

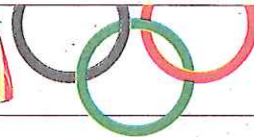
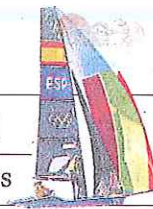
DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

JULIO - AGOSTO

2024

VELA. La falta de viento aplazó hasta hoy la decisiva Medal Race del 49er masculino. Los españoles Botín y Trittel la afrontan como líderes



**PARIS
2024**

MARTA GARCÍA ATLETA ESPAÑOLA

«Tengo opciones de estar en la final, ese es mi objetivo», afirma la palentina, bronce en el pasado Europeo. Hoy, series del 5.000 en París

«Mi prioridad era la medicina»

LUCAS SÁEZ-BRAVO PARÍS
ENVIADO ESPECIAL

Marta García es una sonrisa permanente. Palentina nacida en León (1998), es también la atleta de moda. Su 2024 es oro puro. Ha batido cuatro récords de España de carrilla (2.000, 3.000 pista cubierta y aire libre y 5.000 metros...) y, en junio, en Budapest, logró el bronce europeo. Un estallido que no es casualidad. El año pasado tuvo que decidir, o atletismo o Medicina. Acababa de terminar la carrera y había que apostar. Acertó. Hoy, «con sensaciones espectaculares», debuta en unos Juegos con la mirada puesta en la final del 5.000 metros. Pregunta. Le llegó una oferta de esas que no se puede rechazar. Respuesta. Me cambió la vida. No me había planteado la posibilidad de llamar al atletismo un trabajo hasta sexto de carrera. La prioridad siempre habían sido los estudios. Mi idea era acabar la carrera, hacer el MIR, entrar en el hospital y hacer la residencia. Tenía el camino claro. Entonces pensé: «¿Y si me diera unos años para correr?». La balanza tiraba hacia la medicina cuando ON me ofreció esto, ser

parte del equipo OAC [un equipo profesional de atletismo]. Apostaban por mí más incluso que yo misma. Cómo no intentarlo. Muchos deportistas en España no tienen suficiente financiación como para poder ser profesionales, tienen que trabajar a media jornada, no tienen un fisio, no pueden hacer concentraciones en altitud, o su entrenador tiene dos trabajos... P. De Buitrago se fue a vivir a St. Moritz, una concentración permanente. R. Si me dices hace tres años que hago estas marcas... Aunque al principio fue un poco duro. Cambió el entrenamiento y también mi vida. Tenía mucha vida social y muchos entrenamientos... Me adapté y mi rendimiento fue bueno. Sinceramente, pensaba que podía estar en el Mundial de Budapest 2023 (fue campeona de España, pero por decisión de la Federación no fue). Fue una situación crítica, pero salí mucho más reforzada. A lo mejor empujé mucho más fuerte. Y no me fui de vacaciones porque no había Mundial. Quise seguir compitiendo. La vida me lo devolvió más tarde ese esfuerzo. Este 2024 está siendo el gran año.



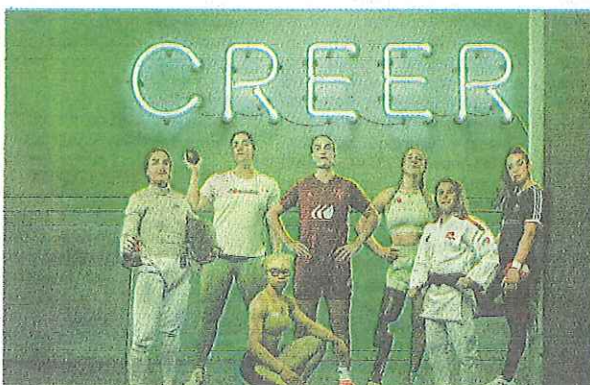
EL MUNDO

P. Se puso en manos del alemán Thomas Dreissigacker.
R. Es un gurú, un científico de esto. Le gustan mucho los datos y es muy

«Soy hiperactiva. Antes tenía mucha vida social, me gustaba salir de fiesta»

pasional. También ha dejado su vida por este proyecto. Aquí, básicamente, *sólo* tienes que entrenar, porque lo hacemos todos los días mañana y tarde. Es como un trabajo a jornada partida. Siento que trabajo 24/7, es duro, lejos de casa... Es difícil que tu pareja lo entienda. Pero es mi pasión y lo disfruto. Aunque me limita hacer otras cosas. P. Entonces, ¿le suena mejor doctora García o atleta García? R. He decidido intentar ser las dos en la vida, pero primero una y luego la otra. No disfruté al máximo mi vida universitaria. Y en lo deportivo, quedaba campeona de España y me po-

nía a estudiar en el viaje de vuelta. Mi sensación es que mi vida ahora es mucho más fácil que cuando estudiaba. Mi cuerpo está más relajado. Le hice trabajar mucho y por encima de sus posibilidades en algún momento. Está bien ahora un tiempo de relax mental y de recomponerme. Fueron unos años de locos. P. ¿Cómo es Marta fuera de la pista? R. Hiperactiva. Me gustaba salir de fiesta cuando era adolescente. También he estado ligada a la música. He hecho nueve años de conservatorio, tocaba la guitarra. Ahí está en casa, cogiendo polvo. Ahora leo, que antes no lo hacía. Novelas.



La fuente de energía
más poderosa del mundo.



UNIVERSO
MUJER



Por ti. Por el planeta.

ESPAÑA

Coto a la publicidad y los patrocinios en la futura ley de Alcohol y Menores

El anteproyecto busca alejar la sustancia de los entornos infantiles: «No será punitiva»

PILAR PÉREZ MADRID

Del Consejo de Ministros salieron ayer dos medidas para mejorar la salud de los niños españoles: un anteproyecto de ley para el control del acceso al alcohol, que establece un marco integral para proteger la salud de los menores y promover un consumo responsable en la sociedad; y, la creación mediante Real Decreto del Comité Interministerial para luchar contra la obesidad infantil en España, enmarcado en el *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030)*.

La ministra de Sanidad, Mónica García, desglosó en la rueda de prensa posterior al consejo estas acciones. «Se trata de poner herramientas para proteger a la salud de los niños y las niñas»; subrayando sobre el alcohol dos máximas: «No hay un consumo seguro, menos en la infancia y la juventud. Y el consumo precoz tiene consecuencias en el neurodesarrollo de los menores».

El texto legislativo surge de las recomendaciones de la Ponencia *Menores sin alcohol* de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, que data de 2018. «Se trata de aunar a nivel estatal medidas que ya estaban en marcha en algunas autonomías», recordó García. «No se trata de entrar en conflicto con las competencias autonómicas».

Tras la luz verde del pleno ministerial, el anteproyecto debe recabar los informes y dictámenes de diferentes ministerios y organismos y pasar por audiencia pública antes de volver a la mesa del Consejo de Ministros para iniciar su tramitación parlamentaria.

García insistió que ellos legislan acciones basadas en la evidencia científica. Para ello se ha elaborado un diagnóstico de la situación. Esta cuestión, como apuntó la ministra y según el CIS, preocupa a un 85% de los españoles. Además, incidió en



La ministra de Sanidad, Mónica García, en la rueda de prensa tras el Consejo de Ministros de ayer martes. MARISCAL / EFE

que «no se trata de un marco punitivo», sino «educativo» y enfocado control «del entorno» del menor.

«Los principios rectores de esta ley son proteger la salud y la seguridad de los menores, evitar el consumo y los daños físicos, psíquicos y sociales que produce su consumo, así como disminuir el acceso al alcohol y contribuir a ese cambio cultural para dejar de banalizar es-

te consumo entre menores», resumió la ministra de Sanidad.

El ministerio se ha apoyado en los datos de consumo de alcohol en menores para presentar un mapa de acciones necesarias, ya que el consumo precoz de alcohol eleva el riesgo de desarrollar adicción y afecta negativamente al desarrollo cerebral. Según la *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secun-*

darias en España (Estudes), el alcohol es la sustancia psicoactiva de consumo más generalizado entre estudiantes de 14 a 18 años. En 2023, el 75,9% dice haberlo consumido alguna vez en su vida, el 73,6% en el último año, y el 56,6% en el último mes.

Esta encuesta refleja que la edad media de inicio del consumo es demasiado precoz, tanto para el consumo ocasional (14 años en hombres

y mujeres), como para el semanal (15 años). La percepción de los adolescentes sobre «la facilidad para adquirir bebidas alcohólicas es muy alta», apuntó García, y el porcentaje que consideran que les resultaría fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas alcanza el 93%, pese a que las normativas autonómicas prohíben la venta a menores de edad.

Por esto, el borrador de esa nueva ley contempla la prohibición del consumo de alcohol para todas las personas en cualquier centro destinado a menores. También en los espacios dedicados a espectáculos públicos cuando haya sesiones que se hayan concebido expresamente para ellos. Se establecen obligaciones para las administraciones públicas en materia de educación, sanidad, cultura, deporte, investigación, seguridad vial, ámbito laboral y familiar.

La ministra de Sanidad hizo hincapié en la rueda de las restricciones en el ámbito de la promoción: «No queremos que haya patrocinio o publicidad en los lugares en los que haya menores». Para ello, se plantean limitaciones a la publicidad explícita y encubierta de los productos de alcohol y la eliminación de las etiquetas como «consumo responsable» o «moderado».

Entre otras propuestas contempladas se hallan las pruebas de alcoholemia en los «lugares y circunstancias» en los que está prohibido consumir esta sustancia e instalar en las máquinas expendedoras mecanismos de vigilancia y custodia directa que impida a los menores adquirir bebidas alcohólicas. El texto prevé la posibilidad de suspender las hipotéticas multas a cambio de participar en programas preventivos de sensibilización o rehabilitadores.

Los temas más refrescantes todos los días con

PAPEL

VERANO



Desde 16 de julio hasta el 31 de agosto con

EL MUNDO

SANIDAD | CONSEJO DE GOBIERNO

La Junta licita las obras del centro de salud de El Burgo de Osma por 6,3 millones

El Ejecutivo regional destina este año 28,5 millones de euros a la sanidad soriana, la cifra «más alta de la historia»

REDACCIÓN/SORIA

El Consejo de Gobierno de la Junta de Castilla y León aprobó este jueves, por importe de 6.315.787 euros y un plazo de ejecución de 20 meses, la licitación de las obras de construcción del nuevo Centro de Salud El Burgo de Osma, en Soria, actuación prevista en la programación plurianual de la Consejería de Sanidad en materia de infraestructuras sanitarias de Atención Primaria.

La necesidad de la contratación de la obra se fundamenta en el Plan Funcional aprobado por la Gerencia Regional de Salud en abril de 2021, de acuerdo con las exigencias asistenciales de la Zona Básica de Salud, así como en el Acuerdo 136/2021, de 16 de diciembre, por el que se aprueba el Plan de Inversiones Prioritarias de Castilla y León 2021-2025, que establece entre las actuaciones previstas en el área sanitaria construir centros de salud para dar respuesta adecuada a las nuevas prioridades asistenciales.

La inversión total prevista, al margen del plan de montaje y equipamiento tecnológico, ascenderá a 6.471.877 euros, sumado el proyecto básico, dirección de obra y coordinación de seguridad y salud.

INSTALACIONES. El centro de salud estará ubicado en una parcela de casi 5.000 metros cuadrados, con una superficie útil de 2.130 m². Dispondrá de nueve consultas de medicina de familia, ocho de enfermería, una consulta de pediatría, otra de enfermería pediátrica, una consulta polivalente, sala de curas y las respectivas salas de espera.

Contará además con un área de radiodiagnóstico; una unidad de rehabilitación con consulta de fisioterapia y sala de cinesiterapia; consulta de psicoprofilaxis obstétrica con consulta de matrona; unidad de salud bucodental con consulta de estomatología y el servicio oficial veterinario y farmacéutico que además de los espacios necesarios para el desa-

rollo del trabajo, tendrá también con zona de procesamiento de muestras

El nuevo centro asistencial para El Burgo de Osma dispondrá de las instalaciones correspondientes para la atención de las urgencias, el Punto de Atención Continuada (PAC) y la Unidad de Soporte Vital Básico. Las dependencias del PAC albergarán una sala de emergencias polivalente, una sala de observación, otra de curas y cuatro dormitorios y la destinada a la USVB, zona de estar con dos dormitorios, los almacenes de limpio y sucio y el lavadero y garaje para la ambulancia.

Este centro prestará servicio a 14 municipios y sus 41 localidades. Los términos que recibirán asistencia son Blacos, El Burgo de Osma-Ciudad de



El presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, en El Burgo de Osma. / FOTO: CONCHA ORTEGA (ICAL)

Osma, Caracena, Carrascosa de Abajo, Fresno de Caracena, Gormaz, Nafra de Ucero, Quintanas de Gormaz, Recuerda, Rioseco de Soria, Torreblacos, Valdemaluque, Valdenebro y Villanueva de Gormaz.

INVERSIONES. El presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco,

significó en su visita a El Burgo de Osma 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 Universitario Santa Bárbara, la construcción de tres nuevos centros de salud en San Leonardo, Soria Norte

y El Burgo de Osma y la ampliación y reforma de otros dos, Soria Sur (La Milagrosa) y Almazán.

«La apuesta que hace la Junta de Castilla y León en Soria es incuestionable», resaltó para recordar que el Hospital Universitario de Santa Bárbara absorbe una inversión de 80 millones de euros.

Berlanga de Duero
10 y 11 agosto 2024
XXIII MERCADO MEDIEVAL

Ryuntalento
Berlanga de Duero
Presupuesto Provincial
de TURISMO
2006 / 2016

Junta de Castilla y León
Diputación de Soria
Red de Comarcas Riberas de Duero

LA CABANA
LA ARANA
EL DESASTRE
TAURINA
INTERPEÑAS

DÍA DE PEÑAS
Y ASOCIACIONES
3 DE AGOSTO

ARCOS DE JALÓN
GRAN PRIX
SABADO 3 DE AGOSTO 2024 · 18:30H
PRUEBAS CON Y SIN VAQUILLA

A CONTINUACIÓN
SUELTA DE VAQUILLAS

EDUCACIÓN | PRESTACIONES EN EL AULA

«Pedimos implementar la enfermera escolar para educación en salud»

Colegio y sindicatos sorianos demandan la presencia de esta figura en todos los centros más allá de lo asistencial

S.L.O. / SORIA

«Pedimos implementar la figura de la enfermera escolar en los centros educativos dándole competencias no sólo en la parte asistencial, sino también en la docente con la de educación para la salud». El Colegio Oficial de Enfermería de Soria sabe de la importancia de contar en las aulas con un sanitario de estas características y de inculcar buenos hábitos en edades tempranas «porque se ha visto que es bueno». Pero, explican, en la provincia de Soria solamente hay tres enfermeras escolares en el Centro de Educación Especial Santa Isabel de la capital que desarrollan su labor porque «se ajusta a la normativa autonómica, que establece una figura determinada por las necesidades» de los chavales. La pretensión es que en un futuro no muy lejano todos los colegios cuenten con una enfermera tanto para prestación como para educación sanitaria.

De hecho, el Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León ha pedido recientemente un cambio de modelo asistencial que incorpore a la enfermera escolar a las aulas ya el próximo curso, y aunque acepta que inicialmente la prestación sea desde los centros de salud de Atención Primaria, cree que resulta insuficiente para lograr que se ocupe no sólo de casos puntuales, graves o extremos, sino de la educación para la salud y preventiva. La presidenta del colectivo en la provincia, Isabel Galán, remite a la campaña *Gonoco*

tu enfermera, desarrollada en los colegios con motivo del Día Mundial de la Enfermería y en la que participaron «más de 500 escolares» de primero hasta sexto curso de Primaria de diferentes colegios de la provincia. «Se sabe que si desde pequeños a los niños se les dan una pautas para buenos hábitos, con el tiempo no sólo se mantienen sino que se refuerzan», observa Galán. Destaca que la asociación de enfermeras escolares «justifica la necesidad de implementación de su figura», pues entiende que se trata de un beneficio importante «para niños y profesores». Además, desde el punto de vista asistencial, los docentes se desdibujan de una «responsabilidad para la que no están formados, porque ya bastante hacen; una enfermera escolar permitiría hacer un triaje en el aula y decidir si es necesario o no derivar a un centro de salud» al menor si éste se encuentra mal.

APOYO. Ésta también es una «reclamación desde hace mucho tiempo que llevamos haciendo desde Satse y apoyamos al 100% la reivindicación del Colegio de Enfermería», indican fuentes del sindicato mayoritario del colectivo sanitario. Recuerdan que en la provincia de Soria han desarrollado «varias campañas de Enfermería Escolar» y que más allá del ámbito asistencial «sería necesaria la figura de la enfermera escolar en el ámbito preventivo, en educación para la salud».

Por su parte, desde la Federación de Sanidad y Servicios Sociosanitarios de CC.OO. Soria también apoyan esta doble vertiente de las enfermeras en los centros escolares. «Es muy importante porque se pueden abarcar muchos aspectos educativos para que los niños vayan adquiriendo buenos hábitos que, se sabe, son una buena influencia a lo largo de la vida», indican las fuentes sindicales. Al respecto, mencionan cuestiones como «la diabetes, la alimentación o las caries, entre otros

muchos temas preventivos». «Lo lógico sería que hubiera una enfermera en cada colegio y más donde apenas hay población», consideran y recuerdan que este tipo de sanitario no es algo que haya salido de la nada y cuya implantación global se defienda como algo extraordinario o bizarro: «Hay un máster oficial en Enfermería Escolar».

AUMENTAR LA PRESENCIA. Para el Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León, la falta de enfermeras escolares incrementa los riesgos para la salud de los estudiantes, especialmente aquellos con necesidades médicas especiales. Y, entienden, «aumentar la presencia de enfermeras escolares no sólo beneficia a los estudiantes, sino que también crea un entorno educativo más seguro y propicio para el aprendizaje. Beneficia a toda la comunidad educativa». La presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Soria refiere la «laguna» presente en la normativa autonómica actual, pues «actualmente solamente está la enfermera escolar para atender a niños con alguna necesidad sanitaria especial y solamente se puede atender a ese niño». «Se podría decir que normativamente hay un vacío legal o que hay cosas poco coherentes», percibe Isabel Galán.

PRIMEROS PASOS. Para abordar todas estas necesidades y solicitar la presencia de la enfermera escolar en todos los centros educativos, el Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León ya ha mantenido un encuentro con la directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización, Silvia Fernández, y se ha acordado la apertura de unos grupos de trabajo. La presidenta del sector en la provincia confirma que se ha contactado con la asociación que agrupa al colectivo enfermero escolar y que se pretende abordar los temas que necesitan una intervención prioritaria.

EN LA PROVINCIA

3

En toda la provincia solamente hay tres enfermeras escolares en el CEE Santa Isabel, instauradas por las necesidades especiales de los chavales por normativa, según indican desde el Colegio de Enfermería.

EN LA COMUNIDAD

24

En Castilla y León la situación no es mucho mejor, pues solamente hay 24 enfermeras escolares para más de un millar de centros educativos. Atienden necesidades especiales de los menores.

DECLARACIONES



ISABEL GALÁN
PRESIDENTA DEL COLEGIO
DE ENFERMERÍA DE SORIA

«Se ha visto que si desde pequeños a los niños se les dan unas pautas de buenos hábitos, con el tiempo las mantienen y se refuerzan»

SATSE SORIA
SINDICATO ENFERMERO

«Hemos hecho varias campañas de Enfermería Escolar porque es necesaria también en el ámbito preventivo»

CC.OO. SORIA
FEDERACIÓN DE SANIDAD Y
SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

«Lo lógico sería que hubiera una enfermera en cada colegio para abarcar varios aspectos»

APORTACIÓN EN EL

Colegio

Según el mapa del Observatorio de Enfermería Escolar del Consejo General de Enfermería (CGE), en todo el país hay 1.243 enfermeras escolares y 982 programas de salud escolar desde Atención Primaria con enfermera escolar para más de 8,3 millones de alumnos. La presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Soria, Isabel Galán, indica que esta figura «tiene mayor implantación en algunas comunidades». Así, Madrid es la que más sanitarias de este tipo tiene (11.000), seguida de Andalucía (426) y Cataluña (338). Entre las muchas aportaciones de la enfermera al ámbito escolar se destacan la atención integral, asesoramiento y gestión de la salud a los alumnos en todas las etapas educativas; el manejo y resolución de situaciones urgentes en los colegios; ser promotora de cambio de modelo hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades; agente de cambio a través de la educación, promoción y prevención a través de programas educativos que favorezcan hábitos de vida saludables a la comunidad educativa; detectar conductas de riesgo y de exclusión social en los centros educativos, así como de asesoramiento y coordinación con el equipo docente, familias y alumnos.



REBAJAS

hasta 70 % dto.



TWIDD

C/ Numancia , 26
Tfn: 975 23 00 78

ENTREVISTA La enfermedad de un familiar movió a este leonés afincado en Soria a hacerse donante de sangre y hace dos años se vinculó a la Hermandad que ahora preside. El objetivo no es otro que recuperar las donaciones que están en descenso en Castilla y León

PEDRO RODRÍGUEZ VÁZQUEZ

PRESIDENTE DE LA HERMANDAD DE DONANTES DE SANGRE

«En lo que llevamos de año está habiendo una disminución de donaciones de sangre de un 10-12% todos los meses»

ANA I. PÉREZ MARINA / SORIA

La Hermandad de Donantes de Soria encara nueva etapa bajo la presidencia de Pedro Rodríguez Vázquez, que releva a José Luis Molina Medina quien estuvo al frente de la entidad desde 2001. El nuevo presidente toma las riendas cuando la asociación cumple medio siglo, en un momento en el que las donaciones están a la baja y en el que el reto es recuperar activos en todas las franjas de edad. La española es una sociedad solidaria frente a grandes necesidades y se vuelca cuando aprieta la emergencia. Pero lo que cuesta es la constancia.

No viene mal recordar que el punto fijo para las donaciones de sangre está en el Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud (IESCyL), en el parque de Santa Clara de la capital,

lunes de 15.00 a 21.00 horas, y martes y miércoles de 9.00 a 15.00. Y los puntos móviles Colecta se desplazan a los centros de salud [este viernes en El Burgo de Osma, de 9.00 a 15.00 horas] y una o dos veces por semana se instala el autobús en la plaza Mariano Granados de la ciudad.

Llega a la presidencia de la Hermandad de Donantes de Sangre cuando la entidad cumple 50 años en Soria. ¿Cómo afronta esta nueva etapa? Nuestra intención es mantener el nivel de donaciones y si puede ser, crecer. Llevo cerca de dos años vinculada a la entidad y como donante, más, unos doce o trece años.

¿Qué le lleva a dar el paso para relevar a José Luis Molina en la presidencia de la Hermandad? Alguien tenía que ser y me postulé yo.

Entrás para ayudar y en este momento se necesitaba un presidente, no hay más motivo.

¿Había estado vinculado anteriormente a alguna entidad similar? No, nunca, no he estado vinculado a ningún voluntariado. Soy de León, llevo en Soria desde 2003, con un paréntesis de unos años que me fui a Burgos y volví otra vez. Soy ingeniero técnico industrial y trabajo en una empresa de alimentación.

¿Qué proyectos e iniciativas tiene sobre la mesa para ponerlos en marcha de forma inminente? Tenemos que buscar donaciones, es lo que nos falta ahora en verano e intentaremos analizar los perfiles de los donantes y cómo conseguir más. Estamos viendo que hay donantes repetitivos en Soria y me gustaría que lo

fuera menos. La estadística dice que a quien le parece positiva la experiencia, repite, y hay otros a los que les cuesta volver. Lo idóneo es que fueran donantes de una vez al año y aquí en Soria la repetición está en casi dos veces al año.

¿Por qué motivo se hizo usted donante de sangre? Pues como mucha gente, por un problema familiar. Tristemente, te conciencias de la necesidad de sangre que existe cuando te pasa. La sangre no se fabrica y solo se consigue con la donación. Tiene que haber personas que dediquen una pequeña parte de su tiempo a poner el brazo y donar sangre para que las personas que están enfermas puedan mejorar.

Recoge el testigo de José Luis Molina, que ocupó el cargo desde 2001, ¿cómo

ha sido el traspaso de poderes en la Hermandad? Bien, José Luis es una persona coherente, muy trabajadora y lo está haciendo todo muy fácil. Sigue de vocal, por lo tanto, confiamos en él y contamos con su apoyo.

¿Continuará la Marcha por la Vida que se recuperó en 2023 tras un paréntesis? Sí, posiblemente será el 21 de septiembre. Los actos que se venían haciendo como el Torneo de Padel o el Torneo de Golf en agosto se va a mantener.

