron hace 2 años cuando se adjudicó la redacción del proyecto.

CASTILLA Y LEÓN

Las comunidades del PP estallan contra el plan de salud mental sin consenso del Ministerio

● El consejero de Sanidad de Castilla y León asegura que «hasta el momento no se ha entregado borrador alguno» y advierte que el departamento de García «no solo no resuelve ningún problema sino que se ha convertido en uno»

RICARDO GARCÍA VALLADOLID
El Ministerio de Sanidad se ha encomendado reducir la presión asistencial en los servicios de Salud Mental del sistema público, y para ello ha puesto en marcha la elaboración de un nuevo plan para 2025-2027. No obstante, la iniciativa no ha sido bien recibida por las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular, entre ellas Castilla y León, que han estallado contra el departamento que dirige Mónica García al considerar que el borrador del plan se ha elaborado sin consenso y sin contar con la opinión de los gobiernos autonómicos. Además, critican que se haya filtrado a algunos medios que dicho borrador se ha hecho llegar a las comunidades autónomas y sociedades científicas, cosa que niegan.

Según se ha venido publicando recientemente por parte de algunos medios, el borrador del Plan de Acción se habría distribuido por parte del Ministerio de Sanidad a las comunidades autónomas y sociedades científicas, si bien los detractores lo niegan ya que consideran que el desglose de líneas y actuaciones recogidas en una presentación de Powerpoint mostrada durante la última reunión del Consejo Interterritorial de Salud, celebrada el pasado 18 de junio, no se puede considerar como tal.

Según las fuentes a las que ha tenido acceso este periódico, la cúpula nacional del Partido Popular se encuentra sumida en la indignación tras conocer la actuación del Ministerio de García, pues consideran que en lo que tiene que ver con la sanidad, y más aún con la salud mental, debe existir un consenso y se debe dar la oportunidad de participar a las comunidades autónomas, que en esencia son las Administraciones que son las responsables de prestar la atención.

Al frente de estas críticas por parte de las autonomías «populares» está Castilla y León a través de su consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, quien además fue nombrado el pasado mes de junio vicepresidente



Mañueco y Vázquez visitan el proyecto del nuevo centro de salud de El Burgo de Osma (Soria). MARIO TEJEDOR

de Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, si bien antes de esto ya hacía las veces de portavoz de las comunidades del PP. Es él quien hace hincapié en que «hasta el momento no se ha entregado borrador alguno de este plan ni a Castilla y León ni a ninguna de las comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular».

En este mismo sentido, Vázquez añade también que «una vez más el Ministerio ninguna al pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y no cumple con una de sus principales responsabilidades, que es la de velar por la coordinación de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, poniendo en práctica de este modo la co-gobernanza del sistema».

Otra de las cuestiones en las que hace hincapié el consejero de Sani-

dad de Castilla y León es que el departamento que dirige Mónica García «prefiere la filtración de un documento antes de entregarlo y discutirlo a las comunidades autónomas, que son las competentes a la hora de llevar a cabo la prestación de asistencia sanitaria en salud mental», lamentando una vez más la no recepción del borrador ni de información al respecto más allá de la presentación durante la reunión ya señalada.

Pero las críticas de Vázquez como vicepresidente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no se quedan aquí, sino que también critica que «una vez más el Ministerio, que no es capaz de ejercer sus competencias como ha quedado perfectamente claro en su incapacidad de proporcionar especialistas sanitarios a los servicios de salud que conforman el

Sistema Nacional de Salud, invade las competencias de las comunidades autónomas y sin contar con ellas pretende poner en marcha un nuevo plan de salud mental».

«A la vista de los hechos que por desgracia se van repitiendo a lo largo de estos nueve meses de gestión ministerial, el Ministerio vuelve una vez más a mostrar su incompetencia a la hora de resolver el problema de la salud mental», considera Alejandro Vázquez, y agrega que «el Ministerio actual no solo no resuelve ningún problema de los muchos que tiene el Sistema Nacional de Salud, sino que se ha convertido en sí mismo en un auténtico problema añadido».