Nuestro objetivo es divulgar las donaciones y una forma es a través de estos eventos que nos sitúan en los medios de comunicación para que la gente sea consciente de que si no se dona, hay gente que lo pasa realmente mal.

En verano se generaliza un llamamiento a nuevos donantes a todos los niveles. ¿Cómo se está desarrollando la estrategia de captación en Soria este año?

Este verano será mejor porque el año pasado tuvimos un problema al estar el médico de baja, por lo que en el mes de agosto prácticamente no hubo donaciones. Pero en lo que llevamos de año está habiendo una disminución de donaciones de un 10-12% todos los meses. Vamos a ir mal, aunque en 2023 fue de los de más donaciones de la historia y superar lo máximo es complicado.

La tendencia en Castilla y León es ir a la baja y hay que fomentar la empatía con el enfermo que es el que, en definitiva, se beneficia de la donación.

¿Cuántas donaciones hubo en el año 2023?

Fueron más de 4.700, aproximadamente. Y este año hasta junio estamos en un 13% menos en el primer semestre, 260 menos.

¿A qué responde este caída en las donaciones de sangre?

No lo hemos analizado en la Asamblea, no sé por qué puede ser. Es una tendencia general en toda la Comunidad autónoma.

¿Cómo se puede atraer a la población más joven?

En todos los rangos de edad hay donantes; más mujeres en menores de 30 años y a partir de esa edad hay más hombres que mujeres. Lo que pasa que en la universidad, como foco para la captación, en todos los sitios lo ven complicado. No se ha podido llegar a este colectivo. En España, la gente es muy solidaria, empezando por



FOTO: SERGIO DE MIGUEL

ENTREVISTA La línea de trabajo será continuista respecto al mandato de José Luis Molina Medina, que estuvo al frente desde 2001. En estos momentos, la urgencia está en conseguir sangre de los grupos A- (en nivel rojo), así como O+ y O- (en nivel amarillo)

Lo idóneo es que fueran donantes una vez al año y en Soria la repetición está en casi dos

Ahora mismo, está en nivel rojo el A- y en amarillo, el O+ y O-. Va fluctuando cada semana

En 2023 fueron más de 4.700. Y este año hasta junio estamos en un 13% menos

[Jóvenes] Hay que ver por qué no llegamos a estos donantes potenciales

Te conciencias de la necesidad de sangre que existe cuando te pasa

la gente joven, por lo que hay que ver por qué no llegamos a estos donantes potenciales.

¿Con qué personal cuentan para poner en marcha estas acciones? Dependemos del Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León, que tiene la sede en Valladolid, y cada provincia tiene su hermandad.

¿Qué grupos de sangre faltan en la actualidad? Ahora mismo, está en nivel rojo el A- y en amarillo, el O+ y O-. La semana pasada estaban el A+ y el A- estaban en rojo. Va fluctuando en función de las intervenciones quirúrgicas o las transfusiones de cada momento.

La sociedad es solidaria cuando existe una emergencia. ¿Cómo se podría retener a los donantes ocasionales? España es solidaria cuando hay una

riada, un accidente de un autobús... pero el día a día nos cuesta más. España en donaciones y trasplantes de órganos está a la cabeza del mundo, lo que demuestra que la solidaridad está ahí. Otra cosa es mantener la pequeña solidaridad como una donación que cuesta media hora de tiempo. Tenemos que conseguir que la gente sea consciente de dedicar esa media hora una o dos veces al año.

¿Cuántos donantes de sangre tiene la provincia de Soria? En 2023 fueron 2.400 donantes activos, aproximadamente la mitad de las donaciones que hubo. Estos son los constantes. No hay límite de edad, solo es necesario estar bien de salud.

¿Cuál es el perfil del donante de sangre soriano? En todas las franjas de edad hay gente, quizás más hombres entre 35 y 55

años. Y me choca que entre 18 y 30 años hay un 60% de mujeres y en los rangos de entre 30 a 60 años es al revés, un 60% son hombres y un 40%, mujeres.

¿Cómo cree que está afectando la despoblación a esa pérdida de donaciones anual? Está claro que afecta. Hay sitios a los que antes se iba y como no se conseguían cupos mínimos, pues cuesta mover hasta allí a dos enfermeras, a un médico y a un conductor, o que vaya una furgoneta para llevarse la sangre. Llevamos un tiempo sin ir a San Pedro Manrique, por ejemplo, antes se iba a Vinuesa y ahora se va solo a Covalada. En los pueblos pequeños, en otoño e invierno, no nos podemos inventar a la gente. Quizás desde el Centro de Hemodonación podrían desplazarse a sitios como Vinuesa, que es un lugar de verano, para co-

ger a gente cuando hay más población. Además, en las grandes ciudades seguro que les cuesta más y en el pueblo es media hora, a cinco minutos de la puerta de casa.

¿Podrían desarrollarse campañas en los últimos cursos de Secundaria? Sí, claro. O en los centros de Formación Profesional. Al final, es que solo nos concienciamos cuando vemos la necesidad en un familiar o en nosotros mismos. Ahí empatizamos.

¿Cuáles son los requisitos para ser donante? Tener más de 18 años, pesar más de 50 kilogramos y estar bien de salud. En Soria capital hay un centro fijo en el Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud, en el Calaverón (lunes por la tarde, y martes y miércoles por la mañana), y luego jueves, viernes o algún sábado viene el autobús de Valladolid

a la plaza Mariano Granados, que está atendido por el médico y las dos enfermeras. También se pueden dirigir a los centros de salud.

¿Con qué frecuencia se puede donar? Para los hombres, cuatro veces al año; para las mujeres, tres. La distancia mínima tiene que ser de dos meses entre cada extracción. Si es donación de plasma puede hacerse cada 20 días. Hay que pedir cita, porque solo hay una máquina en el centro fijo. El plasma se conserva cuando hay sangre suficiente. Ahora mismo están desviando donantes de plasma a extracciones de sangre. Cuando donas sangre se divide en hemáties, plaquetas y plasma, y en conservación lo que más dura es el plasma.

Necesitamos sangre, sobre todo del grupo A-, que lleva dos semanas en rojo. Hay que donar, aunque en verano cueste más.

NUMANCIA

COLECCIÓN ANIVERSARIO

EL CABALLO DE SORIA

25 AÑOS

WhatsApp 601 63 48 46
www.monreal.tienda

M MONREAL

PAPEL

LA REVISTA
DOMINICAL

SALUD • Más jóvenes y más sanos, los beneficios de empezar a pedalear en verano y seguir todo el año.

VIAJES • Descubre México, el país elegido por los viajeros como un destino irrenunciable.

YO DONA • Marta Hazas y Javier Veiga, una pareja que se quiere bien: "No es suerte".

ACHICHARRADOS... Y CON EL CEREBRO FRITO

El impacto de las olas de calor en el comportamiento había pasado inadvertido para la ciencia hasta ahora, aunque el aumento de temperaturas nos está cambiando sin que nos demos cuenta: "Se ha convertido en parte de nuestros sueños"

Por Rodrigo Terraza. Fotografía de José Ayuda

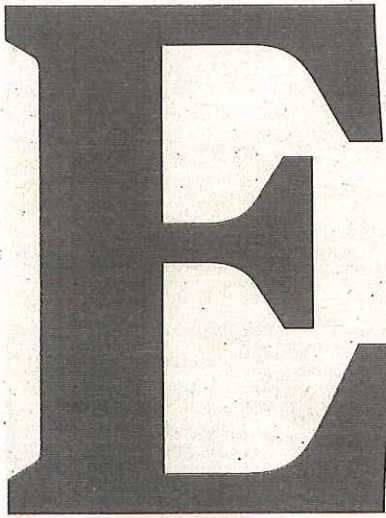
04 | EN PORTADA

MÁS VIOLENCIA, TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PESADILLAS

Los otros efectos de las olas de calor. Cada vez más estudios confirman que, además de la salud física, las altas temperaturas también deterioran la salud mental... y disparan los mensajes racistas o los asesinatos machistas. "Provocan malestar, y con mayor malestar estamos anímicamente más predispuestos a la agresión", advierten

Por Rodrigo Terraza
Fotografías de Antonio Heredia

06 | EN PORTADA



En la colección de sueños de Martha hay pájaros que se estrellan contra el asfalto y ballenas jorobadas que trasladan a los vecinos a través de una Nueva York inundada. Hay bloques de hielo flotando en el mar como si fueran transatlánticos, trenes submarinos rodeados de medusas gigantes y pingüinos con cabeza humana y ojos de peluche. Hay incluso ovnis sobre el océano. Y hay fuego, mucho fuego. Tsunamis, tornados y terremotos. Y una sensación de calor tan insoportable como la de estos días en España.

Martha Crawford es psicoterapeuta y colecciona sueños como quien colecciona sellos o cromos de la NBA, convencida de que la sociedad a veces se explica mejor a partir de los aspectos colectivos de lo que pasa por nuestras cabezas cuando dormimos. Tras la elección de Donald Trump como presidente de EEUU, por ejemplo, Crawford abrió un blog para recopilar más de 3.000 sueños de ciudadanos americanos sobre el nuevo inquilino de la Casa Blanca. Y sus invitados le hablaban de episodios de acoso sexual, de Hillary Clinton llorando como un bebé o de tiroteos en mitad de la Quinta Avenida. Poco se alejaron del mundo real... Dos años después, la psicóloga creó *Climatedreams.com* para archivar también los efectos que la emergencia climática estaba provocando entre la gente mientras dormía. Y empezó ahí a recibir esos mensajes sobre ballenas haciendo de autobús por Manhattan e inquietantes pingüinos con la cara del vecino de enfrente.

Las escenas parecen sacadas de una película de Tim Burton, pero en el mundo real confirman una tendencia inevitable. «El cambio climático se ha convertido también en parte del tejido de nuestros sueños», dice Martha Crawford. O de nuestras pesadillas.

Según una encuesta de la empresa The Harris Poll realizada para la revista *Time*, un tercio de los estadounidenses ya ha soñado alguna vez con las consecuencias del terrible aumento de las temperaturas. Y el porcentaje se dispara entre las generaciones más concienciadas con el problema: el 57% de las personas de entre 18 y 34 años han pasado alguna noche imaginando sequías, inundaciones, huracanes, incendios forestales o terroríficas olas de calor como las que vivimos (otra vez) este mismo verano. Los encuestados recuerdan haber sentido estrés y miedo durante la noche. A veces esperanza. Pero también tristeza, curiosidad o incluso ira.

«El cambio climático forma parte del espíritu de nuestra época», decía en las páginas de *Time* Alan Elser, psicólogo y profesor de Medicina de la Universidad de Michigan. «Es parte de lo que estamos viviendo, por lo que también debe afectar a nuestros sueños».

Y así es. El verano pasado fue el más caluroso de los últimos 2.000 años y las previsiones para lo que nos queda de éste no son mucho más optimistas. Según la Agencia Estatal de Meteorología (Aemet), este agosto será uno de los más asfixiantes de todos los tiempos. Eso significa que dormiremos peor, seguro, pero también que soñaremos diferente. Porque el calor extremo ya lo está cambiando todo, hasta nuestras fantasías. Después de años consumiendo titulares apocalípticos sobre el deshielo o la subida del nivel del mar, sobre tifones, incendios y lluvias torrenciales, emergencias, alarmas, alertas y colapsos... Después de todo esa ecoansiedad que invade nuestras pesadillas, cada vez más estudios ponen el foco en cómo el cambio climático está afectando ya hasta el rincón más cotidiano de nuestras vidas. Y a menudo sin darnos cuenta.

«El calentamiento global está en marcha, las condiciones climáticas se van a producir, y también a ti, Mari Carmen, y también a ti, José Luis, te van a afectar», resume Susana Gaytán, profesora de Fisiología en la Universidad de la achicharrante Sevilla.

Olvídense, al menos por un momento, de los osos polares chamuscados y de los tsunamis de ciencia ficción. Y piense en esa Mari Carmen y en ese pobre José Luis sudando como pollos por la Gran Vía de Madrid, rojos como gambas en la playa de Benidorm o asfixiados en La Rambla de Córdoba. El calor extremo, decíamos, nos afecta en nuestro sueño y en nuestro sueños. Pero también afecta la salud mental de cualquier Mari Carmen, al estrés del José Luis de turno o a la tolerancia de la primera con el segundo y viceversa.

El calor nos vuelve literalmente locos.

Hace sol en la Puerta del Sol. Y cuando las nubes lo cubren, la sensación de asfixia es todavía mayor. El Ayuntamiento de Madrid acaba de anunciar que, a partir del verano de 2025, la plaza tendrá toldos por primera vez en 163 años. El termómetro marca 35 grados en el arranque de la primera ola de calor de este verano. Hay dos palomas despanzurradas en el suelo como en los sueños de Martha Crawford, la heladería tiene por una vez más cola que Dofia Manolita y en la esquina con Preciados hay un vendedor de biblias trajeado abanicándose con un folleto que dice que Jesucristo vendrá a salvarnos. No especifica a qué hora.

En el kilómetro cero de la canícula hay un tipo con dos cabezas: la suya sobre los hombros y la de Super Mario por encima de la frente. Cada medio minuto se sube el cabezón de fieltro para tomar un poco de aire. «Es insoportable, pero lo soportamos porque hay que llevar dinero a casa», nos cuenta Juan Carlos, el álter ego ecuatoriano del fontanero de Nintendo. El

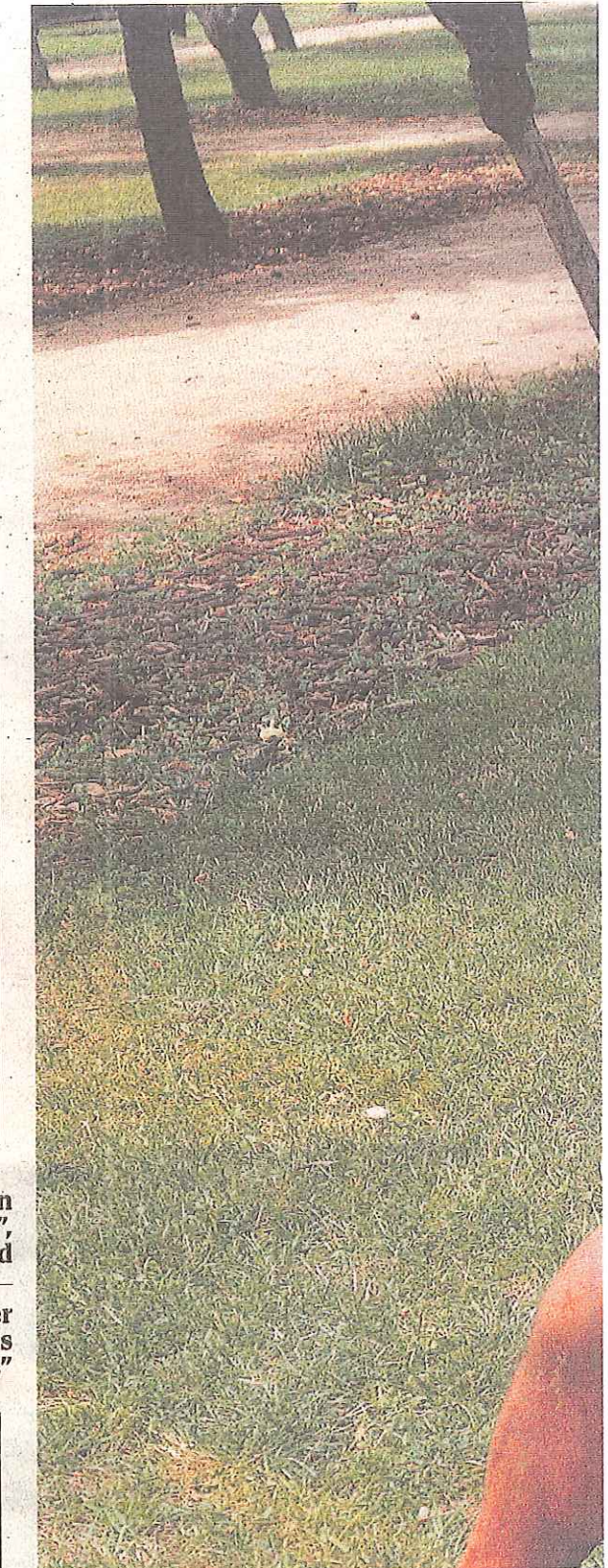
“El cambio climático se ha convertido también en parte del tejido de nuestros sueños”, alerta la psicoterapeuta Martha Crawford

“Antes se decía que el viento nos podía volver locos. Ahora empieza a pasar con el calor. O nos lo tomamos con filosofía o viviremos cabreados”

termómetro marca ya 36 y Juan Carlos lleva encima guantes blancos de lana para mimetizarse con el personaje. «A veces te dan ganas de rendirte, pero hay que pagar el arriendo», se resigna. Luego se recoloca la frente y empieza a hacer sonidos de videoconsola para seducir a un grupo de chinas con paraguas. «Si lo piensas mucho, pierdes la cabeza», se despide. Y ya no sabemos exactamente de qué cabeza habla.

Cuando suben las temperaturas se disparan las urgencias psiquiátricas, crecen los suicidios, aumentan los casos de violencia de género o intrafamiliar y hasta el odio o los mensajes racistas se vitalizan con mayor facilidad en las redes sociales. Cuando hace este insoportable calor que seguro están notando, cae nuestra productividad, pensamos menos y pensamos peor, se altera nuestro cerebro, surgen nuevas enfermedades, gastamos menos, se hunde la economía y hasta se estropean los aviones o los coches...

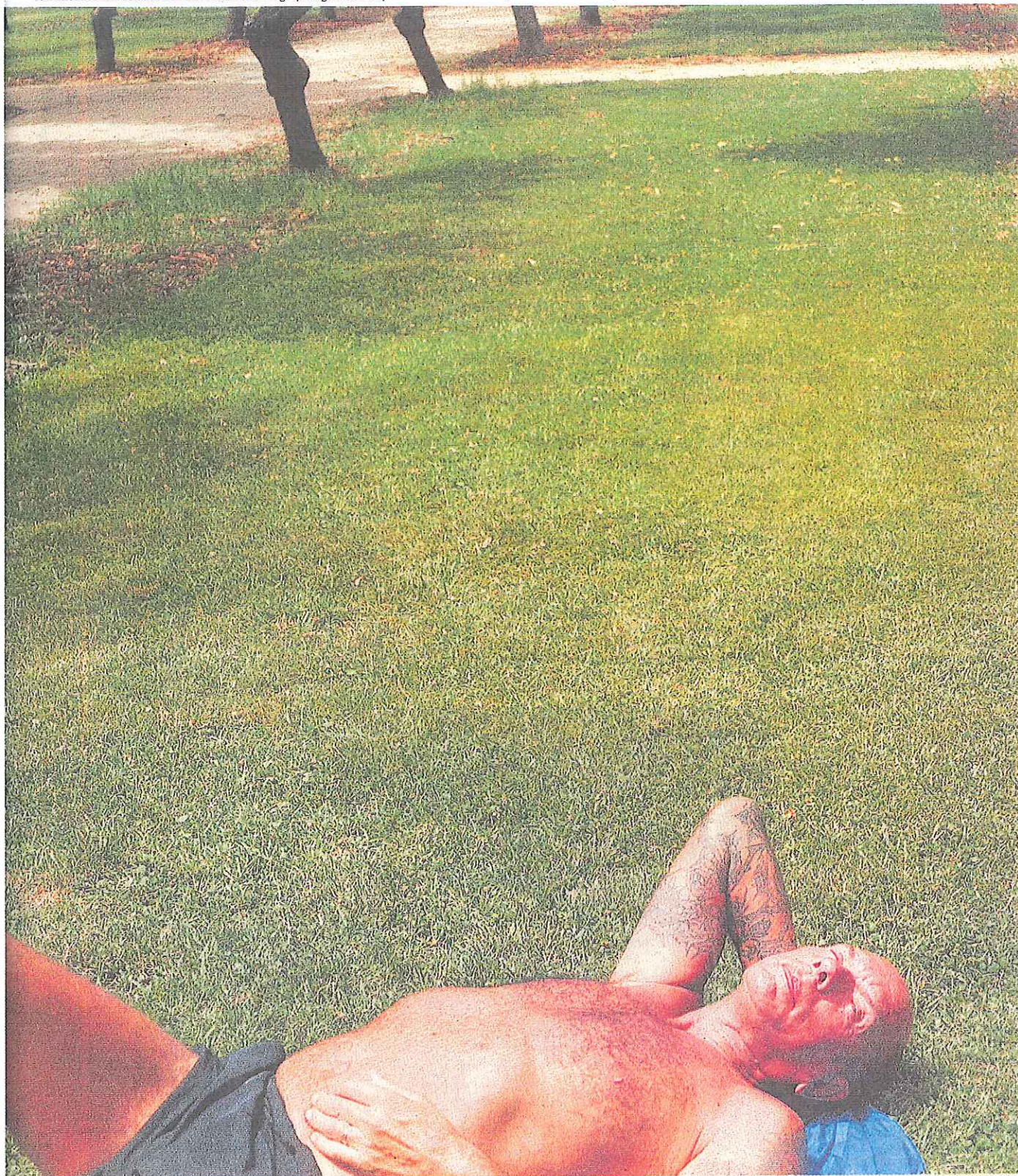
No es broma. Las altas temperaturas afectan directamente al rendimiento y las maniobras de los



aviones. Y el verano pasado, con temperaturas extremas en Texas, los técnicos de automóviles alertaron de que el calor estaba descomponiendo los compuestos de caucho de los limpiaparabrisas de sus vehículos, estropeando las baterías, reventando neumáticos y reduciendo peligrosamente el rendimiento de sus frenos.

«Hubo un tiempo en el que hablábamos del cambio climático en términos apocalípticos, pero ya hemos normalizado el impacto de este calor en nuestra vida

ECOANSIEDAD. En EEUU, el 57% de quienes tienen de 18 a 34 años ha soñado con el cambio climático.



cotidiana. Los humanos tenemos una gran capacidad para adaptarnos a la realidad aunque sea a través de cambios tan radicales como el que vivimos», explica el periodista científico Miguel Ángel Criado, autor de *Calor* (Debate), un ensayo de título incuestionable que radiografía cómo nos afecta la crisis climática cada día. «Hasta ahora la Aemet hablaba de olas de calor cuando se producían episodios que se desviaban de la temperatura media, normalmente entre julio y septiembre. Ahora tenemos olas de calor en mayo,

incluso en abril, y ha dejado de ser algo excepcional», asegura. «El verano pasado estuvimos 42 días en ola de calor, casi la mitad de los tres meses. Pero en 2017, España ya se convirtió meteorológicamente hablando en el norte de África y un calor espantoso se extendió hasta Rusia o Suecia. Y en 2003 la ola de calor dejó más de 80.000 muertos en toda Europa...».

Sí, el calor mata. Es lo que los expertos llaman siniestramente el *efecto siega* o *efecto cosecha del clima*. Ocurre en los veranos más calientes y hasta

ahora ocurría, sobre todo, en los inviernos más fríos. «La parca se lleva a los que están en las últimas pero que en condiciones normales no tendrían por qué morir tan pronto», resume Criado. «En lo que va de siglo, el número de fallecidos durante el verano no ha dejado de aumentar. Y seguirá haciéndolo», detalla en su libro. La buena noticia es que se nos morirán menos seres queridos en Navidad. La mala, que se marcharán en agosto... Y no precisamente de vacaciones.



08 | EN PORTADA

➔ Según el informe *Impactos y riesgos derivados del cambio climático en España*, publicado en 2021 por el Ministerio para la Transición Ecológica -y que Criado recoge en su ensayo- la exposición a un «exceso de calor» podría provocar 12.000 muertes adicionales en nuestro país antes de 2030, otras 27.000 para 2050 y hasta 43.000 más antes de que acabe el siglo.

Pero no nos pongamos todavía en lo peor. Antes de matarnos, el exceso de calor puede amargarnos la existencia. «Tenemos una horquilla muy estrecha de confort», avisa Susana Gaytán. «Aunque haya ciertas variaciones entre cada sujeto, lo cierto es que tenemos que movernos alrededor de una temperatura interna de unos 37 grados. Para todo el mundo 39,5 es fiebre y para todo el mundo 34 grados es hipotermia. Las dos cosas son muy peligrosas y las dos cosas producen respuestas de alerta en el cerebro».

Volvemos al sol de Sol. En la fuente que está a los pies de la escultura ecuestre de Carlos III, entre la sede del Gobierno autonómico y el letrero de Tío Pepe, está Dragan metiendo sus crocs en el agua. «Yo vengo de Serbia y allí están a 40 grados, así que esto es casi frío para mí», bromea en inglés macarrónico. Luego nos pregunta dónde está el kilómetro cero. «Ve a aquel Super Mario con dos cabezas, pues justo ahí». Al lado de Dragan, hay un niño de Lleida con la nueva camiseta blanca de Mbappé jugueteando también con el agua. Su madre se llama María y nos cuenta que trabajó en una asociación de personas con problemas de salud mental.

—¿Podemos perder la cabeza por culpa del calor?

—Pues antes se decía que el viento nos podía volver locos y que en las zonas donde soplaban más fuerte, se producían más suicidios. Ahora empieza a pasar lo mismo con el calor. Así que o nos lo tomamos con filosofía o viviremos todos cabreados.

Y esto no sólo lo dice María, lo dice la ciencia. El calor dispara la irritabilidad y la ira. El calor —lo habrán notado ya— nos pone de mal humor, pero también agrava trastornos mentales como la ansiedad, la esquizofrenia o la depresión. Según un estudio publicado en *The British Journal of Psychiatry*, por cada grado que aumenta la temperatura, crece un 5% el riesgo de muerte entre los pacientes con psicosis, demencia o consumo de sustancias.

Esto, como el sudor a chorros de Juan Carlos bajo la gorra roja de Super Mario, tiene una explicación fisiológica y se la vamos a dar. «Para mantener nuestra temperatura interna interaccionamos con las temperaturas externas, pero sus intervalos de confort también son bastante estrechos, se mueven alrededor de los veintitantos grados», explica Gaytán. «Si nos salimos de ese margen, nuestro organismo tiene que ponerse a trabajar para que la temperatura del cuerpo no aumente. Lo primero que hará nuestro hipotálamo será ordenar que la sangre se mueva desde el interior de nuestro cuerpo hacia nuestra piel. Por eso, al acalorarnos, nos sofocamos y se nos pone la cara colorá. El cuerpo también te hará sentir cansado y fatigado para que no hagas más esfuerzos y tus músculos no produzcan más calor e intentará bajar tu temperatura por evaporación activando la producción de sudor».

—¿Por qué el calor húmedo nos cabrea todavía más?

—Porque en condiciones de humedad, el sudor no puede ejercer su función refrigerante.

Todos estos procesos activan un festival de ajustes nerviosos y hormonales que también pueden generar emociones. Nuestro cuerpo reacciona ante las altas temperaturas como ante cualquier amenaza externa y el estrés es el inicio de esa respuesta. «Las rutas nerviosas que mantienen nuestros estados de ánimo se ven afectadas por el calor. Así que, en cierto modo, anímicamente también nos vamos calentando, de

manera que va creciendo nuestra frustración y nuestro enfado», explica la profesora de Fisiología.

Pasa aquí, en la Puerta del Sol, en su oficina, en la orilla del mar e incluso en el estadio de los Kansas City Chiefs. Investigadores de Texas demostraron en 2016 que existía una relación entre la subida de las temperaturas y el número de acciones violentas en los partidos de la Liga de fútbol americano (NFL). También en los de béisbol, aumentaba el número de bateadores golpeados intencionadamente por un lanzamiento cuando más calor hacía en el estadio.

«El calor provoca malestar y con mayor malestar estamos anímicamente más predispuestos a la agresión», insiste Susana Gaytán.

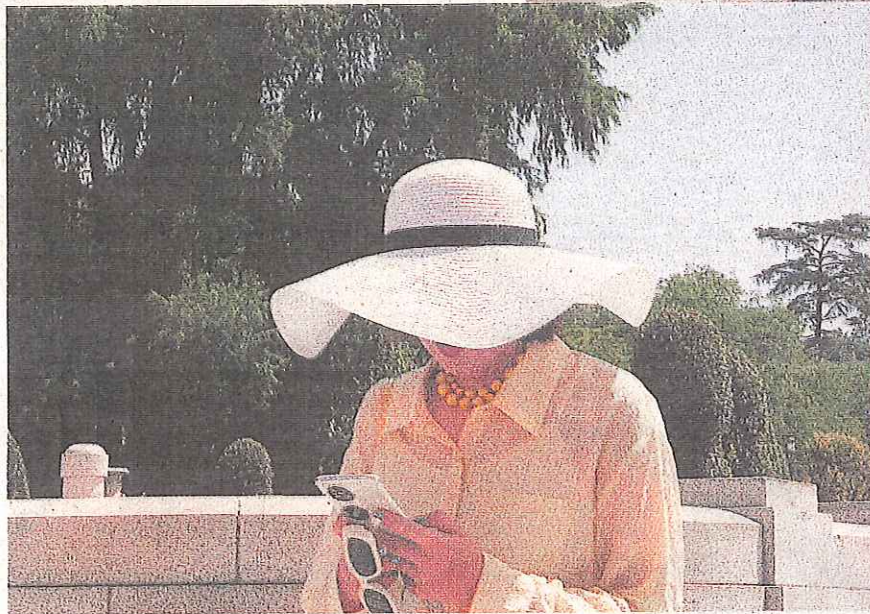
Las altas temperaturas provocan más patadas y placajes más salvajes. Pero también han hecho crecer

La Policía Nacional y la Guardia Civil saben que el peligro de que una mujer sea asesinada por su pareja aumenta un 28% tras una ola de calor

“Nuestro modelo turístico de sol y playa se va a resentir. ¿A quién le va a apetecer venir en agosto a España si esto es como Egipto o Túnez?”

los casos de autolesiones entre la población más joven, están estrechamente ligadas al aumento de los suicidios y provocan un crecimiento de los casos de violencia de género o intrafamiliar.

Un informe realizado en España por psicólogos, epidemiólogos y expertos de la Policía Nacional y la Guardia Civil dice que después de una ola de calor, el riesgo de sufrir una agresión machista se incrementa en un 40% y el peligro de que una mujer sea asesinada por su pareja, en un 28%. Según los datos del Ministerio de Igualdad, julio es el mes en el que hay una mayor



MORTALIDAD. La exposición al exceso de calor en España podría dejar 27.000 muertes más en 2050.

concentración de asesinatos machistas desde el año 2003, con 135 casos. Le siguen junio (117) y agosto (115).

En 2022, el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático de Naciones Unidas ya estableció una relación entre la perturbación del clima en todo el mundo y la violencia. «Se ha observado un aumento de la violencia de género en crisis y desastres tanto naturales como provocados por el hombre, debido a la inestabilidad socioeconómica, las desigualdades estructurales de poder, la inaccesibilidad a la atención sanitaria, la escasez de recursos, los fallos en la seguridad y la aplicación de la ley, y el aumento del estrés», alertaba entonces una

investigación publicada en la prestigiosa revista *Lancet*. Incluso en Kenia, la violencia doméstica es un 60% más alta en las zonas sometidas a una meteorología más extrema.

«Cada vez está más y más demostrado que la temperatura afecta de manera aguda a nuestro cerebro», explica desde Nueva Jersey, Jose Guillermo Cedeño, profesor en el Departamento de Salud y Justicia Ambiental en la Escuela de Salud Pública de Rutgers.

Cedeño, experto en los efectos del calor extremo, lideró en el sofocante verano de 2016 una investigación sobre el impacto de las altas



¿POR QUÉ EL REISHI ES EL HONGO DE LA ETERNA JUVENTUD? CLAVES DEL SUPER-ALIMENTO DE MODA

Nutrición. En una sociedad donde todos estamos expuestos al estrés crónico y a los tóxicos, se habla de este 'antídoto' con sabor amargo en forma de complemento alimenticio

Por Cristina Galafate

En el 30 aniversario de Tacha, el centro de belleza favorito de las celebrities, un nutrido grupo de expertas en el campo preguntaba a la gurú Natalia de la Vega por sus secretos mejor guardados. «Me suplemento con reishi cada mañana y pienso tomarlo toda la vida», sentenciaba. La actriz Nerea Barros también confesaba en *Vogue* que había descubierto al responsable de la longevidad, fortalecedor del sistema inmune y gran regenerador de tejidos responsable de la exquisita tez de las mujeres orientales. La micóloga detrás de la *biotech* gallega más grande de Europa, la bióloga Catalina Fernández de Ana Portela, CEO de Hifas da Terra, confirma que es su producto estrella. Todo el mundo habla de este hongo pero, ¿qué hay de evidencia? ¿Tiene sentido tomar el complemento? Si es así, ¿cómo y en qué momento? Aunque el reishi se emplea desde hace siglos en la medicina tradicional china, «acumula más de 5.000 publicaciones científicas hasta la fecha», argumenta Fernández de Ana Portela. Acudimos a PubMed y Google Scholar y, en efecto, hallamos miles de artículos sobre sus componentes bioactivos, aplicaciones clínicas, seguridad y toxicidad. Al reishi se le conoce como *Ganoderma lucidum* y se le atribuyen numerosas propiedades, «gracias a las diversas moléculas activas y nutrientes que posee», explica la micóloga. «Estos factores combinados hacen que sea uno de los hongos medicinales más demandados y conocidos».

Francesc Asperó, geógrafo, cultivador de setas con estudios de Agroecología en la Escuela Agraria de Manresa, y Neus Riera, terapeuta de shiatsu con formación en Medicina Tradicional China en Edimburgo, Escocia, ambos responsables de Boscum, cuentan que, además, es un potente adaptógeno. «Ayuda no sólo mantener, sino también a cultivar la energía vital que se pierde cuando estamos sometidos a un exceso de estrés, uso de estimulantes, mala alimentación o falta de descanso. Y es un potente antioxidante contra los radicales libres».

Curiosamente, y aunque en la cultura china se tomaba en infusiones, en estas dos empresas venden distintos formatos del suplemento. Desde Hifas da Terra afirman que lo importante es la concentración. «Si lo que se busca es añadir un extra a la dieta con un producto que puede mezclarse en sus preparaciones (batidos, sopas, yogures...), el formato en polvo sería el más adecuado». En cambio, para un concentrado más potente, aconsejan las cápsulas de extracto de reishi.

El sabor es muy amargo y un tanto desagradable, advertimos, por lo que la cápsula disfraza un poco su intensidad. En Boscum, sin embargo, han optado por la vía sublingual en formato líquido. «A diferencia de las cápsulas, el extracto líquido no tiene que pasar por todo el tracto digestivo». Se presenta en un recipiente estanco a la luz con una pipeta. El alcohol ethanol se elabora en La Rioja y el extracto se recolecta artesanalmente en La Garrotxa. «La normativa que rige los complementos alimenticios dice que las setas deben ser cultivadas en un entorno controlado –instalaciones de cultivo– y no pueden venir de la recolección silvestre, a excepción del hongo Chaga».

Es un proceso laborioso, 100% a mano y únicamente en verano. «Al mes que tarda el sustrato en estar listo para empezar la fase de floración se deben sumar de dos a tres meses hasta empezar a recolectarlo». Pero sea cual sea la fórmula, sí coinciden en la recomendación de tomarlo en ayunas para una mejor absorción o antes de acostarse para un buen descanso. «Lo importante es la constancia». En cuanto a las contraindicaciones, la micóloga gallega no lo recomienda a las personas alérgicas a las setas ni a mujeres embarazadas o en período de lactancia. Tampoco a niños. «Cualquiera de los hongos medicinales necesita de un mínimo de tres meses para poder obtener todos sus beneficios. No presentan efectos adversos por su uso prolongado».

Asperó y Riera concluyen que este ansiolítico natural ayuda al equilibrio y la armonía. «Se encuentra en las puertas de casas y negocios de China como símbolo de salud, longevidad, prosperidad y abundancia».



ENFERMERA SATURADA

GAFAS DE SOL, EL ESCUDO OCULAR PARA NIÑOS Y ADULTOS

Protección. Unas gafas homologadas deben contar con un capa para absorber los rayos ultravioleta. Sin ella, la pupila se abre confundida por un cristal tintado que deja pasar la radiación dañina

Según datos del Libro Blanco de la Visión, en España se venden 21,6 millones de gafas de sol cada año pero únicamente el 12% de ellas son adquiridas en una óptica. ¿Dónde se venden entonces la gran mayoría de ellas? En tiendas de deporte, hipermercados, gasolineras, puestos callejeros sin licencia... Aunque ocho de cada 10 españoles reconocen usarlas con frecuencia, la mayoría no les dan la importancia que tienen y las ven como un complemento estético y no como un elemento de protección tan importante como el casco en la moto o los auriculares de protección en ambientes ruidosos. El dato es preocupante: tres de cada 10 gafas de sol que se venden en España no pasan ningún control de calidad ni homologación, poniendo en grave riesgo la salud visual.

¿Qué puede pasar por usar gafas de sol de mala calidad? El estudio de la asociación Visión y Vida asegura que el 38% de los españoles no sabe que los rayos UV del sol son los principales responsables de la aparición de cataratas. Y es que unas gafas de sol ineficaces pueden provocarnos desde daños en la córnea hasta en la retina, pasando por

la conjuntiva o el cristalino. El problema es que esas lesiones no aparecen en un día para otro y por eso se siguen utilizando las mismas gafas, los daños aparecerán a medio o largo plazo.

La clave está en el filtro
Las gafas de sol tienen dos capas: una de tinte y otra que hace de filtro. La primera de ellas la tienen todas las gafas, las de buena y las de mala calidad, y es la que le da color a la lente y protege el ojo de la luz directa del sol. Pero la clave está en esa segunda capa, la de filtro, y es que no la vamos a ver a simple vista pero su función es la de absorber y neutralizar la radiación UV del sol. El problema es que la mayoría de las no homologadas no traen esta capa, no podemos comprobar además si la tienen o no, pero que tengan homologación sí es garantía de que la incorporan y protegen nuestros ojos.

¿Es mejor no llevar gafas de sol antes que unas no homologadas?
Por supuesto. Si usamos unas que solamente lleven la capa de tinte, nuestra pupila se relajará y los párpados se abrirán por completo porque la luz del sol ya no nos molesta pero como no existe la capa de filtro, la radiación dañina penetrará libremente.



16 | SALUD

El verano es la excusa perfecta para adoptar, o al menos intentarlo, hábitos de vida más saludables. No dejemos para septiembre lo que podemos empezar en agosto. Aunque lo que pide el cuerpo es tirarse a la bartola, quizás antes podemos hacer algún tipo de desgaste físico para cogerla con más ganas.

¿Una vuelta en bici? Este medio se ha postulado en las ciudades para ayudar a reducir las emisiones contaminantes, pero también ayuda a fortalecer nuestra salud. Y sí, todos sabemos que no todas las urbes están listas para usarla como transporte diario, pero intentemos cogerle gusto en vacaciones.

Antes de que los patinetes (la mayoría eléctricos) cobraran protagonismo, la bicicleta era la forma de transporte de las vacaciones en el pueblo. Y, entonces, cabe señalar que los datos de obesidad no eran los de hoy. Esa sociedad, más activa y menos sedentaria, no tenía cifras de hasta un 37,8% de españoles con sobrepeso y un 22% con obesidad. Y tampoco hay que viajar en el tiempo más allá de un par de décadas para observar que estos datos han crecido un 51,7%.

¿Por qué la bici? No se trata de entrenarse ahora como si en septiembre fuera a subir el Tourmalet, pero sí de intentar despertar ese gusanillo por una actividad lúdica con múltiples beneficios para su organismo, no solo para bajar una talla. Y, quizás, empezar el nuevo curso con una afición deportiva nueva.

Un reciente estudio apunta los beneficios de darle a los pedales de forma regular. En concreto, el uso de la bicicleta para desplazarse al trabajo reduce hasta un 47% el riesgo de muerte por distintos motivos. El trabajo publicado en *BMJ Public Health* hacía una investigación a largo plazo, durante 18 años, del impacto positivo en la salud mental y física de más de 82.000 escoceses entre 16 y 74 años.

Al porcentaje mencionado hay que sumar reducciones en otros ámbitos como un 24% menos de riesgo de ingreso hospitalario por enfermedad cardiovascular, un 51% menos de fallecer por un tumor y un 20% menos de probabilidades de que se le recetaran fármacos para problemas de salud mental.

Manuel Franco, epidemiólogo, profesor e investigador en las universidades de Alcalá y Johns Hopkins, y portavoz de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Sespas), apunta una posible limitación al trabajo, como recoge SMC. «Las personas que se desplazan en bicicleta al trabajo suelen ser personas deportistas, de alto nivel educativo y que probablemente cuidan su salud más que las personas que utilizan otros medios de transporte». Al tiempo, subraya la existencia de «países europeos como Bélgica y Dinamarca que bonifican económicamente a las personas trabajadoras que usan la bici».

Con todo, Franco pone en valor cómo este trabajo «amplía el conocimiento que teníamos por diferenciar entre el hecho de andar y desplazarse en bicicleta al trabajo como modos de transporte activo. Los beneficios en salud mostrados son enormes y es relevante ver los beneficios sobre la salud mental».

¿De dónde salen tantos beneficios? En la línea de salida cabe destacar que contar con un buen sistema de

MÁS JÓVENES Y MÁS SANOS, EMPEZAR EN VERANO Y PEDALEAR TODO EL AÑO

Una vuelta en bici. Subirse al sillín es el impulso perfecto para poner en forma el corazón y que bombee la sangre con todos sus nutrientes a todo el organismo. Pero, y si resulta que no solo se fortalece el organismo, sino que lo rejuvenecemos. ¿Quién se apunta?

Por Pilar Pérez. Fotografía de Getty Images

mujeres inactivos, sino que los ciclistas también producían el mismo nivel de actividad de células T que los adultos jóvenes de entre 20 y 30 años.

La autora principal del trabajo, Janet Lord, directora del Instituto de Inflamación y Envejecimiento en la Universidad de Birmingham, afirma que «estos hallazgos desmienten la suposición de que el envejecimiento nos vuelve automáticamente más frágiles y propensos a las enfermedades». Al tiempo, Lord subraya que «ahora tenemos evidencia sólida para alentar a las personas a comprometerse con un ejercicio regular a lo largo de su vida como solución viable al problema de que vivimos más tiempo, pero no más sanos».

Tener como meta volante la longevidad es un buen objetivo. Los hallazgos de los trabajos de Lord sugieren que mantener un alto nivel

de actividad física es un buen escudo contra los aspectos negativos del envejecimiento. ¿Cómo una vuelta en bici los fines de semana o ir en ella al trabajo nos mantiene jóvenes? Los mecanismos que frenan los efectos del envejecimiento, al tiempo que rejuvenecen el sistema inmunológico, se hallan en el timo. Esta pequeña glándula inmune y endocrina, ubicada entre corazón y esternón debajo de la glándula tiroides, produce las células inmunitarias linfocitos T, y empieza a encogerse a partir de los 20 años, pero se ha descubierto que los timos de los ciclistas mayores generan tantas células T como los de los jóvenes.

De este efecto inmunitario también se desprenden más ventajas que se observaron en estos ciclistas



SOCIALIZAR.

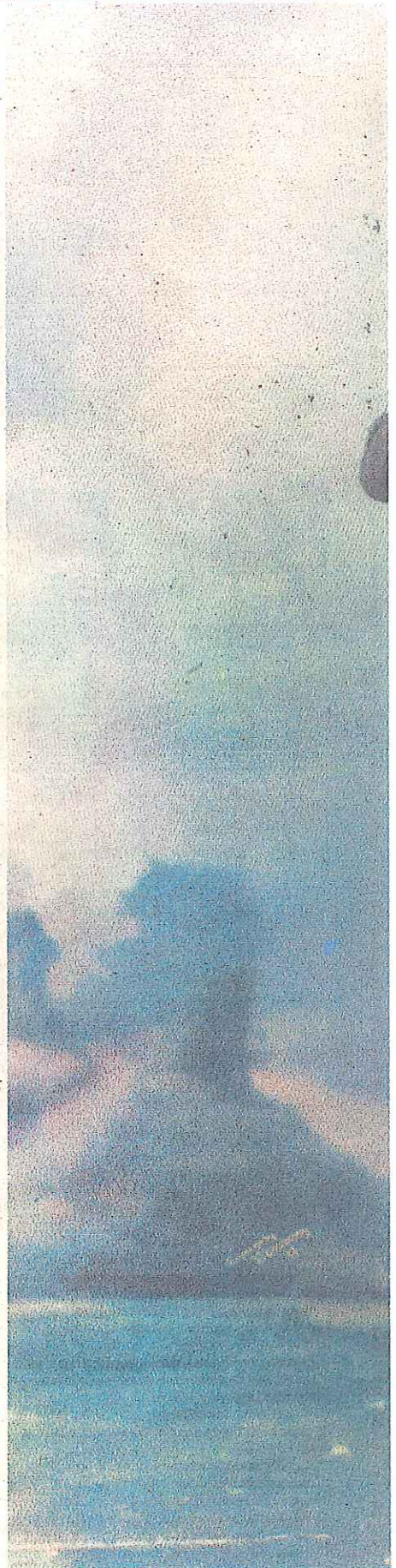
En los aficionados a este deporte se desarrolla el sentido de comunidad a través de vínculos afectivos.

EQUIPO.

Más allá de la bici y el casco, se debe llevar vestuario reflectante, conocer y preparar la ruta y llevar líquidos.

Un estudio en amateurs entre 55 y 77 años certifica que sus organismos generan tantas células T como los de los jóvenes

defensas lo es todo. Aquí un estudio publicado en *Aging Cell* determina cómo la práctica regular del ciclismo fortalece el sistema inmunitario. Para ello, los investigadores analizaron la sangre de 125 voluntarios de entre 55 y 77 años que eran capaces de recorrer más de 100 kilómetros entre cinco y seis horas. A través de un estudio sanguíneo buscaron los marcadores de células T, que se sabe que ayudan al sistema inmunológico a combatir infecciones. Se compararon a los ciclistas con personas de su mismo grupo de edad que no hacían ejercicio regularmente, así como con adultos más jóvenes de entre 20 y 36 años. El hallazgo fue significativo: no solo la actividad de las células T era mayor en los adultos activos que en los hombres y





temperaturas utilizando como cobayas a varios estudiantes de una universidad de Boston.

«El estudio se realizó para saber cuál es el efecto de una ola de calor en la función cognitiva de la gente joven, porque normalmente pensamos que el calor solo afecta a los adultos mayores, a los niños o a las mujeres embarazadas», explica a través del correo electrónico. Para demostrar que eso no era cierto, su equipo midió la temperatura en los dormitorios de 44 estudiantes, la mitad de ellos con aire acondicionado y la otra mitad sin ningún tipo de refrigeración en su habitación.

«Durante 12 días (cinco de temperaturas moderadas seguidos por una ola de calor) los participantes respondieron cada mañana a dos pruebas cognitivas. Además se midió la calidad de sueño, su hidratación, el uso de café y muchos otros factores que pudieran estar relacionados con su desempeño», detalla el profesor. Las pruebas consistían en unos ejercicios muy sencillos de sumas y restas y en hacer cada mañana desde sus teléfonos móviles el test Stroop, una prueba de reacción que juega con nombres de colores escritos

TRABAJO.
Según la OIT, la productividad cae a la mitad con 34 grados de temperatura ambiente.

en colores que no coinciden. «Tomando en cuenta todos los factores previos, los estudiantes sin aire acondicionado fueron hasta un 10% más lentos y menos acertados que aquellos que sí tenían aire acondicionado durante la ola de calor».

Así que, en efecto, este insoportable calor nos vuelve medio majaras, pero también nos hace más idiotas. Y, por tanto, menos productivos. También para esto hay unos cuantos estudios que dicen, por ejemplo, que los estudiantes sacan peores notas cuando realizan un examen en un día especialmente caluroso. O que nuestro rendimiento en el lugar de trabajo es mayor cuando la temperatura del aire ronda los 22 grados y empezamos a ser menos eficientes a partir de los 24. Según el informe *Trabajar en un planeta más caliente*, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con 33 o 34 grados de temperatura ambiente, los trabajadores pierden un 50% de su productividad.

Se prevé que en 2030, el estrés térmico provocará una reducción del 2,2% en el número total de horas de trabajo en el mundo y tendrá un impacto de 2.400 millones de dólares en el PIB mundial. En

2050, el impacto podría alcanzar ya los 5.800 millones de dólares.

Y ni siquiera en vacaciones mejoran las previsiones económicas. Hasta el turismo peligra con estos termómetros. Un informe reciente elaborado por CaixaBank Research a partir de los datos de los pagos con tarjeta revela que entre 2019 y 2023 creció más el gasto turístico en las localidades españolas con temperaturas más bajas y se resintió en las más calurosas.

«La gente gasta mucho menos durante las olas de calor. Y si no hacemos nada, nuestro modelo turístico de sol y playa se va a resentir», pronostica Miguel Ángel Criado. «¿A quién le va a apetecer venir en agosto a España si esto es como Egipto o como Túnez?».

Por cierto, el único sector analizado por CaixaBank que se beneficia de las oleadas de calor son las farmacias, que facturan un 0,06% más por cada grado que supera la media histórica. Quizás para superar otra noche soñando con pingüinos con la cara de Mari Carmen o José Luis. Para no perder la cabeza como Super Mario.