DOCUMENTO TÉCNICO

Más allá de las valoraciones críticas de Alejandro Vázquez, que en esencia son muy similares a las que

hacen el resto de comunidades autónomas gobernadas por el PP, lo cierto es que el borrador del Plan de Acción 2025-2027 en materia de Salud Mental que el Gobierno asegura haber difundido y al que ha tenido este periódico ha sido presentado a las comunidades autónomas como un documento dirigido a la elaboración final del Plan que sirva «tanto para cumplir las líneas propuestas desde la Estrategia de Salud Mental, como para el reparto de fondos».

Fondos que, como el mismo Ministerio reconoce, en 2024 «corresponden al Plan de Acción anterior (2022-2024)», de manera que al futuro Plan de Acción 2025-2027 «se destinarán los fondos a partir de 2025».

Asimismo, el departamento de Mónica García define también que el borrador del Plan «consta de 7 líneas, con 46 acciones», y apunta además que «se enviará este borrador con una escala para elegir del 1 al 5 (de menos a más) según su priorización y también para incluir comentarios o mejoras».

Queda patente, en línea con lo defendido por Vázquez, que más que un borrador lo presentado por el Ministerio de Sanidad a las comunidades autónomas es un documento técnico que recoge las actuaciones previstas pero que no las desarrolla y que por tanto no puede tener esa consideración, ya que una presentación de diapositivas no parece el mejor soporte para un Plan de Acción en materia de salud mental. Y aunque es cierto que en este punto se abre a la participación de las comunidades mediante esos «comentarios o mejoras», lo que reprochan las autonomías del PP es que no se tuviera en cuenta la postura de los gobiernos regionales para la redacción de estos primeros esbozos.

Ahondando en el contenido, de nuevo según la documentación que ha podido consultar este periódico y que es la misma que se puso a disposición de las comunidades en la reunión del Consejo Interterritorial de Salud, se puede observar que

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

torial, la primera de las líneas de acción que contempla es el «refuerzo de los recursos humanos en salud mental», una cuestión que preocupa a las comunidades autónomas por la falta de profesionales para atender estos servicios. Dentro de esta línea, además, el borrador del Ministerio de Sanidad plantea cinco acciones dirigidas principalmente a la regulación y a la «planificación de la oferta de Formación Sanitaria Especializada de la especialidad de psiquiatría» y de todas sus ramas «teniendo en cuenta las necesidades consensuadas con las comunidades autónomas».

La segunda línea del borrador del Plan de Acción elaborado por el Ministerio de Mónica García aparece descrita como «salud mental comunitaria y alternativas a la institucionalización». En este caso son diez las acciones incluidas, entre las que figuran «diseñar un plan de desinstitucionalización en salud mental», «fomentar las intervenciones comunitarias como la prescripción social» o «potenciar alternativas comunitarias, domiciliarias y nuevas formas de hospitalización en la atención en episodios agudos psiquiátricos».

La tercera línea versa sobre el «modelo de atención orientado a los derechos humanos, humanización y lucha contra el estigma», que cuenta a su vez con ocho acciones en esta misma dirección.

En cuarto lugar, la propuesta del Ministerio de Sanidad apuesta por la «calidad en la prescripción y seguridad del paciente», con seis acciones que incluyen, entre otros aspectos, «campañas de sensibilización» y «formación sobre prescripción adecuada de psicofármacos y desprescripción en Atención Primaria y Salud Mental».

La quinta línea tiene que ver con el «abordaje de problemas de salud mental en contextos y colectivos de mayor vulnerabilidad», en este caso dividida en nueve acciones entre las que figuran «potenciar» diferentes operativas y formación de los profesionales en diferentes ámbitos.

Como sexta línea, la presentación de diapositivas del Ministerio habla de «potenciar los sistemas de información en salud mental», en este caso con solo tres acciones.

Finalmente, la séptima línea aborda, según la documentación a la que ha tenido acceso este periódico, la «relación entre salud mental y ámbito laboral» con cinco acciones que incluyen «promover la vigilancia de la salud mental» y la «promoción de entornos y factores que reduzcan los problemas de salud mental en el ámbito laboral», entre otras.