EL PODER (¿Y EL PELIGRO?) DEL COLOR COMO INGREDIENTE: "ES UN ATRACTIVO VISUAL"

Consumo. Trucos publicitarios, colorantes derivados del petróleo, alertas de efectos negativos sobre la salud... El universo de los colores alimenticios (añadidos) es tan curioso como polémico. ¿Qué hay de verdad en las tonalidades de lo que comemos?

Texto e ilustración Gracia Pablos.

Dicen que, en ocasiones, el sentido de la vista estimula nuestro apetito. Quizás esto responda a la cuestión sobre por qué se añade color a la comida. Existen alimentos como las frutas y las verduras que ya poseen una buena carga de color y eso no las convierte necesariamente en el plato más deseado del menú. Pero lo cierto es que, en otros productos, el detalle colorístico puede marcar la diferencia entre consumirlos o evitarlos.

Pensemos, por ejemplo, en un yogur de sabor fresa que es de color blanco. Ese sería su color natural si no añadiésemos colorantes pero, por más que seamos conscientes de ese hecho, nosotros como consumidores esperamos que ese yogur tenga un tono rosado. Y esa falta de concordancia entre lo percibido y lo esperado puede provocar rechazo.

El ejemplo extremo de ese caso lo recogió Oliver Sacks en su libro *Un antropólogo en Marte*. El protagonista de una de sus historias, el señor L, es un artista que sufre de acromatopsia cerebral como consecuencia de un accidente de tráfico. Eso significa que ha dejado no sólo de percibir los colores sino también de reconocerlos. En su cerebro todo se ha vuelto blanco y negro, y por más que intenta tirar de memoria no consigue evocar de nuevo toda la paleta de colores de la naturaleza.

Eso afecta a su trabajo, pero también a su vida cotidiana: la comida de repente ya no resulta tan apetecible. Los tomates se han vuelto negros, las verduras han adoptado tonalidades grisáceas... Al cabo del tiempo opta por adaptar su dieta a su nueva escala de (no) color, porque le resulta prioritario que la imagen concuerde con el alimento. Así, destierra los yogures de frutas y se pasa a los naturales, olvida las aceitunas verdes y comienza a consumir las negras.

Existen muchos estudios que analizan esta discordancia entre lo percibido y lo esperado,

TIPOS DE COLORANTES

COLORES NATURALES

Hablamos de colores añadidos que aparecen identificados en la etiqueta nutricional con una E seguida de un número entre 100 y 199 (los adjudicados a los colorantes). No existe una denominación diferente para naturales y sintéticos ni es obligatorio indicarlo en el etiquetado, pero la buena fama de todo lo natural hace que a veces se destaque.

COLORANTES NATURALES HIDROSOLUBLES

Colorantes extraídos de fuentes naturales que son solubles en agua.

	
E100 Curcúmina Origen vegetal, procede de la raíz de la cúrcuma	E101 Riboflavina Origen animal, se halla en productos lácteos
	
E120 Cochinilla, carmines Origen animal, procede de la cochinilla, un insecto	E150(a,b,c,d) Caramelo Origen vegetal, se obtiene a partir del jarabe de maíz

COLORANTES NATURALES LIPOSOLUBLES

Colorantes extraídos de fuentes naturales que son solubles en la grasa

	
E140 y E141 Clorofilas y clorofilinas Origen vegetal, se extrae de las plantas verdes	E160(a-e) Carotenos Origen vegetal, se halla en algas, zanahorias...
	
E161b Luteína Origen vegetal, está en la yema del huevo	E161g Cantaxantina Origen vegetal (hongos) y animal (crustáceos)

COLORANTES NATURALES MINERALES

Colorantes extraídos de minerales

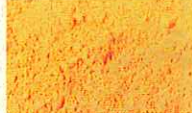
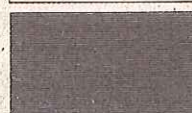
	
E153 Carbón vegetal Se obtiene por combustión de materia vegetal	E170 Carbonato de calcio Se obtiene a partir de roca caliza molida

COLORANTES ARTIFICIALES

Tenemos cierta tendencia a considerar lo natural como inocuo y lo sintético como potencialmente insano, pero todos los colorantes que forman parte de este listado han sido autorizados por ser considerados como seguros para su uso en alimentos.

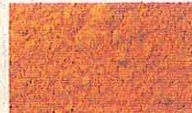
COLORANTES SINTÉTICOS AZOICOS

Estuvieron prohibidos en su uso alimentario pero tras demostrarse su carácter inocuo volvieron a ser permitidos

	
E102 Tartrazina Derivado del petróleo	E110 Amarillo ocazo FCF Derivado del petróleo
	
E122 Azorrubina, carmoína Derivado del naftaleno, el alquitrán blanco	E123 Amaranto Derivado del naftaleno, el alquitrán blanco
	
E124 Ponceau 4R rojo cochinilla Derivado del petróleo	E129 Rojo Allura AC Derivado del petróleo
	
E151 Negro brillante BN Derivado del petróleo	E155 Marrón HT Derivado del petróleo

COLORANTES SINTÉTICOS NO AZOICOS

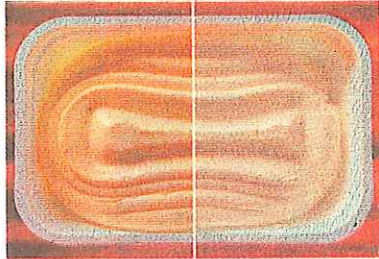
Todos los colorantes artificiales son más fáciles de usar que los naturales

	
E104 Amarillo de quinoleína Derivado del ácido sórbico	E127 Eritrosina Incluye en su molécula cuatro átomos de yodo
	
E131 Azul patente V Derivado del petróleo	E132 Indigotina, carmín indigo También 'azul sulfán'

FUENTE: Elaboración propia y Reglamento (CE) N° 1331/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008

MÁS COLOR PARA HACERLOS ATRACTIVOS

CON COLORANTES



SIN COLORANTES

MARGARINA

La manteca obtiene su color amarillento del colorante natural (betacaroteno) presente en el pasto del que se alimentan las vacas. Mientras que la margarina, elaborada a partir de una mezcla de grasas animales y vegetales, presenta un color blanquecino que la hace menos atractiva. Por ese motivo se decidió colorearla de forma artificial.

REFRESCOS

En los refrescos de cola, el protagonista será el E150d, el colorante caramelo, y si hablamos de refrescos de naranja o limón entonces probablemente se tratará de carotenos. En las energéticas podemos encontrar además riboflavinas o colorantes azules (antocianinas, azul brillante).



WHISKY

Existen muchos licores que emplean colorantes en su elaboración, el E150, la misma gama que el empleado en los refrescos de cola. El motivo de que un ron o un whisky incorporen este tipo de engaño cromático es doble: mantener cierta uniformidad visual entre diferentes lotes y también dar la sensación de que se trata de una bebida añeja (más de lo que es en realidad).



YOGUR DE SABORES

Un yogur de sabor fresa lleva de todo menos la fruta. Y, aunque no sea ningún secreto, el consumidor tampoco acepta fácilmente un yogur blanco como un yogur de fresa. Lo mismo sucede con otros sabores o incluso con otros postres lácteos como las natillas o los flanes de vainilla y sus carotenos. Pero ojo, no todo es engaño: los postres lácteos o batidos de chocolate deben su color a la presencia, esta vez sí, del cacao.



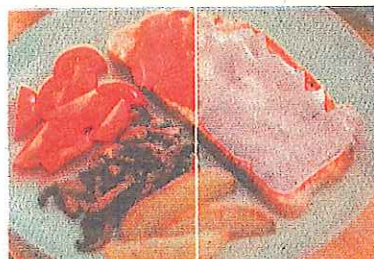
VERDURAS EN CONSERVA

Los guisantes son verdes, sí, pero no es infrecuente que en las conservas se emplee un colorante para darle un tono aún más vivo (E142), y al mismo tiempo, corregir la evidente pérdida del color natural. La solución final a veces parece un poco radiactiva o nos recuerda a la famosa kriptonita, pero no somos Superman y su uso es perfectamente seguro.



SALMÓN

En el caso del salmón el colorante se añade a la propia dieta del pescado, que cuando se cria en piscifactorias no se alimenta de crustáceos, los verdaderos culpables de ese color rosado tan característico. Sin esa ingesta de carotenoides la carne del salmón se volvería pálida y grisácea, nada que ver con el color al que otorga su nombre y nada atractiva para el consumidor.



G. PABLOS y J. AGUIRRE / EL MUNDO

experimentos en los que se han modificado los colores de bebidas de frutas para hacer que, por ejemplo, una bebida de cereza de color anaranjado fuese descrita como «de sabor de naranja», o que apenas un 20% pudiese identificar una bebida de naranja (esta vez sí) bajo una luz tenue pero sin embargo no tuviesen problemas para reconocer una bebida de uva (de color oscuro) bajo esa misma luz.

El color puede por tanto marcar una importante diferencia, y por eso a veces es un proceso en el que se interviene de forma directa. «Legalmente está aceptado utilizar colorantes para devolver el color original a un alimento cuando su color natural se ha visto afectado por el proceso de elaboración», explica Beatriz Robles, tecnóloga de alimentos y docente de la Universidad Isabel I. «También se reconoce como una de las funciones aumentar el atractivo visual de los alimentos y para dar color a los que de otra forma serían incoloros, como las bebidas de cola (que serían blancas) y otros refrescos que tendrían un color muy muy matizado».

No es algo nuevo, antes de que existiesen los *foodies*, Instagram o incluso la fotografía en color, la comida ya nos entraba por los ojos. No en vano algunos de los colorantes que aún se emplean hoy en día se remontan nada más y nada menos que a la antigua Roma, en la que el azafrán ya era un condimento habitual.

Con el tiempo hemos aprendido nuevas técnicas para aumentar la paleta de colores (el azul es un color complicado de replicar, tanto en el arte como en la comida), pero también hemos aprendido a ser rigurosos en el proceso. «Los aditivos no se pueden usar de forma libre», incide Beatriz Robles, «tienen que estar incluidos en una lista positiva, lo que hace que tengan que estar autorizados para utilizarse».

En Europa estas autorizaciones sólo se dan por parte de la Comisión Europea (CE) una vez que la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) ha evaluado toda la evidencia científica que hay alrededor de la seguridad de ese aditivo. «Y esa autorización no es permanente», afirma Robles, «sino que se reevalúa en base a nuevas evidencias científicas que vayan apareciendo para tener esa garantía de seguridad». Como muestra, en 2022 la EFSA decidió retirar el permiso al dióxido de titanio (E171) para su uso en alimentos.

Como ejemplo, esta semana la EFSA y la CE avisaban de la retirada de ocho aromas de humo una vez evaluada su genotoxicidad (la capacidad de estas sustancias químicas de dañar el material genético de las células). Estos aditivos se usan como alternativa al proceso de ahumado tradicional en carnes, pescados, quesos, sopas, salsas, bebidas, helados y dulces.

El listado de colorantes permitidos hoy en día es mucho más breve que el que circulaba hace años, y eso es porque la seguridad se evalúa (y reevalúa) con rigor. Pero también entran en juego otros criterios no tan científicos, y es que al final es un mercado sensible y de igual forma que el color se emplea con fines estéticos es la misma apariencia la que puede llevar a tomar algunas decisiones más controvertidas.

COLORANTE E HIPERACTIVIDAD. En el año 2007 se publicó un estudio conocido como el Estudio de Southampton en el que se asociaba el uso de determinados aditivos (en su mayoría colorantes azoicos como el rojo allura, el rojo cochinita, la tartrazina o el amarillo anaranjado entre otros) con alteraciones en el comportamiento de los niños.

Poco después, en 2008, la EFSA revisó la evidencia científica y vio que los resultados de este estudio eran débiles y que no había evidencias que pudieran establecer una causa-efecto.

Pero a pesar de ello se aprobó que los productos alimenticios que contuviesen estos aditivos portasen en sus envases la advertencia: «Puede tener efectos negativos sobre la actividad y la atención de los niños». Para la tecnóloga de alimentos Beatriz Robles, ésta es una decisión tomada por un criterio más político que científico, ya que la EFSA rechaza dicha evidencia y no existen nuevas que permitan decir lo contrario.

EL RETO DEL COLOR AZUL. En medio de una tendencia hacia lo natural como sinónimo de lo sano e

“Los aditivos no se pueden usar de forma libre. Tienen que estar incluidos en una lista positiva, autorizados por la EFSA para utilizarse”

“Legalmente se acepta emplear colorantes para devolver el color original a un alimento si el natural se ha visto afectado en el proceso de elaboración”

inocuo, a veces queremos buscar en la lista de aditivos algo que nos permita diferenciar si los añadidos son de origen natural o sintético. Pero si el producto resultante es de color azul parece que no hay lugar a dudas, ¿qué fuente natural podría otorgar ese color a un alimento?

Más allá de las ciruelas, las uvas o la berenjena, por ejemplo, que tienen un tono morado, el azul brillante que podemos ver en alguna bebida energética o en las coberturas de chocolates o pasteles no parece surgir de ninguna fruta conocida.

Esa búsqueda por lo natural llevó, en 2005, a que los Smarties eliminasen su versión azulada durante tres años, el tiempo que tardó Nestlé en encontrar una manera de replicar ese color.

A pesar de ese esfuerzo, lo cierto es que el azul no es un color que a priori nos resulte atractivo. De hecho existen estudios que lo consideran un supresor natural del apetito, tanto si forma parte del color del alimento como de la ambientación (el plato, las luces, el entorno...).

INSECTO PIGMENTO: LA COCHINITA.

En este caso el problema no surgió precisamente por lo artificial del color, sino justo por lo contrario. Hace unos meses se hizo viral un vídeo en el que se descubría el origen del color carmín (E120). Este colorante, empleado tanto en la alimentación como en la cosmética, debe su pigmento al insecto *Dactylopius coccus* costa, un parásito de los cactus. Los carmines surgen de la reacción de los extractos de estos insectos con un metal como el aluminio. Es decir, no es que se añadan insectos al alimento para colorearlo (por si quedaban dudas).

A pesar de eso, basta una breve búsqueda en redes sociales para comprobar que el mensaje caló y sigue expandiéndose, y eso ha llevado a que algunas marcas hayan optado, no por problemas en la seguridad sino por una pura cuestión de imagen, por retirar o sustituir este aditivo de sus productos.

¿SON SEGUROS? Naturales o sintéticos, si su consumo está autorizado es seguro. Otra cuestión es si son necesarios. Si no aportan nada al sabor ni al valor nutricional de un alimento, su función entra más bien en el campo de lo estético. Pero su presencia, a veces, lo que nos indica que es que igual se trata de un producto a evitar, aunque sea por otros motivos.

«Si un producto lleva colorantes, si es un aditivo que se usa con fines puramente hedónicos», advierte Beatriz Robles, «o si lleva otro tipo de aditivos de este estilo, por ejemplo los potenciadores de sabor, pues probablemente estemos ante un alimento insano, pero no por los aditivos sino por la composición y el tratamiento tecnológico que se le ha dado a ese alimento. Estaremos probablemente frente a un ultraprocesado».

CASTILLA Y LEÓN

Trasvase de la actividad: menos consultas en Primaria y hospital, récord en urgencias

● Las citas del centro de salud caen un 18% y las del especialista un 5% en una década mientras sube un 10% la entrada de casos urgentes al hospital, que marcan un máximo con 2.913 personas atendidas al día

ESTHER NEILA VALLADOLID

Los centros de salud registraron el año pasado menos consultas. También los hospitales redujeron las citas con el especialista. Sendos descensos pueden explicar la evolución de las urgencias, que batieron su récord en 2023.

Casi 1,1 millones de casos atendieron las urgencias hospitalarias de Castilla y León en 2023, un 10% más que hace una década. De media, fueron 2.913 los casos que cada día entraron por esta puerta de las asistencias urgentes; el mayor volumen de la serie estadística de la Consejería de Sanidad.

Una radiografía de los indicadores contenidos en su informe anual sobre actividad asistencial en Atención Primaria y Hospitalaria revela algunas tendencias fruto de la demografía, del uso ciudadano y de las políticas sanitarias en la Comunidad. La comparación de la última década (2014 respecto a 2023) dibuja un descenso generalizado de las consultas ordinarias y un trasvase a los servicios de urgencias, pero también un mayor número de cirugías y de pruebas diagnósticas, una estabilización de los ingresos pero un acortamiento del tiempo en cama, así como una tendencia hacia los cuidados profesionales en el domicilio del paciente.

En el capítulo de atención primaria, los 247 centros de salud son los mismos que hace diez años, no así el número de consultorios: los 3.634 suponen el cierre de 16 locales en la última década.

En estas consultas de Primaria, que son la puerta de entrada al sistema sanitario, se celebraron el año pasado 25,2 millones de citas, cuando diez años antes se superaban los 30,6 millones. La diferencia son 5,4 millones de visitas menos al año. La pérdida de población podría justificar en parte el descenso de la actividad, pero también hay que tener en cuenta que al mismo tiempo el envejecimiento de la

RADIOGRAFÍA DE DIEZ AÑOS DE ACTIVIDAD SANITARIA

CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tipo de visita y profesional	2014	2023	% Var.
Medicina de Familia	17.126.961	13.486.065	-21
Enfermería	8.949.132	7.091.968	-21
Pediatría	1.404.850	1.339.990	-5
Otros profesionales	441.066	691.262	57
Total	27.922.009	22.609.285	-19

CONSULTAS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Año	Primeras consultas	Consultas sucesivas	Total	% Var.
2014	1.363.680	3.014.223	4.377.883	
2023	1.241.122	2.930.417	4.171.539	-4,7%

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

Año	Total	% Var.
2014	269.630	21,3%
2023	327.059	

Año	Ambulatorias	Con ingreso
2014	177.513	92.117
2023	237.956	89.103

FUENTE: SacyL.

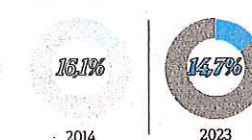
ciudadanía eleva el promedio de veces que el ciudadano recurre a un profesional sanitario por alguna patología. Sólo en el último año, el número de consultas bajó un 4% respecto a 2022. Y el porcentaje alcanza un retroceso del 18% si lo comparamos con 2014.

El grueso de la actividad de los centros de salud y consultorios recae en los médicos (13,5 millones de consultas) y enfermeros (7,1 millones). En ambos casos, la diferencia es de un 21% en diez años. En cuanto a las consultas de pediatría, las citas bajan un 5% al situarse por debajo de las 1,4 millones de visitas de

TOTAL DE URGENCIAS

Año	Total
2014	967.584
2023	1.063.347

URGENCIAS INGRESADAS

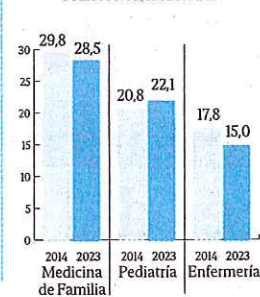


niños para sus revisiones o problemas de salud.

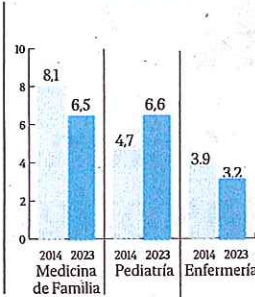
MÁS ATENCIÓN DOMICILIARIA. La distribución de la asistencia en Atención Primaria revela también otras dos tendencias. Por un lado, un ligero repunte de la atención domiciliaria (representaba el 1,5% del total diez años atrás y ahora supone el 2,3%). Por otro, una mayor proporción de consultas urgentes que entran en los centros de salud o puntos de atención continuada: en 2014 representaban el 3,6% y ahora concentran el 8% de la tarta de la asistencia en atención primaria. En

ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

PRESIÓN ASISTENCIAL



FRECUENCIA



(1) Pacientes atendidos por sanitario al día (2) Número de visitas por paciente al año.

EVOLUCIÓN DE LAS URGENCIAS/DÍA EN HOSPITALES



EL MUNDO

términos absolutos, las urgencias en Primaria son algo más de dos millones de visitas: descienden en los últimos años aunque no tanto como las citas ordinarias y por eso pero aumentan su proporción.

4,2 MILLONES DE CITAS CON EL ESPECIALISTA. En el capítulo de la actividad hospitalaria, las consultas con el especialista también se redujeron el año pasado: no llegan a 4,2 millones, lo que supone un recorte de 206.000 citas con el facultativo del hospital, un retroceso del 5%.

El descenso es mayor entre las primeras consultas (suman 1,2 millones,

bajan un 9%) que entre las citas sucesivas (3 millones el año pasado, retroceden un 3%).

EL 43% DE LAS PREFERENTES SE ATIENDE A TIEMPO.

La demora con que son atendidos los pacientes que requieren ser vistos por el especialista es uno de los aspectos que merma la calidad asistencial. En especial, cuando se trata de casos prioritarios. Según los datos del Observatorio de Sanidad, el porcentaje de primeras consultas preferentes atendidas en quince días es sólo del 43%, cuando antes de la pandemia era el 67% (en

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosco

CASTILLA Y LEÓN

2019). Tampoco contribuyen a mejorar la eficiencia los pacientes que no acuden a su primera cita con el especialista, que repuntan hasta el 9%, cuando hace cuatro años eran el 7,2%.

Lo que sucede tanto en la Atención Primaria como en las consultas de atención especializada tiene su impacto en las urgencias, porque no se trata de niveles estancos sino conectados por vasos comunicantes. Cuando las listas de espera son elevadas para ser visto por el médico de cabecera o por el facultativo especialista, se entiende un aumento de los casos que llegan a los servicios de urgencias. Y en 2023 fueron más de 1.063.000 las urgencias registradas en los complejos hospitalarios: son 96.000 más que diez años antes, cuando no llegaban al millón. El crecimiento es del 10% en una década.

UNA URGENCIA POR CADA DOS CARTILLAS. Otro de los indicadores de Sacyl mide la media de urgencias atendidas cada día, un número que en 2023 alcanzó las 2.913, el máximo, no ya de la década, sino de los últimos 20 años. La evolución de la estadística de Sacyl parte de las 2.462 urgencias que se atendían en el año 2005, un volumen que se mantiene más o menos estable hasta el año 2012, para escalar a continuación al filo de las 2.900 en 2019. Con la pandemia, la evolución experimenta un batacazo y cae hasta las 2.000 urgencias diarias para volver a escalar después y situarse ya por encima de las 2.900.

En proporción con la población, hace diez años se atendían 400 urgencias por cada 1.000 tarjetas sanitarias. Ahora, rozan ya las 460. Es decir, la tasa es de casi una urgencia por cada dos cartillas en Castilla y León.

MENOS TIEMPO INGRESADOS. Lo que desciende también es el porcentaje de esas urgencias que acaba en ingreso: si hace diez años superaba el 16%, ahora no llega al 14,7%.

En cuanto a los ingresos hospitalarios, se mantienen más o menos estables y sólo retroce-



Los pacientes hacen cola en la ventanilla de un centro de salud de Castilla y León. ICAL

La saturación como norma: el médico atiende a más de 40 pacientes al día en 35 centros

Ávila Norte y Ávila Sur Este soportan la mayor presión asistencial, al alcanzar los 45 y 46 pacientes por facultativo cada jornada

E.N. VALLADOLID
En Castilla y León hay 247 centros de salud y en muchos de ellos la sobrecarga de trabajo ya se asume como norma: en 35 de ellos el médico atendió a más de 40 pacientes al día en algún momento del año pasado. Es decir, el 14% registra una elevada saturación en su actividad.

Los periodos de mayor saturación se dan durante el último trimestre de cada año y, sobre todo, durante los primeros tres meses, al confluir entre octubre y marzo los picos de las patologías respiratorias que tanta carga de trabajo arrojan sobre la atención primaria. Según el último balance del Observatorio del sistema de salud de Castilla y León, recién actualizado con datos a diciembre de 2023,

35 centros de salud anotaron en algún momento del año una presión asistencial por encima de los 40 pacientes por médico y día.

La presión asistencial es un indicador que se calcula tomando de Medora el número de consultas atendidas durante una jornada ordinaria tanto desde el centro de salud como en el domicilio y dividiéndolo entre el número de facultativos

Los que acusan una mayor saturación son dos centros de salud de la misma provincia: Ávila Sur y Ávila Sur Este, instalados ambos por encima de los 41 pacientes por médico y día, y con picos de 45 y 46 personas en algún momento del año pasado.

Tomando los últimos datos, los del último trimestre de 2023, fueron quin-

ce los que superaron las 40 citas de media en la agenda. Además de los dos avilenses ya citados, se trata de los centros de salud de Ponferrada II, el salmantino San José, Medina del Campo Urbano, el leonés de Cruceiro, Huerta del Rey y Parque Alameda-Covaresa en la ciudad de Valladolid, García Lorca en Burgos, Aranda Norte, Ávila Estación, Delicias I en Valladolid, Pintor Oliva en Palencia y los de Ponferrada I y IV en Bierzo.

De media, cada castellano y leonés va al médico 6,53 veces al año y 3,2 veces al enfermero. Ambas frecuencias han bajado ligeramente en la última década. Lo que sube es el número de visitas al pediatra, que ahora son 6,55 por año, cuando una década antes eran 4,74.

den un 1%. El año pasado los hospitales tramitaron casi 244.000 veces el *check in* de un paciente, que son 3.100 menos que diez años atrás, un descenso del 1%. Más aún retroceden las estancias, es decir, el número de pernoctaciones hospitalarias, que bajan un 9%, hasta situarse por debajo de 1,6 millones de noches. Eso significa que ingresan menos pacientes y, además, lo hacen durante menos tiempo. En concreto, 6,43 días es ahora la estancia media, cuando diez años antes rozaba los siete días.

LAS CIRUGÍAS AUMENTAN UN 21%

El año pasado se registraron más de 327.000 cirugías en los hospitales, un 21% más que una década atrás, cuando no llegaban a las 270.000 (la diferencia es de 57.429). La gran mayoría son ambulatorias (casi 238.000) y son también las que más crecen (un 34%). Las que conllevan un ingreso hospitalario bajan (fueron 89.102, el año pasado, cuando hace una década superaban las 92.117, un retroceso del -3%). En consecuencia, las ambulatorias ganan peso en la tarta total de operaciones quirúrgicas: pasan del 66% al 73% de todas las intervenciones.

También mejora la organización en los quirófanos la previsión de las cirugías, ya que aumentan las intervenciones programadas un 25% (casi 305.000 el año pasado), mientras las entradas al quirófano con carácter urgente bajan un 10% (hasta las 22.200).

El número de quirófanos en funcionamiento se mantiene estable en los 170 en las últimas décadas, aunque supone un incremento respecto a la red disponible en 2015, cuando eran 125. A lo largo de estas dos décadas ha ido en aumento el número de intervenciones quirúrgicas programadas por día hábil, pasando de los 418 de 2005 a los 1.209 de la actualidad. Destaca Sanidad ese indicador, la cifra más alta alcanzada en los últimos años al situarse por primera vez por encima de las 1.200 intervenciones previstas por día hábil.

MÁS TAC, MENOS ECOGRAFÍAS Y LAS MISMAS RESONANCIAS

El número de pruebas diagnósticas evoluciona al alza. El año pasado se realizaron 810.666, frente a las 780.000 registradas en el año 2019, que es el ejercicio más antiguo con estos datos desglosados en el Observatorio de Salud. En particular, en los últimos cuatro años crecen los TAC (un 19% más, hasta los 298.662) pero bajan las ecografías (-6%, con 298.662) y las mamografías (-2%, hasta las 65.593).

Al aumentar el número de pruebas y bajar la población, la ratio de pruebas por habitante sube de forma notable: la más alta es para los TAC, un examen de precisión que el año pasado se realizó sobre 137 de cada mil habitantes, la mayor cifra de la serie. La tasa de las ecografías es de 136, en las resonancias de 67 y en las mamografías de casi 29 por cada mil tarjetas sanitarias.

LOS PARTOS BAJAN UN 27% Y REPUNTAN LAS CESÁREAS

Pueden pasar muchas horas, en algunos hospitales incluso más de un día, sin que se oiga el llanto de un bebé. La sangría demográfica de Castilla y León se nota en la actividad de los partitorios, donde el año pasado se registraron 11.477 alumbramientos, que son 4.258 menos que en 2014. El descenso es del 27% en una década. Son, de media, 31,4 partos al día. Aranda, Miranda y Medina del Campo no llegan al parto diario de media. Los hospitales de León, Salamanca y Río Hortega de Valladolid son los únicos que superan los cuatro partos de media al día. Burgos se queda al filo, con 3,95.

Lo que repunta es el porcentaje de cesáreas: después de años en descenso (tocó suelo en 2018 con menos del 22%), lleva dos años subiendo y se sitúa ahora por encima del 25%.

CUIDADOS PALIATIVOS EN CASA PARA 3.000 PACIENTES

Cada vez son más los receptores de cuidados paliativos en el domicilio, la opción más recomendada para pacientes afectados por enfermedades incurables: el año pasado 3.061 personas recibieron esta atención en su casa, un incremento respecto a 2019, cuando eran sólo 1.870 las personas cuidadas en su domicilio por el sistema público. Otros 4.200 pacientes figuran como usuarios de la hospitalización a domicilio por diversas patologías, que también supone una subida respecto a los 3.918 de hace cuatro años.

Lo que al mismo tiempo aumenta es el número de fallecimientos en los hospitales: 14.577 murieron en un complejo sanitario, frente a los 12.886 de hace diez años.

Nuevo récord de impuestos de Hacienda en Soria con 100M€

La presidenta de los autónomos de la provincia lo achaca a las subidas de los salarios y al aumento de la contratación y el consumo ● Los sorianos pagan un 56% más en seis meses que hace 4 años

Redexis invierte 5,5 millones en modernizar la planta de biometano de Almazán

SORIA

CASTILLA Y LEÓN

Sanidad cobija a 429 liberados sindicales a pesar de la escasez de profesionales

Los médicos llegan a 55 y los de Medicina Familiar, la especialidad más afectada, son 30

VALLADOLID
El sistema sanitario de Castilla y León adolece desde hace ya mucho tiempo de una escasez estructural de pro-

fesionales sanitarios. Con todo, Sanidad cobija a 429 liberados sindicales. La plantilla actual de Sacyl no es suficiente para la demanda. **Pág. 12**

6

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Jueves 8 de agosto 2024

SORIA

La Junta licita la instalación de una sala blanca para el Servicio de Farmacia del Santa Bárbara

Se trata de un espacio adaptado para la manipulación correcta de los medicamentos

SORIA
La Junta de Castilla y León, a través de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, ha publicado, en la Plataforma de Contratación del Sector Público, la licitación del suministro, instalación y puesta en funcionamiento de una sala blanca para el Servicio de Farmacia del Hospital Santa Bárbara, con un presupuesto de licitación de 471.900 euros (impuestos incluidos) y un plazo de ejecución de dos meses.

Con el suministro e instalación de una sala blanca en el Servicio de Farmacia del Hospital Santa Bárbara se dispondrá de un espacio adecuado y adaptado a las normas de correcta fabricación, para preparar compuestos estériles, de nutrición parenteral, citostáticos y otras mezclas intra-

venosas, con las máximas garantías de calidad y seguridad, tanto para los pacientes como para el personal del Servicio.

Además, se pretende limitar y controlar la concentración de partículas de diferentes tamaños en suspensión en el aire, los niveles de contaminación microbiana y mantener las condiciones ambientales controladas.

Así, respecto a los medicamentos peligrosos, se evitará la posible contaminación de los fármacos elaborados, garantizando la protección y seguridad del personal sanitario que los manipula, según informó la Junta.

De acuerdo con lo establecido en el pliego de prescripciones técnicas del expediente, los posibles licitadores deberán realizar una visita a la zona ob-



El Hospital Santa Bárbara en obras. M.T.

jeto del suministro e instalación de la sala blanca y su entorno. Para ello, se les convoca en el Hospital Santa Bárbara de Soria el próximo 20 de agosto, a las 10.00 horas. Las ofertas podrán presentarse hasta el 4 de septiembre de 2024, a las 23.59 horas, en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

Esta sala se suma al proyecto ya anunciado en junio de automatización en el Servicio de Farmacia, con una inversión de más de 532.400 euros, destinados al suministro, instalación y puesta en funcionamiento del nuevo sistema de automatización para el almacenamiento y dispensación de medicamentos.

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, realizando una trazabilidad precisa de todos ellos de manera eficiente y segura, minimizando el riesgo de errores.

CASTILLA Y LEÓN

Sanidad cobija a 429 liberados sindicales a pesar de la escasez de profesionales

● Los médicos liberados llegan a 55 y los de Medicina Familiar y Comunitaria, la especialidad más afectada por la escasez de efectivos, alcanzan los 30, y se reparten por todas las provincias a excepción de Ávila

RICARDO GARCÍA VALLADOLID

El sistema sanitario de Castilla y León adolece desde hace ya mucho tiempo de una escasez estructural de profesionales sanitarios. La plantilla actual de Sacyl no es suficiente para atender la demanda de atención por parte de los pacientes, lo que ha llevado a poner en marcha diferentes actuaciones dirigidas a mitigar este problema. Sin embargo, también hay una importante cifra de trabajadores que, pese a estar en activo, no desarrollan total o parcialmente su jornada debido a que tienen la categoría de liberados sindicales. En concreto son 429 los que se encuentran en esa situación en toda la Comunidad cobijados por Sanidad, cuya ausencia de sus puestos de trabajo agrava aún más las dificultades para prestar una correcta atención.

Según la información a la que ha tenido acceso este periódico, no todos los sanitarios cuentan con el mismo nivel de liberación. Por un lado están aquellos que cuentan con una serie de horas liberadas para el desarrollo de su labor como representantes de los trabajadores. Por otro, buena parte de ellos tienen liberada toda su jornada laboral, lo que hace que no tengan que acudir a su puesto de trabajo.

Es cierto que la liberación sindical de los representantes de los trabajadores es una situación que se da en la práctica totalidad de las empresas y administraciones, pero no lo es menos que el sistema sanitario de Castilla y León se encuentra altamente tensionado y le vendría bien incorporar a esos profesionales.

Es evidente que 429 personas más trabajando permitirían dar cierto oxígeno al sistema, más aún en categorías profesionales como los enfermeros o los médicos especialistas que son, además, dos de los grupos con más liberados sindicales. Además, a ello se suma que, en pleno verano, la disponibilidad de profesionales se reduce aún más por los periodos vacacionales.

Con este escenario, y según las ci-

SANITARIOS DE CASTILLA Y LEÓN CON CONDICIÓN DE LIBERADOS SINDICALES

Categoría profesional	Aranda	Ávila	Bierzo	Burgos	León	Medina del Campo	Miranda	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora	Otras gerencias y servicios	Total
Administrativo												2				2
Auxiliar Administrativo		4	2	7	4	1	2	3	5	1	3	3	4	5	2	40
Celador		5	5	2	6			7	7	3	6	13	9	3		60
Conductor									1							1
Enfermero/a		9	4	9	15	1		12	10	12	11	10	15	16	1	125
Enfermero/a (Matrona)												1				1
Fisioterapeuta				1			1									2
Gestión Administrativa			1						1							2
Letrado															1	1
Especialista Med. Fam. y Com.			2	4	3			4	4	1	2	3	3	3	1	30
Especialista (otros)		1		3	1					1	1	3	1	2		13
Méd. Urgencias Hosp.		2							1	1			2	3		9
Méd. Urgencias y Emergencias															1	1
Oficial de Mantenimiento		1											2			3
Operario de Servicios			1					1	1			1	6	5		13
T.E. en Restauración								1								1
T.S. Anatomía Patológica					1							1				2
T.S. Higiene Bucodental					1											1
T.S. Laboratorio Diagnóstico				2	1									1		4
TCAE	1	9	6	11	7	2	2	11	11	7	5	7	6	5		90
Técnico en Farmacia							1			1						2
Telefonista									1							1
T.S. Imagen para el Diagnóstico								2	1		1		3			7
Titulado Superior Admón. Sanit.					0			1								1
Vigilante				1												1
T.S. Medicina Nuclear									1							1
Tit. Medio Prev. Riesgos Lab.												1				1
Total liberados	1	31	21	42	37	4	6	42	44	27	29	45	51	43	6	429

FUENTE: Elaboración propia

EL MUNDO

fras a las que ha tenido acceso este periódico, de los 429 liberados sindicales que suma el sistema sanitario, 249 cuenta con permiso sindical completo, es decir, no van a trabajar en todo el mes o meses que se encuentren en esta situación.

Y dentro del conjunto de estas personas, destaca también la cifra de médicos por ser una de las categorías con mayor escasez de trabajadores. Como se ha venido repitiendo a lo largo de los últimos meses, este es un problema que no solo afecta a Castilla y León, sino a todo el país, pero en el caso de la Comunidad son 55 los facultativos con liberación sindical. Dentro de ellos, además, 30 pertenecen a la especialidad de Medicina Familiar y Comu-

nitaria, una de las más golpeadas por la falta de profesionales.

No obstante, las liberaciones sindicales no afectan únicamente a los médicos especialistas y de urgencias. También disponen de ellas trabajadores en las categorías de auxiliar administrativo, enfermeros y técnicos de distintos campos, entre muchas otras. Todas ellas son imprescindibles para el correcto funcionamiento de sistema sanitario y, aunque en menor medida que los médicos, también adolecen la falta de profesionales. Al fin y al cabo, un sistema con capacidad de asumir la demanda debe contar también con suficiente personal de enfermería y con técnicos sanitarios que se encarguen de realizar distin-

tas técnicas, tratamientos o pruebas diagnósticas.

En cualquier caso, los datos consultados por este periódico revelan que 127 enfermeros y enfermeras que trabajan en la sanidad pública de Castilla y León cuentan con la condición de liberados sindicales; y a los que se suman 87 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) como las dos categorías profesionales con las cifras más altas. Es más, si se suman tanto los enfermeros como los auxiliares, estos representan el 50% de todos los liberados sindicales del sistema sanitario de la Comunidad.

Igualmente, más allá del reparto de los liberados sindicales por categorías, las cifras consultadas mues-

tran que estas figuras están presentes en las catorce áreas de salud de la Comunidad, que engloban a las nueve provincias con Valladolid dividida en este y oeste y a las que se suman Aranda de Duero, El Bierzo, Medina del Campo y Miranda de Ebro.

Dentro de este reparto, hay varias gerencias de salud que lideran las cifras de sanitarios con condición de liberados sindicales. La que se sitúa a la cabeza es Valladolid oeste, con 51; y a la que sigue Valladolid este con 45. En tercer puesto, con 44 trabajadores sanitarios con liberación sindical, figura Salamanca; mientras que las siguientes en la lista y por encima de los 40 liberados

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosco

PRIMER PLANO

UNA EPIDEMIA AL ALZA



Casi 2.000 personas se concentraron ayer en la localidad sevillana de La Puebla del Río para pedir más acción a la Junta de Andalucía. FERMÍN CABANILLAS / EFE

El año pasado la cifra total de casos confirmados por la infección llegó a 16, solo tres fallecieron. En 2024, las cifras de confirmados suman 17 y dos muertos, hasta ahora. "Desde la estación Biológica de Doñana venimos advirtiendo de la situación", apuntan

FIEBRE DEL NILO, LOS CASOS DE 2024 YA IGUALAN A LOS DE TODO 2023

PILAR PÉREZ MADRID
En los últimos siete días nueve infectados más con fiebre del Nilo Occidental se han incorporado a los registros. Desde el 1 de enero hasta el 2 de agosto de 2024, se han detectado un total de 17 casos humanos con-

firmados del virus, lamentando dos fallecidos, en la provincia de Sevilla: Dos Hermanas (3 casos), Coria del Río (4), Lebrija (1), Los Palacios y Villafranca (4), Tomares (1) y La Puebla del Río (4), según Sanidad y la Junta de Andalucía.

Así, las cifras casi se igualan al balance total de 2023 que ascendió a 19 casos autóctonos (16 confirmados y tres probables), entre el 24 de julio y el 23 de octubre de 2023, en Extremadura (14), Andalucía (2), Comunidad Valenciana (1), Castilla-La Mancha (1)

IMPACTO

LOS PUEBLOS SEVILLANOS PIDEN A LA JUNTA MÁS CONTROL

La situación ha generado malestar en los vecinos de las zonas donde se han registrado más casos y lamentado las muertes. Ayer, unas 2.000 personas se concentraron en La Puebla (Sevilla), para pedir a la Junta de Andalucía que actúe contra la «epidemia» de virus del Nilo en la comarca, la que cuenta con más infectados. La concentración ha partido de un vecino de la localidad, Juan José Sánchez, que la pasada semana puso en marcha una plataforma en la red social Facebook para difundir todas las acciones a realizar, un grupo que cuenta con más de 2.300 personas de varios puntos de la provincia.

y Cataluña (1). Sin embargo, el año pasado en las mismas fechas solo se habían detectado cuatro casos.

La situación se ha vuelto crítica y la preocupación se extiende entre los municipios afectados, todos ellos localizados en la cuenca del Guadalquivir. El culpable es un pequeño mosquito de la familia *Culex*, con varios miembros: *Culex perexiguus*, *Culex pipiens*, *Culex modestus* y *Culex laticinctus*, que se están encargando de actuar de transmisores de la infección. «Este año la alarma debería haber surgido el 4 de junio cuando se capturaron los primeros mosquitos que estaban infectados con el virus», explica Jordi Figuerola, investigador de la Estación Biológica de Doñana y líder del Grupo de Ecología y Evolución de Zoonosis en el CIBER de Epidemiología y Salud Pública, cuya investigación se centra en la vigilancia del virus del Nilo Occidental.

El investigador asegura que esa detección normalmente se daba «sobre el 16 julio», por lo que estamos hablando de que la temporada «se ha adelantado unas cinco semanas». Un detalle bastante significativo. «Desde la estación Biológica de Doñana venimos advirtiendo de la situación desde hace años», insiste Figuerola. «Hay programas de control utilizando plaguicidas biológicos, como el BTI [*Bacillus thuringiensis* subespecie israelensis], que es un bacilo que sirve para matar a las larvas de los

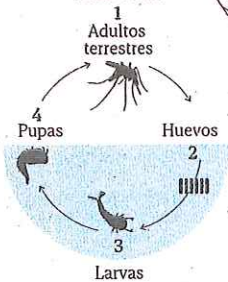
PRIMER PLANO

UNA EPIDEMIA AL ALZA

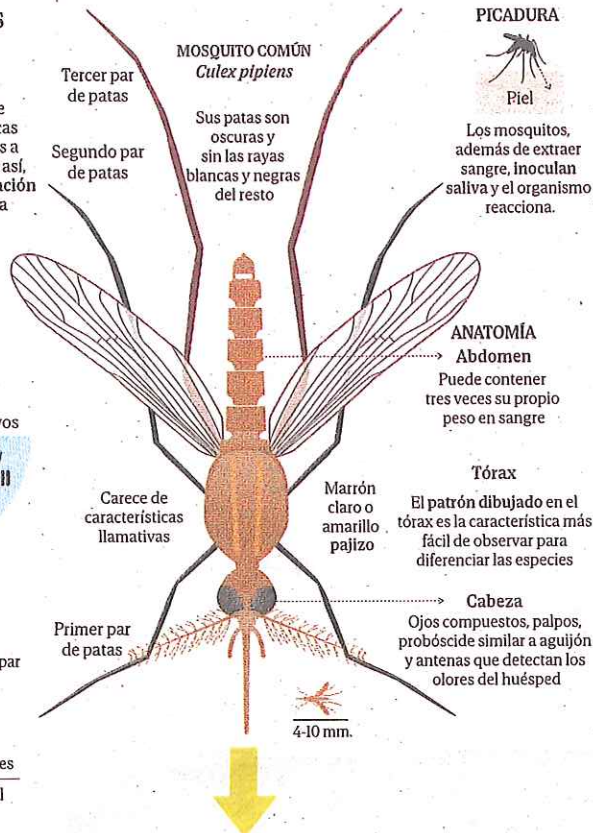
CARACTERÍSTICAS DEL MOSQUITO COMÚN

De las 3.500 especies de mosquitos, solo unas pocas transmiten enfermedades a humanos y animales. Aún así, más de la mitad de la población humana está expuesta a este riesgo.

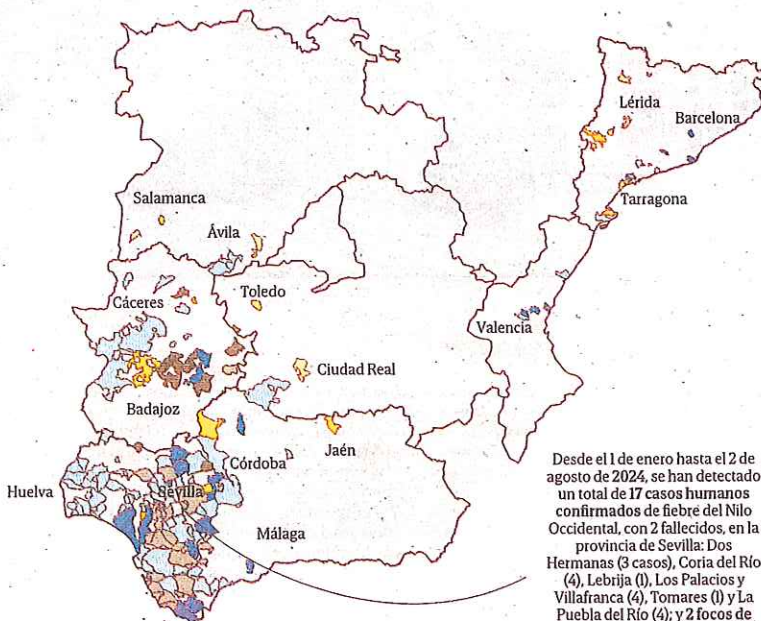
CICLO VITAL



Cosmopolita y capaz de ocupar distintos ambientes
Interior de edificios
Nocturno
Abril - noviembre
Humanos, mamíferos y aves
Fiebre del Nilo occidental y Dirofilariasis canina



TRANSMISIÓN DEL VIRUS DEL NILO POR EL MOSQUITO COMÚN



Desde el 1 de enero hasta el 2 de agosto de 2024, se han detectado un total de 17 casos humanos confirmados de fiebre del Nilo Occidental, con 2 fallecidos, en la provincia de Sevilla: Dos Hermanas (3 casos), Coria del Río (4), Lebrija (1), Los Palacios y Villafranca (4), Tomares (1) y La Puebla del Río (4); y 2 focos de equinos en Dos Hermanas (1) y Los Palacios y Villafranca (1) en Sevilla y 1 foco de ave silvestre en El Cabaco en Salamanca.

mosquitos antes de que crezcan».

¿Qué es lo que ha propiciado la situación ideal para «la fiesta del mosquito»? Un invierno suave y una mayor vigilancia, sentencia Figuerola. «Cuando no hace frío en invierno, los mosquitos sobreviven mejor y en la primavera y verano siguientes la incidencia va a ser alta». También su presencia en aves y caballos alerta sobre una mayor circulación del virus. «Venimos de estaciones muy secas y como hace tiempo que no llueve, les faltan depredadores», explica el experto.

En Andalucía, la localización de los emplazamientos para las trampas se realiza en 26 municipios, considerándose áreas de riesgo alto o moderado bien para obtener información sobre el progreso del vector (mosquito) en territorios con niveles de riesgo inferiores. «Con todo ello queremos conseguir dar respuestas a los gestores cuando nos preguntan sobre cómo abordar el problema. Conocer cómo actúan los mosquitos, la detección temprana del aumento de los transmisores (hembras) y la circulación del virus nos sirve para tomar decisiones sobre las acciones de vigilancia, control y comunicación en su territorio, disminuyendo así las probabilidades de transmisión a humanos», explica Figuerola.

Pero, hay buenas noticias. El calor de los últimos días ha bajado la incidencia, porque «las olas de calor, con temperaturas muy elevadas, no les son favorables», Elisa Mora, responsable de comunicación Mosquito Alert y doctora en Biología. También es positivo que «solo el 1% de los infectados desarrolla una enfermedad grave, el 80% lo pasa de forma completamente asintomática y el 19% restante sufre algo similar a un catarro común», detalla Javier Membrillo, vicepresidente de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc).

Membrillo asegura que «una picadura de un mosquito no es algo banal. Y tenemos que saber que también en España hay una serie de enfermedades que transmiten», pero puntualiza que «para acudir a urgencias hay que vigilar los síntomas que le acompañan, como fiebre, cefaleas, náuseas y vómitos, sarpullidos».

El portavoz de la Seimc y el investigador del Ciber ponen el foco en la vigilancia. «Porque probablemente ha habido casos de encefalitis en años anteriores, en los que como no se ha sospechado o no se ha podido la prueba han pasado por alto», puntualiza Membrillo. Ahora como se conoce que la infección circula predominantemente por «la cuenca de Guadalquivir, en esas zonas, en sus hospitales y centros de salud, si tienen acceso a esas herramientas y ese conocimiento para descartar la infección».

Aunque Membrillo recuerda que la salud hoy día es un elemento glo-

bal. «Lo mismo nos puede haber picado lo mosquito en Sevilla y al día estar en San Sebastián». Y subraya que lo que debe llevar a una persona a Urgencias son «los signos asociados». En caso positivo, los infectados recibirán un tratamiento antiviral y soporte de los síntomas. «No tenemos un tratamiento eficaz concreto frente al virus del Nilo y el existente pasa por el abordaje de la afectación neurológica, entre otros».