41
SALUD PAPEL VERANO

Un hombre
hace deporte
usando unas
barras
paralelas en un
parque
público.
FELIPE DÍAZ DE
VIVAR

La revista diaria de EL MUNDO. Miércoles, 17 de julio 2024

EL DEPORTE
ES BUENO PARA
TU SALUD...
Y TAMBIÉN LA
DE TUS NIETOS

Legado genético. La actividad física no sólo se hereda por el 'efecto imitación' sino que viaja de generación en generación en los genes. ¿Cómo? En la huella epigenética de los microARNs

Por Raquel Serrano (Madrid)

La asignatura pendiente de todos los veranos es ponerse en forma. Uno trata de hacerlo, coger el hábito y continuar todo el año. Para los más pequeños hacer deporte es, muchas veces, una extraescolar (fútbol, atletismo...). Si un adulto realiza actividad física, puede convertirse en un buen ejemplo para sus hijos. Por eso, también se aprovechan estos días para hacer deporte en familia.

Sin embargo, ¿qué pasaría si esa afición por el deporte no solo contagiara sus beneficios por imitación? ¿Es posible que deje alguna huella en nuestros genes que pase de padres a hijos y a nietos? Sería una motivación adicional para aumentar nuestra actividad diaria y subir y bajar las escaleras en el trabajo o caminar al menos más de 30 minutos al día a paso ligero. Todo por dejar un legado saludable.

Los beneficios del ejercicio físico, ajustado a las posibilidades y necesidades de cada persona, se han ido demostrando: mejoras en enfermedades cardiovasculares, osteomusculares, oncológicas y de salud

mental han ocupado numerosos estudios en los últimos años. En el ámbito de la Neurología, los profesionales consideran que se trata de una intervención sólida en el estilo de vida conocida por su mejora de las capacidades cognitivas. Y ahora se ha demostrado además que las mejoras cognitivas resultantes del ejercicio físico pueden heredarse de padres a hijos, lo que demuestra efectos intergeneracionales. ¿Cómo es posible esta transmisión generacional hasta los nietos? Se trata de un aspecto que aborda una nueva investigación publicada recientemente en *Journal of Neuroscience*.

Sus hallazgos resaltan la transmisión generacional duradera de los beneficios cognitivos asociados con el ejercicio, incluso después de dos generaciones, lo que sugiere que el entrenamiento físico moderado puede tener efectos positivos duraderos. ¿Dónde está el secreto de este mecanismo? Todo esto sería posible gracias a un conjunto específico de microARNs que ejercen su influencia a lo largo de sucesivas generaciones.

José Luis Trejo, del Departamento de Neurociencia Traslacional del Instituto Cajal, del CSIC, donde dirige el grupo Estilo de vida y cognición, explica a este medio que esta herencia transgeneracional —que salta más de una generación, de abuelos a nietos— tiene lugar mediante mecanismos epigenéticos, en concreto los microARNs, de los que ya existe literatura científica evidenciando que pasan de generación en generación a través de los espermatozoides o los óvulos.

«En concreto, en este estudio hemos demostrado que el perfil de expresión de los microARNs que presentan diferencias en los nietos, tienen como diana un grupo de genes que ya estaban diferencialmente expresados en sus padres y en sus abuelos», dice. «Como solo estos últimos son los que habían hecho ejercicio, todo apunta a que los microARNs responden al ejercicio físico y ejercen sus efectos sobre los genes diana a través de varias generaciones».

En cuanto a los beneficios concretos, Trejo señala que los nietos han heredado de sus abuelos tanto «una mayor capacidad cognitiva (aprendizaje y memoria en tareas espaciales y no espaciales) muy específica, así como un perfil genético y epigenético de expresión que se mantiene a través de las generaciones».

Sin embargo, aclara, que otros rasgos como el aumento del número de nuevas neuronas (neurogénesis adulta en el hipocampo) que «si se transmitieron de abuelos a padres, no han llegado a los nietos. Esto indica que, aunque existe transmisión transgeneracional de los beneficios cognitivos,



algunos de los efectos celulares ya se están desvaneciendo».

De hecho, las primeras autoras del trabajo, Elisa Cintado y Patricia Tezanos, sugieren que el mismo mecanismo mediado por los microARNs regularía también los efectos adversos de un estilo de vida sedentario para la salud corporal y cerebral y que repercutirían sobre la descendencia.