Evitar la picadura y elevar la vigilancia de la presencia del virus son la mejor defensa. Mosquito Alert es una aplicación de ciencia ciudadana que cuenta el aval de una década de experiencia y que sirven para la recogida de especies como «el mosquito común (*Culex pipiens*) vec-

«LA TEMPORADA ADELANTÓ 5 SEMANAS. LA PRIMERA DETECCIÓN FUE EN JUNIO, ANTES ERA JULIO»

«SOLO EL 1% TIENE UNA FORMA GRAVE, UN 19% DE FORMA LEVE, COMO UN CATARRO, Y UN 80% ES ASINTOMÁTICO»

tor de la fiebre del Nilo occidental, el mosquito tigre (*Aedes albopictus*) vector de dengue, Zika y chikunguña, el mosquito de la fiebre amarilla (*Aedes aegypti*», explica Mora. «El mayor número de reportes que recibimos, en España, son de mosquito tigre y común», añade y asegura que en los últimos años «recibimos más informes en las épocas frías. Es una tendencia a lo largo de varios años que estadísticamente es difícil de verificar».

La población más vulnerable a las complicaciones de la infección provocada por la picadura son los niños y las personas mayores y aquellas con más de una enfermedad de base. «Ellos tienen más riesgo de descompensación por los síntomas del virus», asegura Membrillo.

Por ello, el foco debe ser el control y eliminación del mosquito, de los lugares donde cría. Figuerola, además de investigador también es vecino de la zona de la cuenca del Doñana, donde realizan las labores de control. «En casa, lo que uno debe hacer es colocar mosquiteras en las ventanas y las tiras en las puertas. Evitar la acumulación de agua en los platos colocados bajo las macetas», detalla el investigador. Al tiempo, recuerda que «los mosquitos que te pican o los has criado tú o tu vecino». Y pone el ejemplo de cómo un descuido «al dejar agua estancada en un desagüe, habría propiciado larvas del mosquito».

ESPAÑA

Del «vuelva usted mañana» de Larra a «tiene cita en abril de 2025 o enero de 2026». Casi 850.000 españoles engrosan las listas de espera quirúrgicas al cierre de 2023 (849.535). Y una media de 101 días de tiempo de espera para acudir a una cita con un médico especialista. La salud de miles de españoles depende del turno que le den al acudir al médico.

En 2018, con la llegada del primer Gobierno de Pedro Sánchez, había 668.288 personas en espera de una cirugía y el tiempo para acceder al especialista era de 96 días, poco menos

que ahora. Una de las asignaturas pendientes de la cartera de Mónica García, y de ejecutivo de Pedro Sánchez, es plantear soluciones que agilicen y descongestionen las listas. García, durante la valoración de las cifras tras el Consejo de Ministros el pasado 16 de abril, decía: «Esto es un

problema para los pacientes», y también «para la economía de nuestro país». Aquí, administración central y autonomías deben trabajar de forma conjunta y ya se ha debatido en algún Consejo Interterritorial.

Las listas de espera fue el segundo de los grandes propósitos que elevó el presidente durante su sesión de investidura. Prometió «reforzar el Estado de Bienestar» y precisó: «Empezando precisamente por el Sistema Nacional de Salud». Puso un ejemplo de lo insostenible: «Es inadmisibles que un ciudadano tenga que esperar tres meses para tener la primera cita con un especialista o 200 días para operarse con una hernia que le impide levantarse de la cama». No es tan incapacitante, él mismo lo admite, el estado de Francisco Cervantes (60 años, Málaga), pero lleva más de 300 esperando ser intervenido.

Francisco es uno de los 48.103 andaluces que espera una intervención de Traumatología. Uno de los 205.005 del total de la comunidad que más pacientes acumula en las listas de espera quirúrgicas en España. Pero no es un número más. «Con la llegada del verano, todo se complica: hay menos contrataciones, la gente se va a ir de vacaciones... Temo que pasará el verano y seguiré esperando con la mano es este estado».

A eso se suma «la incertidumbre de si volveré a ejercer mi trabajo como carterero». Ahora es complicado, como reconoce Francisco. Tiene la mano en forma de garra, con artrosis y problemas articulares en la muñeca. Hoy no podría clasificar cartas ni conducir la moto en el reparto como hacía antes del accidente que dio inicio a este calvario. «Seguiré de baja... ¿volveré a trabajar?», se pregunta. Al problema físico, se le empezaban a sumar los anímicos. «También estoy en tratamiento psicológico».

Desde hace diez meses espera una operación en su mano. En concreto, para extraerle una aguja que le tuvieron que colocar para que no perdiera el dedo. Todo empezó cuando sufrió un accidente con la moto hace más de un año. «No fue culpa mía», asegura, mientras enumera el



PILAR PÉREZ

PALABRA DE SÁNCHEZ: «LISTAS DE ESPERA»

2

UN PROBLEMA CRONIFICADO

«Nuestro segundo gran compromiso va a ser continuar reforzando el Estado de Bienestar. Empezando precisamente por el Sistema Nacional de Salud. Es inadmisibles que un ciudadano tenga que esperar más de tres meses para tener la primera cita con un especialista»

«HAY QUE ARMAR RUIDO PARA QUE TE ATIENDAN»

850.000 españoles esperan una intervención, 170.000 más que cuando Sánchez llegó a Moncloa. Y pasan 101 días hasta ver al especialista. El reto 'imposible' de Mónica García... y de las autonomías



Mónica García y Javier Padilla. JAVIER BARBANCHÓ

destrozo con el que se saldó el golpe: «De primeras, lo que tengo es un golpe en la pierna al caerme la moto encima y una herida en la mano derecha con varios cortes. Pero al llegar al hospital me ven también una fractura en el dedo corazón de la mano derecha, que me reducen manualmente con una escayola».

La pierna se recupera. Pero la mano, imprescindible también en su día a día, no. Y la situación se complica porque «cuando van a quitar la escayola se dan cuenta de que no ha soldado bien. Así que me tienen que operar». Francisco sentencia que «ahí empiezan los problemas».

En el calvario de cirugías de Francisco hay una primera intervención, pero «cuando van a hacer la primera cura en el Centro de Salud la herida presenta muy mal aspecto». Y sin culpar a nadie se lamenta: «No puedo valorar si en ese momento me tendrían que haber derivado al hospital a que me hubieran visto esto bien o, como hicieron ellos, seguir con las curas en el Centro de Salud».

Esa queja viene por lo que sucedió después. «El dedo, lejos de mejorar, va empeorando hasta que a la semana o así, en una de las curas, me dicen que el dedo tiene muy mal aspecto y que vaya para el hospital inmediatamente. Eso fue el Sábado Santo del año pasado y el domingo me estaban operando de urgencia. No perdí el dedo de milagro».

Y llega la segunda operación para quitar una aguja que iba a ayudar a que el dedo soldara de forma definitiva. «Estoy un mes ingresado en el Hospital Regional con antibióticos, para evitar que la infección se extendiera. Pero la fractura todavía no suelta, ya que al quitarme la aguja antes de tiempo, la fractura se mantiene».

Lleva 10 meses esperando una nueva intervención. Forma parte de ese 38% que lleva así más de seis meses en Andalucía, superando los 174 días de media. En España, la media está en 24,3% y 128, respectivamente. «Las listas de espera están en unos niveles verdaderamente insostenibles y poco se hace para reducirlos», denuncia Francisco.

Las cifras cosechadas en 2023 son superiores a las de 2022, cuando esperaba 793.521 españoles y una media de 122 días para pasar por quirófano. El tiempo medio para la consulta con un especialista se demoraba hasta 95 días. Pese a la acumulación de pacientes, la nota positiva es que en 2023 crecieron menos en volumen que en 2022, ya que entonces fue de casi 90.000 más (86.781). Un 24,1% de esos 849.535 espera más de seis meses, un porcentaje que ha crecido cuatro puntos.

Las regiones con más porcentaje de pacientes en espera de quirófano superior a un semestre son Cantabria (38,9% de los pacientes), Andalucía (38%), Extremadura (35,3%) y Cataluña (29,9%). En el otro extremo están las que registran menos porcentaje de pacientes con demoras prolongadas de más de un semestre: Madrid (repite como en 2022) con un 0,8%, seguida de Galicia (2,7%) y País Vasco (2,5%). Los tiempos de espera más largos se

dan en las regiones de Cantabria, Andalucía y Extremadura, con 173, 174 y 181 días de espera media, respectivamente. Y los más cortos en Madrid y País Vasco, con 63 y 51.

En cuestión de volumen, Andalucía vuelve a ocupar un primer puesto en este análisis de las listas de espera quirúrgica, ya que acumula 205.005 pacientes, unos 30.000 más que en 2022. Le sigue Cataluña, con 183.394, que ha registrado 10.000 más.

En Andalucía, la mala situación del Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha llevado a Juanma Moreno a depurar responsabilidades y recientemente ha cambiado a la consejera de Sanidad, Catalina García, que ha sido sustituida por Rocío Hernández Soto. En esta comunidad, la legislación establece unos tiempos máximos de espera de 180 días (como en la mayoría de las CCAA) para un total de 700 técnicas quirúrgicas. Este plazo se ha reducido a 120 días para los once procesos asistenciales más comunes.

Francisco asume que comparte lamentos con muchos e incluso resta importancia. «Entiendo que hay gente con patologías más graves y

FRANCISCO

«La situación de incertidumbre me ha llevado al psicólogo»

BEATRIZ

«Si los tiempos no fueran tan altos, no llevaría un año y medio de baja»

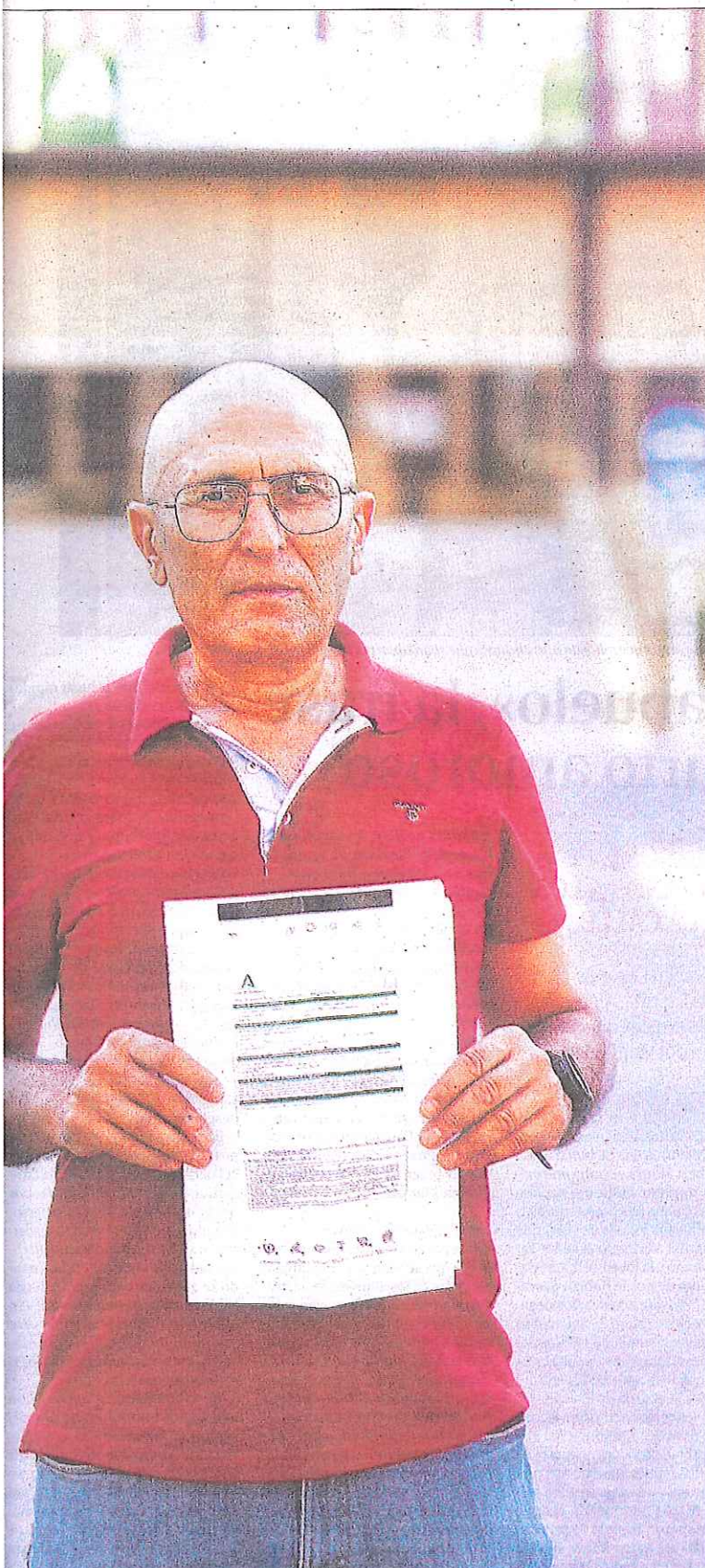
CARMEN

«Me vieron, no tenían ni idea y nuevas pruebas... en febrero de 2025»

serías que lo mío, con más tiempo de espera. Sin embargo, yo creo que pasados los tiempos reglamentarios en los que deben llamarte para operarte, hay que presentar reclamaciones y hay que armar ruido para que te atiendan».

Reclamar. Ahí está el quid de la cuestión. Algo que Francisco apela a que hagan los más de 850.000 españoles que están en las listas de espera. «Si el mismo número de pacientes que están esperando reclamaran, algo tendrían que hacer. Hay algunos que creen que las reclamaciones no sirven. Yo pienso que sí».

Carmen Flores, la presidenta de la Asociación Defensor del Paciente, lo corrobora. «Tenemos casos que llegan a la asociación, empiezan con la reclamación y los trámites se agilizan. Afortunadamente, los llaman». Ella misma está en lista de espera para un especialista. «Una para el alergólogo. Me daban para dentro de tres meses, pero realicé una reclamación y me lo adelantaron dos me-



Francisco Cervantes lleva esperando 10 meses para una operación en un dedo la mano y muestra la reclamación. MARTÍN MESA

ses». Aunque la solución le derivó en una nueva espera. «Me vieron y me dijeron que no tenían idea. Achacaron la situación a algún producto que me ponía, porque he tenido la cara horrible. Así que concluyen que necesito nuevas pruebas. Pero, claro esas pruebas son para febrero de 2025», comenta Carmen.

Como presidenta de la Asociación Defensor del Paciente lamenta más la situación de las personas que acuden a ellos en busca de ayuda. «Lo grave reside en las circunstancias que viven estos pacientes que están esperando seis y nueve meses para una prueba para saber de qué les produce ese mal. Pero, es que incluso puede morir o ser algo irremediable». Carmen asegura que ahora mismo realizan reclamaciones de citas con turno de atención en 2026. «Es un auténtico desastre».

Beatriz Pérez (45 años, Zaragoza) sufre una condropatía femoropatelar y rotura de menisco interno y desde febrero está en lista de espera quirúrgica. Ella es uno de 30.077 aragoneses que aguarda quirófano, parte del 27,7% de pacientes con turno desde hace más de seis meses y que supera la media 146 días de espera en su comunidad. Mientras Beatriz pone sus esperanzas en operarse «en otoño», señala que lo peor es el tema de la baja laboral.

«La mutua citándome cada tres semanas en presencial a 60 kilómetros de mi domicilio, la empresa que tramitó el cese antes de los 545 días de baja y todo el trámite para subsanarlo... Un proceso que habrá que remitir en septiembre cuando cumpla el plazo real. El INSS me citó para inspección al cumplir los 365 días de baja, dándome prórroga de otros 180 tras la inspección, que hay que repetir ahora también en septiembre». Sin quejarse, Beatriz pone de manifiesto otro sintoma de las listas de espera. «Mi madre pertenece a un área de salud de Teruel provincia. El mes pasado la apuntan para su segunda prótesis de rodilla. Para la primera tardaron un año. Pues ya la han llamado porque están derivando operaciones a Zaragoza. Y yo esperando cirugía desde febrero». Al tiempo, Beatriz está segura de que «si los tiempos de espera entre citaciones, pruebas, diagnóstico, intervención... no fuesen tan largos, no llevaría año y medio de baja».

Francisco y Beatriz coinciden no solo en que esperan una operación, sino en los problemas colaterales que surgen con los trámites de la baja laboral. En el caso del malagueño, es aún más desconcertante porque asegura estar en un limbo. «Después de un año de baja, la Seguridad Social es quien se hace cargo de la baja médica, que tienen seis meses para valorar en qué estado estás. Pues en ese limbo estoy, ni me llaman ellos, porque estoy pendiente de esa operación, ni me llaman del Servicio Andaluz de Salud».

SALUD DEL SNS

EL 21,2% DE LOS PACIENTES DE PRIMARIA SON ATENDIDOS EN EL MISMO DÍA

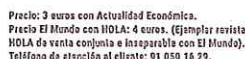
P. PÉREZ

Para el diagnóstico de la salud de nuestro Sistema Nacional de Salud resulta útil el reciente *Informe del SNS 2023*, elaborado por el Ministerio de Sanidad, que ofrece datos tanto sobre el estado de salud de la población española como de la situación, sus recursos humanos, infraestructuras y su funcionamiento.

SALUD MENTAL. «Más de un tercio de los españoles sufre algún problema de salud, como ansiedad, depresión o del sueño», recoge el informe. Aquí el ministro de Mónica García ha creado un Comisionado de Salud Mental, que ha puesto en manos de Belén González. Hereda políticas para abordar el suicidio (la línea 024) puestas en tiempos de Carolina Darias. Ahora mismo negocian un nuevo Plan de Acción Salud Mental 2025-2027.

SITUACIÓN SANITARIOS. Para saber si hay suficientes médicos y enfermeras, entre otros profesionales, hay que ver si las cifras responden a las necesidades de la población. «En atención primaria se han hecho más 256 millones de consultas médicas y más de 156 millones de enfermería. Solo dos de cada diez pacientes (21,2%) son atendidos el mismo día, la media de espera está en 9,1 días. Para una primera consulta especializada se tardan 87 días». Para ello, el sistema dispone de 43.815 médicos y 42.094 enfermeras de Familia. En los hospitales hay 93.199 médicos y 171.963 enfermeras que atienden en torno a cuatro millones de ingresos cada año y cerca de 87 millones de consultas.

GASTO. El gasto sanitario público se situó en 94.694 millones de euros (2.001 euros por habitante) en el año 2022, alcanzando un 7,8% del PIB y suponiendo el 71,7% del gasto sanitario total (131.984 millones de euros). El incremento en los cinco últimos años fue del 27,3%. El gasto sanitario privado representó un 3,1% del PIB.



MADRID: Avenida San Luis, 25. 28033.
Madrid. Tel.: 91 443 50 00.
© Unidad Editorial Información General,
Madrid 2024. Todos los derechos

reservados. Esta publicación no puede ser ni en todo ni en parte reproducida, distribuida, comunicada públicamente, utilizada o registrada.

a través de ningún soporte
o mecanismo, ni modificada
o almacenada sin la previa
autorización escrita de la sociedad

editora. Conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley de Propiedad Intelectual, queda expresamente prohibida la

reproducción de los contenidos
de esta publicación con fines
comerciales a través de recopilaciones
de artículos periodísticos

Impresión: Impresora Norte. Polígono
San Miguel, Sector 4-C/ Albert
Einstein, 44, 50830 Villanueva de Gállego
(Zaragoza) Dep. Legat: SQ-33-2006



CARNE
DE CAÑÓN
EMILIA
LANDALUCE



*La mala suerte
de morir de la
causa más común
en España*

El miedo, como el bien (y el mal), es una cuestión de modas, de las modas.

En las películas ya no
hay escenas de
arenas movedizas y la
gente no se ahoga por
un corte de digestión, que
según la wiki es como se
ha llamado siempre a
algo denominado
científicamente
hidrocución...

...Es difícil saber cuándo empezó ese miedo que hacía que las madres no dejaran que sus hijos se bañasen después de comer (o no hacerlo sin el ritual previo que consistía en meter las muñecas y los tobiillos y mojarse la nuca) y que les obligaba a pasarse dos horas esperando a que finalizara el proceso. (Un rollo porque el sol apretaba con saña y las olas del mar susurraban promesas).

El corte de digestión es un terror viejo y pasado, de cuando no existía una página de Internet que explicara lo que es la hidrocución («shock termodiferencial» caracterizado por un estado sincopal provocado por el contacto brusco de la piel y de las vías respiratorias superiores con el agua fría, que desencadena un reflejo que puede acabar en parada cardiorrespiratoria) o que las arenas movizadas



ANTONIO HEREDIA

HIDROCUCIÓN El corte de digestión, hoy conocido como hidrocución, por meterse en el agua es un terror viejo y pasado, pero es difícil saber cuándo empezó la prohibición de las madres a que sus hijos se bañasen después de comer o no hacerlo sin rituales previos.

se llaman en realidad arenalejo, que suena muy poco aterrador.

También que el factor fundamental para el corte de digestión es que el agua esté a 18 grados (o sea, inferiores a las temperaturas de las costas españolas) y que es imposible que el barro succione a señoras desnudas y se las lleve hasta las entrañas de la tierra.

La cultura, los medios de comunicación (y aquí metemos también WhatsApp y el resto de redes sociales) inoculan miedos muchas veces irracionales. O no tanto, porque es lo inevitable que lo atiza estos terrores. Y lo inevitable es lo que se nos escapa. Finalmente, este miedo al azar es lo que nos hace tratar de controlar lo que es caótico. A veces, puede resultar que una desgracia sea cuestión de algo de lo que se habla tan poco como es la mala suerte. (Y eso que Raymond Aron dice que la suerte es el fundamento de la Historia).

El martes, una conocida neuróloga de

Palma se cayó de cabeza desde la ventana que estaba limpiando y murió. Parece algo tonto (¿el azar tonto?), pero no lo es. Los datos son de hace apenas un mes: en 2023 murieron más personas cayéndose (4.018) que suicidándose (3.952), ahogándose (3.625) o en accidentes de tráfico (1.750). Pero, de momento, (he aquí una idea para los *avido* *dolors* que abrevan en el presupuesto) no hay ningún chiringuito institucionalizado que diga que se ocupa de prevenir este tipo de deceso fortuito. (Una idea: se podría llamar *Opca* –Observatorio para la prevención de las caídas accidentales– y seguro que en pocos meses producen algún estudio que avale que, por ejemplo, las mujeres tienen más posibilidades de caerse porque usan tacones).

Nadie, sin embargo, alerta de cómo las distracciones que cuestan la vida —el gel Magno que se derrama en la bañera, una alfombra arrugada bajo esa mesa metálica...— también matan. Claro que esas

muertes son mala suerte. (Como también podría considerarse que es cruzarse con un psicópata).

Las madres piensan que el mayor peligro que acecha a sus hijas se conjura con el pelo. «Sécate antes de salir»; «Te duele la garganta, seguro que has salido con el pelo mojado». Es una obsesión.

Hace unos meses volví a la escalera de la que me caí en 2020 y fue un poco decepcionante. Apenas media un metro y solo tenía cuatro escalones. Me alegra que mi madre no la haya visto nunca. Supongo que, como yo, imaginaba que la escalera por la que me desniqué debía de ser, al menos, como la de *Lo que el viento se llevó*.

Cuando me encontraron inconsciente tenía en una mano el teléfono móvil (Jonathan Haidt aduciría que matan) y en la otra un tercio de cerveza. Selo tuve que decir a mi madre. «Mamá, tenías toda la razón. Ese día no me dio tiempo a secarme el pelo».

JUNIO & JULIO

MANOLO GARCÍA | 29 JUN · MYKE TOWERS | 04 CAMILO | 05 KIDD KÉO | 06 EMILIA | 10
MANÁ | 11 AITANA | 12 SCORPIONS | 13 RICKY MARTÍN | 14 TAINY | 17 JHAYCO | 18
YNG LVCAS | 18 YOVNGCHIMI | 19 JAMES BLUNT | 20 CANTAJUEGO | 21
LUCHO RK | 21 LUIS MIGUEL | 24 LUZ CASAL | 26 SIMPLE MINDS | 27 TOM JONES | 28

AGOSTO

TABURETE | 01 NICKI NICOLE | 02 ABRAHAM MATEO | 03 HAUSER | 04
MARIZA | 05 HAKUNA GROUP MUSIC | 06 LOLA ÍNDIGO | 07 NANCYS RUBIAS | 07
LOS CHICHOS | 08 ESTOPA | 09 EL ARREBATO | 10 PAUL THIN + MYRK | 11 CRUZ CAFUNÉ | 12
SOGÉ CULEBRA | 12 BELÉN AGUILERA + NAIRA | 13 VETUSTA MORLA | 14
JC REYES | 15 HOMBRES G | 16 EL BARRIO | 17 S 18



CONCERT MUSIC FESTIVAL
CMF2024
CIUDADA DE LA FRONTERA · POBLADO DE SANCTI PETRI

Lenovo

CASTILLA Y LEÓN

Ávila, Zamora, León y Palencia arrastran a Castilla y León a la pérdida de población

● Es la tercera Comunidad que más cae con 652 habitantes menos en el último trimestre, aunque sí gana vecinos en la comparación anual, un total de 3.775, la tercera que menos sube ● La llegada de extranjeros evita un descenso mayor

SANTIAGO G. DEL CAMPO
VALLADOLID

Castilla y León perdió población en el segundo trimestre del año respecto al trimestre anterior, con un total de 652 vecinos menos. Se trata de una ligera bajada de un 0,03% que no impidió que el censo creciera en términos interanuales en 3.775 personas, un 0,16% más a 1 de julio de 2024 que en la misma fecha del año anterior, hasta los 2.390.321 habitantes. Las provincias que arrastran a la Comunidad a la pérdida de población son Ávila, Zamora, León y Palencia, las cuatro que anotan números rojos. Entre las cuatro perdieron 1.332 vecinos –hay que decir que también perdió uno Soria hasta sumar 1.333–, frente a los 681 que ganaron el resto de los territorios.

La llegada de ciudadanos extranjeros propició que el descenso intertrimestral fuera leve, puesto que mientras la Comunidad perdió un 0,12% de población nacional, con 2.684 vecinos menos hasta los 2.200.974 españoles, creció un 1,04% en vecinos llegados de otros países, con 1.942 más hasta un total de 189.347 extranjeros. También fue responsable del aumento de población interanual, puesto que aunque se perdieron en ese periodo, de julio a julio, 9.841 españoles en las nueve provincias, llegaron 13.616 vecinos de otros países.

Son algunos de los principales datos que desveló ayer la Estadística Continua de Población del Instituto Nacional de Estadística (INE). En el conjunto nacional la población aumentó en 67.367 personas durante el segundo trimestre de 2024 y se situó en 48.797.875 habitantes a 1 de julio. Es el valor máximo de la serie histórica. En términos anuales, el crecimiento poblacional estimado fue de 415.369 personas.

Mientras la Comunidad de Madrid (0,33%), la Comunidad Valenciana (0,28%) e Islas Baleares (0,28%) registraron los mayores incrementos de población respecto al trimestre anterior, Castilla y León se quedó la tercera por la cola al perder ese 0,03%. Solo superó a Andalucía (-0,03%) y

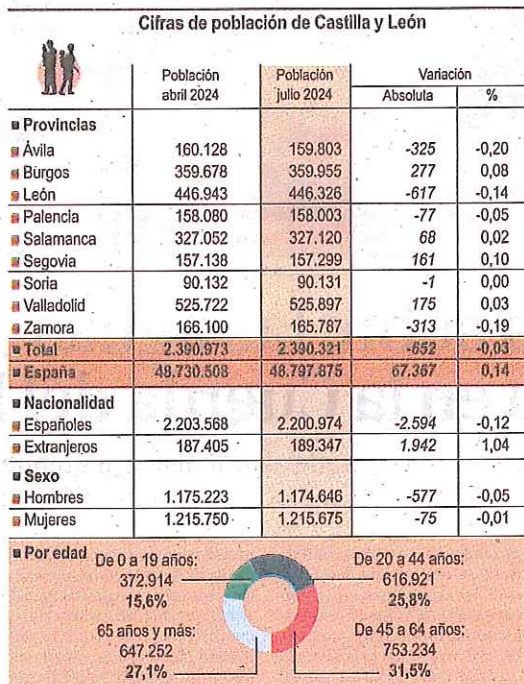
Extremadura (-0,05%). Estas tres últimas son las únicas regiones de España que perdieron población.

El crecimiento poblacional en el conjunto de España y una atenuación de la caída en Castilla y León se debió al incremento de extranjeros, que aumentaron en 45.128 en todo el territorio nacional durante el trimestre, hasta 6.632.064, y en 1.942 personas en Castilla y León hasta los 189.347. La población de nacionalidad española aumentó en 22.239 personas en España, pero bajó en 2.596 personas en Castilla y León.

Atendiendo a los grupos de edad en Castilla y León, el más numeroso es el comprendido entre los 45 y los 64 años, un total de 753.234 personas, el 31,5% de la población. Le siguen el grupo de 65 años o más, con el 27,1% y 647.252 vecinos; el de 20 a 44 años, un 25,8% con 616.921 habitantes, y por último el de los jóvenes, el menos numeroso, de 0 a 19 años, con solo el 15,6% y 372.914 personas. Si lo que se tiene en cuenta es el sexo, en Castilla y León el 49,14% son hombres (1.174.646 habitantes) y el 50,86% mujeres (1.215.675), si bien bajó notablemente más el censo de varones, con 577 menos en el trimestre (-0,05%) que el de mujeres, con 75 menos (-0,01%).

Por provincias, la que más pierde en el trimestre es Ávila, un 0,20% con 325 vecinos menos. Es la única que, además de nacionales (325 menos) también pierde extranjeros, un total de 99. Siguen en el lado de las pérdidas Zamora (-0,19%); León (-0,14%); Palencia (-0,05%) y Soria con 1 vecino, lo que deja el porcentaje en un estancamiento del 0,00%. La provincia que más gana de Castilla y León respecto al trimestre anterior es Segovia (0,1%), en el puesto 14 de la lista nacional. Sigue Burgos (0,08%, puesto 24), Valladolid (0,03%, puesto 30) y Salamanca (0,02%, puesto 33).

En términos interanuales, la provincia que más crece en población de la Comunidad es Segovia, un 0,7%, y aun así aparece en el puesto 19 en la tabla de provincias de España en orden de repunte del censo. Siguen Valladolid (0,52%, en el puesto 22),



Burgos (0,51%, puesto 23), Soria (0,21%, puesto 31), Salamanca (0,12%, puesto 36) y Palencia (0,11%, puesto 38). Hay tres provincias que pierden población, respecto al 1 de julio del año anterior. La primera de ellas Zamora, la que más baja de España en un año (-0,5%), seguida de León, la tercera que más pierde (-0,35%) y Ávila, la sexta (-0,14%).

■ **ÁVILA.** Con 159.803 habitantes a 1 de julio, pierde 325 habitantes en el segundo trimestre del año en curso (-0,20% de la población) respecto al trimestre anterior, a 1 de abril, de los que 232 son nacionales. Es la única provincia donde también se perdieron extranjeros, un total de 93. Es el segundo territorio de España que más población pierde en el

trimestre en términos relativos, solo superado por Córdoba (-0,21%). En la comparación interanual, es la sexta provincia que más población pierde de España en porcentaje, un 0,14%, con 222 habitantes menos, si bien todos los que perdió fueron nacionales, 962 vecinos, que fueron compensados con la llegada de 740 extranjeros.

■ **BURGOS.** Es la segunda provincia de la Comunidad que más subió de población en el segundo semestre del año. Ganó 277 habitantes hasta los 359.955, si bien en términos relativos supone un 0,08%, lo que la coloca en el puesto 24 de crecimiento en España. Todos los habitantes que perdió en el periodo fueron nacionales, 266 vecinos, que

fueron compensados con creces con 545 migrantes. En la comparación interanual, la provincia burgalesa ganó 1.814 habitantes (0,51%) respecto al 1 de julio de 2023, si bien el saldo positivo también se debió a los extranjeros, que aportaron 2.502 vecinos, mientras que los nacionales restaron 688. Se sitúa en el puesto 23 de crecimiento entre las 50 provincias de España.

■ **LEÓN.** La provincia pierde población tanto en la comparación trimestral como en la anual. En el primer caso es la tercera de la Comunidad, quinta de España, que más baja, un 0,14%, con 617 habitantes menos hasta los 446.326. Los 'números rojos' de los habitantes españoles llegaron a los 755, mientras los extranjeros anotaron en positivo 138 nuevos vecinos. En la comparación anual la cosa pinta peor para el territorio leonés, ya que perdió 1.551 vecinos desde el 1 de julio de 2023, en el segundo puesto autonómico y tercero nacional por la cola de crecimiento. Mitigó la caída la llegada de extranjeros, ya que habitantes españoles se perdieron 3.090 en el territorio, mientras se sumaron 1.539 migrantes.

■ **PALENCIA.** Con 158.003 habitantes a 1 de julio, es una de las cuatro provincias de la Comunidad que perdió población en el segundo trimestre, si bien la que menos, un 0,05%. Restó en el periodo 77 personas, lo que resulta de restar 288 españoles que perdió de los 211 extranjeros que se sumaron. En el interanual, sin embargo, el territorio creció un 0,11%, con 168 habitantes más. Mientras perdió de julio a julio 1.047 españoles, ganó 1.215 extranjeros. Es la sexta provincia de la Comunidad en crecimiento interanual, y la número 38 de España.

■ **SALAMANCA.** Es la cuarta provincia que más crece de la Comunidad en el trimestre, la número 33 de España, con 68 vecinos más el 1 de julio que el 1 de abril hasta los 327.120

PÁSA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko

CASTILLA Y LEÓN

Dos sanitarios son agredidos cada día en la región: «Tengo miedo a sufrir otra agresión»

● Sanidad registró 603 agresiones el año pasado, un 88% de ellas recibidas por mujeres ● Ana asegura que no puede volver a trabajar en el mismo servicio: «A día de hoy sigo con medicación, revisiones y controles de un psiquiatra»

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
Carmen acudía, como cada jornada y desde hacía cuatro años, a pasar consulta a su variada lista de pacientes. Un trabajo, el de ser enfermera, en el que se embarcó por «curiosidad» y en el que nunca había tenido ninguna complicación. Su caso casi era tratado como una excepción, tanto por no contar con vocación sanitaria como por no ser una de las profesionales que habían sido agredidas por pacientes o familiares en el desarrollo de su profesión. Pero esa 'suerte' estuvo cerca de cambiar el 21 octubre del año 2021, cuando la hija de una paciente profirió «amenazas» e «insultos» a Carmen.

La violencia sí se cruzó en el camino de otra sanitaria, Ana, una TCAE que en septiembre de 2020 sufrió la ira y descontrol de un paciente. Ni siquiera la ayuda de los psiquiatras de guardia fue suficiente, sufriendo un empujón contra unos armarios metálicos de la sala en la que se encontraba. «Después del golpe caí en el suelo, haciéndome daño en la espalda, brazo izquierdo y cuello», recuerda. Y lo que parecía un simple incidente fue derivando en dolores continuos hasta que el diagnóstico reveló que tenía una rotura del manguito del brazo izquierdo y lesiones a la altura de las cervicales y lumbares. ¿Resultado? Año y medio de baja. Pero no solo los daños físicos afectaron a su trabajo, sino también los psicológicos, siguiendo con medicación más de cuatro años después de su caso. «Tengo miedo a sufrir otra agresión».

No hace mucho, especialmente en época pandémica, los sanitarios llevaban aparejados la etiqueta de 'salvadores'. Basta con recordar cómo cada tarde durante la cuarentena, cuando los relojes marcaban las ocho de la tarde, los balcones y terrazas se convertían en palcos de grandes teatros para dedicar una ovación a la labor realizada por médicos y enfermeros. Pero en un pequeño lapso de tiempo, de la oda se pasó al drama, repuntando las cifras de agresiones a profesionales año tras año.

De los 329 profesionales agredidos en Sacyl en todo el año 2020, el número aumentó hasta 599 al año siguiente,

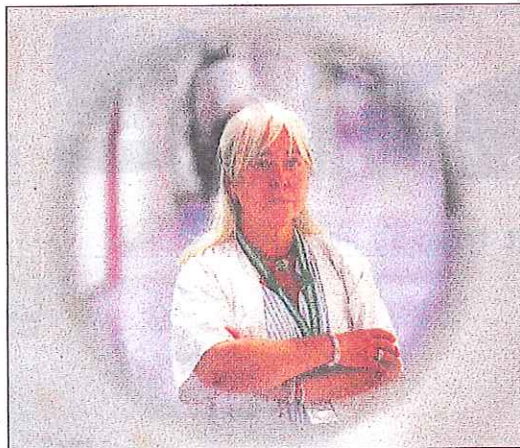
hasta 793 en 2022, mientras que solo entre enero y setiembre de 2023 la cifra se fijó en 603 trabajadores afectados -92 por agresión física-, según los datos del Observatorio de la Comunidad de Castilla y León. Y si se tiene en cuenta su distribución, las mujeres son el principal foco de los pacientes, al acaparar el 82,6 % de las agresiones en 2021, (495 frente a 104 hombres), el 86,4 % en 2022 (685 frente a 108 hombres) y el 87,9 % en 2023 (530 frente a 73 hombres).

Ana, desde aquel septiembre de 2020, fue un número más de ese recopilatorio de datos, mientras a Carmen poco le faltó. En sus relatos, las palabras fluyen como si el recuerdo fuese imborrable pese a que hace ya cuatro y tres años de sus episodios. Pero cuando el miedo invade un cuerpo, la ciencia dice que la memoria retiene con mayor facilidad esas imágenes.

Y ese temor provoca que, primero, el sector sanitario no sea proclive a denunciar, y segundo, por revelar una identidad que podría desencadenar represalias tanto personales como laborales. De hecho, el balance a 30 de septiembre de 2023 revela que los profesionales de Sacyl presentaron 22 denuncias por vía penal, lo que supone que únicamente de las 3,65 % agresiones sufridas por trabajadores en ese año se denunciasen.

Pero tanto Carmen como Ana no se ocultan y la única información que prefiere no desvelar son los nombres de las personas que les provocaron el mayor infierno en sus trabajos, coincidiendo ambas en la falta de «apoyo» por parte de la Sanidad de Castilla y León para solucionar su caso.

Ana vamos allá y apunta que la agresión que sufrió ocurrió en el Servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, concretamente en su quinta planta. «Era la primera noche del mes que me tocaba por planilla y sobre las 6 de la mañana, un paciente ingresado se alteró y descontroló. Acudí a atenderle, pero por su estado pedí ayudas a mis compañeras, a los psiquiatras de guardia y Servicio de Seguridad», describe con precisión. Sin ser suficiente la presencia de más y más profesionales, en el



Ana Yarza, sanitaria agredida de Salamanca. ENRIQUE CARRASCAL

AGRESIONES A SANITARIOS



FUENTE: Consejería de Sanidad

EL MUNDO

intento de ponerle las sujeciones de seguridad su vida dio un giro radical. «El paciente consiguió incorporarse en la cama y fue directo hacia mí, me golpeó empujándome hacia unos armarios metálicos y caí en el suelo», explica, interviniendo rápidamente médicos y el Servicio de Seguridad del hospital que, con medicación directa, lograron calmar al usuario.

Desde ese día, Ana se convirtió en una más de los 329 trabajadores de Sacyl que sufrieron algún tipo de agresión entre enero y septiembre de 2021. Pese a la gravedad de lo ocurrido, ella continuó con su trabajo a base de analgésicos hasta que al atender a otro paciente se le agravó el dolor. Le concedieron la baja, pero los problemas continuaron. «Cada día me encontraba pe-

or y acudí al traumatólogo. Comenzaron a hacerme pruebas y me encontraron una rotura del manguito del brazo izquierdo, además de diversas lesiones a la altura de las cervicales y lumbares», apunta la sanitaria, quien también tuvo que acudir a un psiquiatra. «A día de hoy sigo con medicación, revisiones y controles por su parte. No he vuelto a ser la misma», asevera.

El episodio de Carmen mezcla las consultas domiciliarias con el ámbito rural, dos apartados en eterna dificultad ante las desatenciones recibidas por pacientes y la ausencia de sanitarios. La seguridad de un trabajador, entonces, siempre podía estar en duda por tratarse de un sector en el que cada día dos sanitarios son agredidos y el contacto de 'tú a tú' es prácticamente inevitable.

Carmen y llevaba más de tres años realizando visitas en casas de varios pueblos castellanos y leoneses tras comenzar como auxiliar de enfermería. Durante cientos de consultas, los problemas nunca se habían cruzado en su camino hasta que se encontró con el desacuerdo por parte de la hija de una de sus pacientes afectada por una deformación en el pie.

«Venía muchísimo a la consulta por un problema con un callo. Y yo, al no ser podóloga, no se lo podía quitar, por lo que le recomendaba primero ir a un especialista», afirma Carmen.

Las consultas siguieron repitiéndose y, al no encontrar esta familia ninguna solución, se inició el enfrentamiento por parte de la hija de la paciente. «Me ordenó que, si no le quitaba el callo, le mirase el pie a su madre aunque ya lo hacía», asegura la enfermera, que apunta a una intromisión «excesiva» ya que la hija «no vivía habitualmente con su madre».

«El enfrentamiento era constante y buscaba bronca por cualquier motivo, fuese en su casa, en el centro de salud o en el consultorio del pueblo», explica Carmen, hasta que la situación sobrepasó el límite. «Un día hubo gritos por todos los lados y me empezó a decir que yo no estaba bien de la cabeza, que era una vagay no quería trabajar, y que era la peor enfermera que había estado por allí», recuerda, que

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko

CASTILLA Y LEÓN

CCOO denuncia la «poca seriedad» de Sanidad con el observatorio de agresiones

El sindicato reclama la figura de la «persona guía» para acompañar a los sanitarios afectados en un proceso de denuncia «instantáneo»

D. GONZÁLEZ VALLADOLID

Reorganizar espacios en centros de salud y hospitales, que las agresiones no queden impunes y efectuar cambios organizativos. Estos serían los pasos que, desde el punto de vista de CCOO, deberían seguir la Consejería de Sanidad para frenar el aumento de agresiones a profesionales sanitarios en Castilla y León.

«Su finalidad es conocer, analizar y evaluar la situación del riesgo de agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud, así como proponer actuaciones de prevención e intervención para la mejora de la relación entre profesionales y usuarios», publicó el Boletín Oficial de Castilla y León (BoCyL) en julio de 2009. Sin embargo, los datos reflejan un aumento desenfrenado desde la creación del observatorio, registrándose en ese año un total de 408 trabajadores agredidos hasta llegar a 603 en 2023.

«La situación es crítica», asevera por ello el sindicato, denunciando a su vez «la poca seriedad» de la Consejería de Sanidad al no haber puesto en marcha las propuestas presentadas ante Alejandro Vázquez. «Desde CCOO constantemente enviamos propuestas en las distintas reuniones tanto de los comités de seguridad y salud como en el Observatorio de Agresiones para que se minimicen las agresiones al personal del Servicio de Salud de Castilla y León», asegura Ana Rosa Cerrón, secretaria de Salud Laboral, Medio Ambiente y Mujer del grupo sindical, pero considera que existe «falta de interés en salud y seguridad» por parte de Sanidad con sus trabajadores.

Como muestra de esa «pasividad», el sindicato recuerda que el pasado 24 de abril Sanidad convocó a los sindicatos, colegios de profesionales y fuerzas de seguridad del Estado a la reunión del Observatorio de Agresiones,

pero se canceló y «a día de hoy seguimos sin noticias», lamentan desde CCOO que, «constantemente», envían propuestas para esas reuniones a los distintos comités de seguridad y salud para que se minimicen las agresiones.

La ausencia de encuentros no es el único problema que denuncia Cerrón, sino también «la falta de presupuesto para la prevención y seguridad laboral», así como «el incumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales por parte de la Gerencia Regional de Salud».

Y con estos déficits, el sindicato considera que «las agresiones se han convertido en una rutina normalizada para las personas trabajadoras de Sacyl», con un aumento anual de las agresiones e incidentes que reciben los profesionales sanitarios, especialmente si son mujeres, como reflejan los últimos datos del Observatorio de Agresiones que los 603 trabajadores agredidos entre enero y septiembre de 2023 se distribuyen en 530 mujeres (87,9%) y 73 hombres (12,1%).

Pero además de la grave distribución de estos incidentes, CCOO también lamenta que se están extendiendo al resto de categorías profesionales, con un relevante incremento del 22% en agresiones al personal facultativo con 216. Al contrario, las cifras fueron similares entre 2022 y el pasado año en enfermeros, al pasar de 251 a 232 afectados (-7,6%) a 30 de septiembre de 2023; y en T.C.A.E., de 94 a 91 (-3,2%). En cambio, en celadores y personal administrativo los descensos fueron un aspecto a destacar ya que se redujeron las agresiones un 48,6% y 20,9%, respectivamente.

Ante las categorías que mayores incidentes enfrentan, que «son las que tienen un trato más directo con pacientes y usuarios», comenta Cerrón, desde Sanidad ofrece formación como

«medida preventiva ante ese riesgo». Por ejemplo, les enseñan técnicas de detección de conductas violentas, prevención de las agresiones, manejo de pacientes con problemas psíquicos y habilidades de comunicación, asertividad y escucha activa.

Además, desde Sanidad se imparten campañas de sensibilización frente a las agresiones, mientras que cada equipo informático en los centros de salud cuentan con un botón de alarma como medida de seguridad que desde 2012 se ha utilizado en 59 ocasiones.

«Pero desde CCOO no vemos más allá de lanzar alguna campaña informativa o los botones antipánico», considera su secretaria de Salud Laboral, Medio Ambiente y Mujer, por lo que propone «reorganizar espacios para que no se conviertan en ratoneras, el que las agresiones no queden impunes y sobre todo de que se produzcan cambios organizativos». Así, expone que han detectado que una de las principales causas de las agresiones se puede encontrar en la «carencia organizativa» que provoca largos tiempos de espera, dificultades en el acceso a la atención y una deficiencia en la calidad asistencial. «La sobrecarga de trabajo que están sufriendo los sanitarios no lleva a nada bueno, al contrario, es un caldo de cultivo que deriva en muchas ocasiones en este tipo de agresiones», argumenta al respecto.

Pero no todas este tipo de incidentes terminan en denuncia. Por ello, en las propuestas de CCOO también incluye establecer «la figura de la persona guía» para que acompañe a los trabajadores agredidos en todo el proceso de denuncia que, además, consideran que debería «in situ de manera instantánea» con el correspondiente apoyo psicológico o de cualquier otra especialidad.

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

apunta a que su caso podría haber sido mucho peor: «Ella actuó así, pero podría sacarse un palo o un cuchillo, a saber».

Yaunque no llegó a ser una agresión física, sí fue «psicológica» hasta el punto de no poder volver a cruzarse con esa persona. «Tenía el miedo de que si volvía a haber un enfrentamiento con esa persona, que lo siguiente que hiciese fuese soltarme un guantazo», manifiesta Carmen, que reconoce a su vez haber evitado ese encuentro: «Fue un poco tenso todo el volvernos a ver. Yo sí que la reconocí y a raíz de cruzarnos empezó ya a montar el numerito. Entonces, yo ya no la atendí más y lo organicé con mi compañera para que tuviese con ella la consulta».

Sus correspondientes episodios marcaron a ambas sanitarias, por lo que buscaron una solución definitiva. Ana, del «agobio, preocupación y dolor» acudió al sindicato CSIF y le acompañaron a comunicar el incidente a Prevención de Riesgos Laborales pese a estar fuera de plazo desde que tuvo lugar la agresión. Tras un año y medio de baja, comenzó el expediente para recibir la incapacidad total permanente, pero con un abogado ajeno al sindicato y «sin ayuda de mis superiores directos ni de Sanidad» no se le concedieron y, en proceso de recurrir, se percató de lo incompleto que estaba su expediente. «Pedí el acta de la intervención del Servicio de Seguridad de la noche de la agresión y la respuesta fue que no habían registrado nada. Llamé a mi supervisora para que me facilitara el informe de la agresión y me contestó que no lo había realizado. Y fui al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y no tenían nada en mi expediente referente a la agresión. Es como si no hubiera pasado nada», asegura Ana.

Sin querer denunciar por «la falta de información y el temor que produce actuar sin conocer sus consecuencias», a esta sanitaria «los daños físicos y psicológicos» le afectaron en su trabajo hasta el punto de no poder volver al mismo servicio en el Clínico de Salamanca. «Además de tener mucho miedo a sufrir otra agresión, el daño es irreparable por la actitud negligente por parte de mis superiores, del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y de Sanidad».

Carmen, por su parte, decidió presentar un «parte de agresión verbal» a una de las gerencias de Salud de Castilla y León. Pero lo que no se esperaba esta enfermera es que, en lugar de una solución, se encontrase un nuevo problema. «Me dijeron que podía tramitar la queja, que es como una carta que se le mandaría a esta persona poniéndole en constancia que podía tener una sanción económica porque somos autoridad pública y que tenía la opción de cambiarse de profesional de enfermería», rememora la sanitaria para que, a continuación, le comunicasen la opción de interponer una denuncia y que fue rechazada por ella. «Yo dije que no quería denunciar, que fuera una queja y ya está

porque la situación que viví no tenía que ir más allá», explica. Pero de un día para otro, «sin saber por qué y sin tener ninguna explicación», la gerencia terminó tramitando la denuncia sin su autorización.

De forma paralela, comenzó un nuevo proceso que Carmen no quiso que se ejecutase por la vía judicial. Y, de nuevo, la situación de «estrés y ansiedad» repercutió en la enfermera tras llegarle a una citación de la Guardia Civil para declarar en sus dependencias y por ser «obligada» a abrir una diligencia.

Al no haber aceptado sus peticiones, Carmen decidió volver a ponerse en contacto con Sanidad para que, al menos, le indicasen el modo de proceder a continuación. «Pero me sentí sola porque sus explicaciones eran: No sabemos por qué ha llegado ahí y no te preocupes, que esto no va a ningún lado», lamenta.

Con todo ello, Carmen se encontró ajena a su voluntad testificando durante dos horas y media para, después, llegarle una citación a un juicio como denunciante.

«Yo he quedado al final como que perdónaba a esa persona y yo no quería que llegara hasta ese punto. Entonces, en ningún momento he recibido ni apoyo ni nada por la gerencia», explica la enfermera, quien vuelve a insistir que Sanidad interpuso una denuncia en su nombre sin su consentimiento que, si bien pudo tratarse de «un error humano», al menos esperaba que le brindasen «apoyo». Pero no, solo le remitieron un escrito titulado «Carta de apoyo e información al trabajador».

La falta de comunicación supone, entonces, un punto clave en ambas historias. «La asesoría jurídica me dijo que hablase con sus seguros. Lo hice y a los 15 días me volvía a poner en contacto porque no me daban una solución. Finalmente me dijeron: Bueno, ya te llamaremos o te mandamos un correo. Pero nunca me llamaron», recuerda Carmen.

Fue en ese momento cuando Carmen se consideró «afortunada» de estar afiliada a SATSE ya que decidió buscar ayuda a través de su equipo. Y dicho y hecho, ya que le empezaron a ayudar con los trámites para resolver su situación: «Sin ánimo de lucro, me han ofrecido y apoyado con toda la cobertura legal necesaria e interesándose en todo momento por mi situación, lo más importante, poniendo fin a este conflicto».

Vislumbra el final de sus relaciones, la confianza de ambas sanitarias en la Sanidad de Castilla y León se vio mermada. Por ello, Carmen remitió posteriormente una carta a la gerencia para que «en futuras ocasiones, estas situaciones se puedan solventar con un apoyo y ayuda real para los afectados, adoptando cuantas medidas se consideren oportunas por parte de Sacyl para tal fin», mientras Ana demanda que «se informe a todos los trabajadores en el momento de su incorporación del protocolo de actuación si se sufre una agresión».

SOLO 22 SANITARIOS AGREDIDOS DENUNCIARON POR VÍA PENAL EN 2023

Si llamativa resulta la distribución por sexos en las agresiones que sufren los trabajadores de Sacyl, aún más sorprendente son los datos relativos a las denuncias que se interponen por estos incidentes. Y es que si el año pasado el Observatorio de Agresiones registró un

total de 603 trabajadores afectados entre enero y septiembre, únicamente 22 personas presentaron denuncias por vía penal, de las que once fueron presentadas por personal facultativo, seis por el personal de enfermería, tres celadores, un TCAB y la

última por un auxiliar administrativo. Un desequilibrio que, según CCOO, puede deberse a la «falta de apoyo» por parte de Sanidad, por lo que reclaman una «figura guía» para acompañar a los trabajadores en sus correspondientes procesos. Por otro lado, el Código Penal introduce todos los supuestos de agresión, empleo de violencia o amenazas graves sobre el profesional sanitario, reflejando que se

considerarán actos de atentado los que se cometan cuando el trabajador se halle en labores de su cargo, en el ámbito de la asistencia sanitaria pública, con penas para el agresor de uno a cuatro años. En este sentido, la Consejería de Sanidad sigue trabajando con la Fiscalía, a la que se remiten todas las denuncias que se reciben para que sean tipificadas como delito de atentado.

SORIA

Comienza la obra para un acceso directo a urgencias en la Milagrosa

El plazo de ejecución será de unos dos meses, dentro de la reforma de la que es objeto el centro de salud / Se mantiene el acceso actual para uso interno y de ambulancias

MILAGROS HERVADA SORIA
El servicio de urgencias del centro de salud de la Milagrosa contará con un acceso directo desde la calle Nicolás Rabal en «unos dos o tres meses», plazo que avanzó en su última visita a Soria Sur el director general de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, Álvaro Muñoz Galindo, cuando anunció la ejecución de obras. Estas ya han comenzado en el Punto de Atención Continuada, PAC, de modo que la entrada sea directamente desde la calle y no sea necesario rodear el edificio, como ocurre hasta ahora. Sitúa la entrada general de urgencia más visible y cercana desde Nicolás Rabal. El acceso actual se mantiene pero únicamente para uso interno y de ambulancias.

La actuación se enmarca en la reforma del centro de salud la Milagrosa que está llevando a cabo Grupo Herce y que fue adjudicada en 835.000 euros.

Se trata en concreto de una segunda fase —la primera ya ha concluido—, que afecta a la planta baja. Este nuevo acceso a urgencias desde la fachada Norte será más directo y se llevará a cabo una reordenación del espacio generando dos salas de espera diferenciadas, una general y otra pediátrica, un espacio de recepción y administración, y una nueva consulta de triaje.

Además, se incorporan al PAC cuatro consultas de medicina general, las últimas del pasillo, de la número 14 a la 18, que desde hace



Las obras para un acceso directo de urgencias desde la calle Nicolás Rabal. MONTESEGUROFOTO

días ya están en el sótano, que será su ubicación definitiva. Un cartel advierte a los pacientes de que han de acudir al sótano para ser atendidos en dichas consultas tanto de medicina como de enfermería.

De este modo, el PAC, contará con nueve consultas de las cuales una es de soporte vital y otra de triaje. También se incorpora la sala de espera correspondiente a las

cuatro consultas anexadas, una zona que puede constituir un espacio específico de pacientes respiratorios, en el caso de ser necesario, al mantener junto a ellas el acceso y control actuales, según detalla la constructora.

Tras la adecuación, en la planta semisótano se sustituyen las cuatro consultas de pediatría por las cuatro consultas de medicina general y enfermería mencionadas.

Mientras que en la planta primera queda ubicada el área de pediatría, compuesta por dos consultas médicas y dos de enfermería; con sala de espera, aseo y lactario, específicos de la unidad. Se redistribuye fuera de la unidad la consulta de matrona, ubicada ya en esta planta.

Por último, en la planta segunda se distribuye la nueva área de dormitorios del centro.

Restricciones y alerta por el alto riesgo de incendio hasta el domingo

SORIA
Avisos y restricciones por el alto riesgo de incendio al menos hasta este domingo. La Consejería de Medio Ambiente, Vivienda y Ordenación del Territorio ha activado la alerta por incremento de riesgo meteorológico de incendios forestales entre hoy viernes y este domingo 11 de agosto en Castilla y León.

La Agencia Estatal de Meteorología (Aemet) también ha emitido un aviso especial de fenómenos meteorológicos adversos por ola de calor, que redundará tanto en altas temperaturas como en condiciones que harán descender la humedad ambiental.

La resolución de la Junta prohíbe encender fuego en el monte en todo tipo de espacios abiertos; el uso de barbacoas situadas en espacios abiertos del monte o en la franja de 400 metros del terreno que los circunda; el uso de maquinaria que, en su funcionamiento habitual, despidan chispas o descargas eléctricas como sopletes.

En cuanto a la utilización de maquinaria agrícola como cosechadoras o empacadoras se debe suspender la actividad cuando la temperatura sea superior a 30 grados y la velocidad del viento supere los 30 kilómetros por hora. No obstante, se recomienda posponer las labores no urgentes y mantener la máxima precaución y es necesario tener a mano los medios de extinción y el personal suficientes para controlar los posibles incendios. Se ruega extremar las precauciones.

La AECC recauda fondos para investigar y elevar la supervivencia al 70%

Aguarón destaca la respuesta ciudadana cuando se trata de luchar contra el cáncer

M.H. SORIA
La investigación y conseguir elevar la supervivencia al 70% de los pacientes de cáncer es el objetivo de la campaña de cuestación desarrollada ayer en Soria por la delegación provincial de la Asociación Española Contra el Cáncer. «El año pasado conseguimos más de 5.000 euros», recordó el presidente de la AECC en Soria, Jesús Aguarón, quien reconoció que «los sorianos son muy solidarios». No obstante, todavía no han vuelto a niveles prepandemia.

Las mesas petitorias, en cuatro puntos del centro urbano, pidieron

la colaboración ciudadana para contribuir a financiar una investigación vital para ir superando la supervivencia de los pacientes, actualmente en una media del 55%, como indicó Aguarón. «Se investiga mucho y cada vez hay mejores tratamientos», puntualizó.

Actualmente, la asociación cuenta con una inversión a nivel nacional de 14 millones destinados a 603 ayudas de investigación.

Aguarón indicó que los casos de cáncer en Soria se mantienen en cifras estables, en torno a 700 anualmente, aunque es cierto que gracias



Una de las mesas petitorias de la Asociación Española Contra el Cáncer. MARIO TEJEDOR

a la supervivencia hay cada vez más casos activos. Muchos utilizan la sala provisional de quimioterapia del Hospital Santa Bárbara, que resta comodidad e intimidad, pero la previsión, según les trasladan fuen-

tes hospitalarias, es que previsiblemente ya a finales de año dispongan de la ubicación definitiva con mejores condiciones.

Unas condiciones que también mejorarán para los pacientes de ra-

dioterapia, puesto que los primeros tratamientos ya podrán recibirse en Soria el año próximo. Hasta ahora, unos 200 pacientes han de trasladarse para recibir este tratamiento contra el cáncer.

ESTA FRUTA ES UN ANTIOXIDANTE QUE MEJORA TU MEMORIA, SACIA Y MANTIENE LA PIEL SANA Y BONITA

Nutrición. No es necesario invertir en superalimentos caros o exóticos para darle al cuerpo lo que necesita. Una nueva investigación destaca los beneficios de comer arándanos

Por Cristina Galafate

En ocasiones, los árboles nos impiden ver el bosque. Nos preocupamos mucho de qué suplementación tomar, el mercurio del pescado o el filtro del agua. Y está bien pero podemos desviarnos de lo realmente importante: una buena alimentación alejada de ultraprocesados y centrada en los productos que nos brinda la naturaleza. «Sólo con evitar las etiquetas y hacer ejercicio regular ya tenemos un 80% de los buenos hábitos», indica el Dr. José Abellán, cardiólogo y Doctor en Medicina por la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

De modo que podemos invertir en complementos alimenticios muy caros o buscar el último y recóndito superalimento de moda que multiplica por tres su precio al cruzar aduanas pero, en la mayoría de los casos, la respuesta es simple y está a mano. Un puñado de arándanos al día, por ejemplo, pueden hacer mucho por tu salud. Como mínimo, beneficiar a tu cerebro y tu corazón. Así se desprende de un reciente estudio que destaca el poder de esta fruta para mejorar la memoria y la concentración. Interesante en la era de la distracción, donde somos capaces de desbloquear el móvil hasta 80 veces al día, según la plataforma dscout.

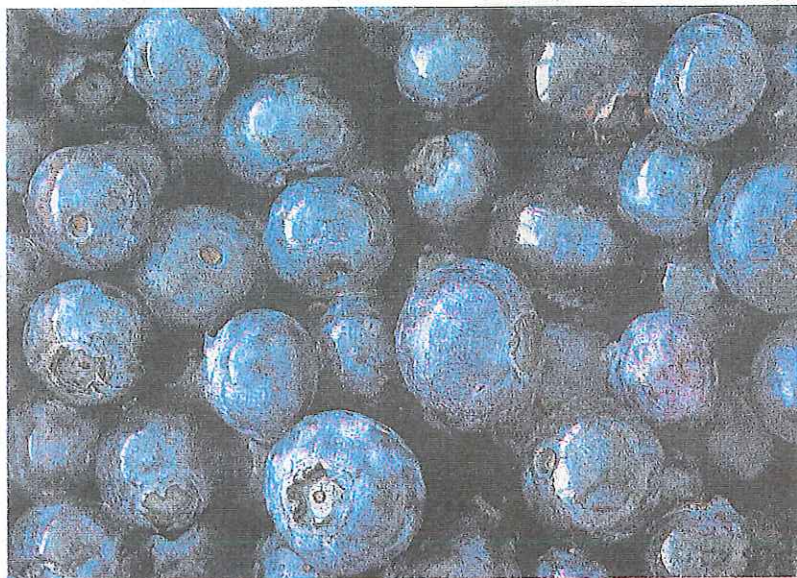
Los científicos dividieron a los participantes, 61 individuos saludables, de 65 a 80 años, en dos grupos. El primero tomó un polvo de placebo y el segundo 26 gramos de arándano silvestre liofilizado. Después de sólo 12 semanas, el grupo de los arándanos mostró una

mejor salud cardiovascular, memoria a corto plazo, atención y tiempo de reacción. También parecieron reducir la presión arterial. Todo ello, «gracias a sus antocianidinas, polifenoles y flavonoides», nutrientes poderosos que ayudan a reducir la inflamación y están asociados con la degeneración cognitiva, explica la dietista y nutricionista Laura Jorge: «Los arándanos tienen un gran papel como fuente de antioxidantes en nuestra alimentación, que además son antiinflamatorios. Contienen vitamina C y vitamina A, que ayudan a fortalecer el sistema inmunológico», resume.

Otro estudio en un grupo de mujeres mayores de 70 años, que citan los expertos en longevidad, encontró que tomar dos tazas de arándanos a diario puede retrasar el envejecimiento cognitivo en casi tres años. Pero la fundadora del centro de nutrición y psicología Laura Jorge señala las limitaciones de estos ensayos clínicos: la excesiva cantidad. «No hay que obsesionarse con la ingesta de ningún alimento, por lo que incluirlos como un hábito y consumirlos de forma habitual sería positivo y suficiente». La recomendación que podría dar como nutricionista sería tomarlos con frecuencia a lo largo de la semana. «Sólos, mezclados con yogur, kéfir, bebida vegetal, leche y algún cereal o fruta extra o, incluso, como ingrediente en una ensalada. Es un alimento que ofrece una gran variedad de posibilidades y recetas, lo que nos facilitará su ingesta», anima.

Para la especialista en dermofarmacia y nutrición Paula Martín Clares, autora de *La salud de tu piel está en lo que comes* (Ed. Zenith), es uno de sus alimentos esenciales. «Nos ayudan a combatir la inflamación, por eso nos van a ayudar a mejorar todas las patologías de la piel. Y algo mágico, los arándanos son bajos en calorías pero altos en nutrientes, perfectos para saciar a aquellas personas que están preocupadas por su peso».

Anima a consumirlos en el desayuno. «Una fruta, un cereal integral y un lácteo conforman un inicio del día saludable. Y si los tomamos por la mañana nos protegen durante todo el día del estrés oxidativo». Si sentimos hambre, antes de la comida o en la merienda, son un sustituto perfecto a cualquier producto de la máquina de snacks. «No sólo nos van a saciar, sino que son que congelados son una alternativa a los helados industriales». Más ideas para incluirlos: «En un batido con agua o de proteínas. Además, los arándanos tienen un índice glucémico bajo y ayudan a controlar el azúcar en sangre». Eso sí, advierte de que «pueden interactuar con algunos medicamentos como los anticoagulantes». Y un truco del nutricionista Juan Bola para evitar la absorción de pesticidas, pues son muy porosos: «Tomarlos ecológicos o lavarlos con bicarbonato».



CODY CHAN/UNISTASH



LUIS PATEJO

ENFERMERA SATURADA

CÓMO MANTENER LOS MEDICAMENTOS 'FRESCOS' EN VERANO

Consejos. Ante la subida del mercurio también hay que mantener fríos los fármacos que tomamos habitualmente o de forma puntual para evitar que se degraden y pierdan propiedades

Como cada verano el mercurio se dispara y las noches tropicales complican el descanso, recordamos qué hacer para llevar un poco mejor las olas de calor y prepararnos las maletas para escapar hacia la costa. Pero generalmente no prestamos tanta atención a los medicamentos que nos acompañan, ya sea porque los tomamos de forma crónica o de manera puntual para solucionar ese pequeño problema de salud. Un error que puede poner en peligro la salud si ese medicamento se ha degradado por efecto de las altas temperaturas.

¿El calor estropea los medicamentos? Depende de la temperatura y del medicamento. Cada fármaco tiene unas características físicas y químicas diferentes y por eso no se puede dar una norma común para todos los medicamentos, hay que leer el apartado «conservación» del prospecto, observar el envase o preguntar a tu enfermera.

Rangos de temperatura de conservación

Entre 2°C y 8°C. Son los medicamentos que tenemos que guardar en la nevera, y además de indicarlo en el prospecto vamos a ver

dibujado un copo de nieve en el propio envase. Si tenemos que llevarlos con nosotros al apartamento de la playa, los transportaremos siempre en una nevera portátil con acumuladores de hielo y dentro de su propio embalaje para que el medicamento no toque el hielo directamente. -Por debajo de 25°C o 30°C. Pueden estar a temperatura ambiente, siempre que no se superen estos valores. Debemos conservarlos en lugares frescos, secos y apartados de la luz.

-Sin condiciones especiales. Se trata de medicamentos que pueden estar expuestos incluso a temperaturas ambientales de 40°C sin que se degraden. Eso sí, aunque puedan soportar una ola de calor sin estropearse no los dejaremos nunca en la guantera del coche o en el maletero a pleno sol. Son resistentes pero no tanto.

¿Los colirios tienen que estar en nevera?

Hay muchos que sí debemos conservar refrigerados, algunos después de abrirlos y otros ya incluso antes de hacerlo. Pero si queremos viajar a un destino alejado puede complicarnos bastante el hecho de tener que llevarlo durante horas en una nevera dentro del avión.

En la 'zona cero' del mosquito asesino

En la calle Fernanda Rubio de La Puebla del Río se han infectado una decena de vecinos en los últimos años y una ha muerto este verano. Sus vecinos tienen miedo y se preguntan por qué el 'Culex', el mosquito común que transmite el Virus del Nilo, se ensaña con ellos. La recorremos y hablamos con el hijo de la última fallecida y con el último superviviente, que se recupera todavía con el miedo en el cuerpo. Pero hay más poblaciones afectadas en la zona. Un experto de la empresa que fumiga cada día da su diagnóstico: "Esto no es nuevo, es endémico y hay que actuar todo el año"

po que le hizo temerle lo peor. Pocos días antes había muerto su vecina Granada y en su calle, como en toda La Puebla, se conocen al dedillo los síntomas y la evolución de la enfermedad.

Acabó en urgencias del Hospital Virgen del Rocío y estuvo casi una semana postrado en la cama, a base de corticoides y paracetamol, hasta que su propio organismo venció a la meningoencefalitis. Porque, y esa es otra, no hay ni tratamiento ni vacuna.

A Paco —«me lo dijeron los médicos»— le salvó su, hasta entonces, salud de hierro. Casi con 80 años, presume de no tener diabetes, ni problemas de próstata, ni colesterol... Una analítica «para enmarcar».

Las patologías previas —eso también lo han aprendido bien en La Puebla— son como una sentencia de muerte si te pica el 'Culex' y te infecta del VNO. Pero incluso sin

patologías previas, el desenlace puede ser fatal.

En la calle Fernanda Rubio está (o estaba) el mejor peor ejemplo. En el número 4 vivía Granada, una mujer rebotante de vida a sus 86 años muy bien llevados... hasta que el mosquito atacó.

«Había ido a pasar el día a Sanlúcar de Barrameda (Cádiz) con mi hermana, la llevó a comer papas aliñadas a la Barbiana [uno de los bares más reconocidos de la zona] y dijo que no estaban buenas», cuenta Antonio Pineda, su hijo, recién cumplidos los 54 años, y casi tan enfadado como triste por una muerte que, está seguro, «podría haberse evitado» si las administraciones, en lugar de pelearse entre sí, hubiesen acordado fumigaciones preventivas.

A Antonio y al resto de la familia de Granada no tuvieron que decirles el diagnóstico para que supieran lo que se

les venía encima. No era la primera vez que el mosquito asesino hacía una parada mortal en su casa.

El marido de Granada, el padre de Antonio, Daniel Pineda, fue una de las primeras víctimas del Virus del Nilo Occidental que se conocieron y reconocieron oficialmente cuando, hace ocho años, en 2016, aparecieron casos de una enfermedad hasta entonces desconocida en esta comarca sevillana.

Daniel, un tipo robusto y grande, fuerte y acostumbrado a las rudezas del campo, peleó contra el virus y no murió, pero cuando salió del hospital no era el mismo. «Salió muy debilitado», recuerda su hijo. Ya nunca fue el mismo, ni siquiera con la ayuda diaria de un fisioterapeuta pudo volver a caminar con normalidad, como antes. Su salud quedó tan tocada que su otro gran combate a vida o muerte, contra

la Covid-19, lo perdió sin oponer apenas resistencia en noviembre de 2020.

Daniel, Antonio, Ana María, Emilio, Granada, Paco... En la zona cero, el miedo al mosquito asesino tiene nombre, el de la decena de vecinos infectados, la decena de historias que se cuentan una y otra vez y que ya han aprendido hasta los más nuevos.

Como Rosa, una paraguaya que cuida a un anciano en la misma acera en la que vivía Granada y que, aunque sólo lleva cuatro meses en el pueblo, ha memorizado la mayor parte del negro listado de la calle *maldita*.

ATAQUES "A SU HORA DE COMER"

A las ocho, ocho y media como muy tarde, se mete en la casa con el anciano al que cuida y ya no salen hasta el día siguiente. El mismo régimen cerrado llevan en casa de Mari Carmen Moreno, en la colindante calle Doctor Fleming. «Nadie sale a partir de las nueve y media porque no sabemos a quién le va a tocar», dice con aprehensión. A su marido hasta le ha prohibido que salga a fumar al patio a la hora «de comer» de los mosquitos, hasta las 22.45 horas «más o menos».

La opinión, y las críticas, de Antonio sobre lo que han hecho y lo que no las autoridades para luchar contra el mosquito es compartida por muchos de los habitantes de La Puebla y del entorno, hasta el punto de que más de 2.500 se han apuntado a la plataforma que ha puesto en marcha Juan José Sánchez a través de Facebook para reivindicar, uno, que se ordenen fumigaciones masivas y de urgencias y, dos, que se promueva la investigación para encontrar vacuna y tratamiento para la meningoencefalitis.

Sánchez también tiene miedo. Tiene una hija alérgica a la picadura de mosquitos y la sensación de que él y sus vecinos juegan continuamente a la ruleta rusa cada vez que salen de casa. «Soy muy pesado», dice a modo de advertencia quien está canalizando el descontento de sus paisanos en concentraciones que amenaza con llevar a la capital andaluza, hasta conseguir que «alguien haga algo» porque, subraya, el Virus del Nilo Occidental no acaba de llegar a esta zona.

De hecho, los primeros casos se detectaron en 2016, aunque 2020 fue el peor año con diferencia hasta ahora, con siete fallecidos en las provincias de Sevilla y Cádiz, y más de 70 afectados. En los

años siguientes, la enfermedad pareció remitir algo.

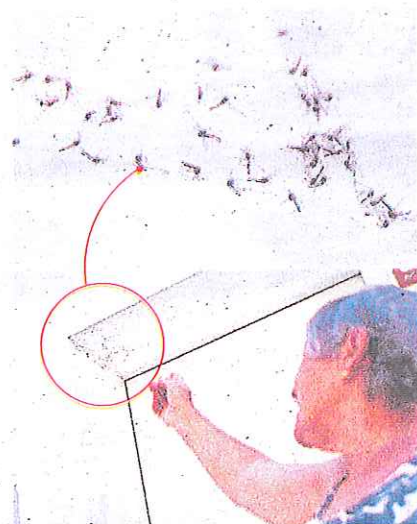
Pero el año pasado se registraron 19 casos y, en lo que va de 2024, esa cifra ya se ha rebasado. La acción del 'Culex' se extiende desde la ribera sevillana del Guadalquivir (donde viven 354.000 personas) incluso a otras provincias más lejanas.

Coria del Río —pegada a La Puebla—, Dos Hermanas, Tomares, Palomares del Río, Almensilla, Isla Mayor, Gines, Los Palacios, Lebrija, Las Cabezas de San Juan, Bollullos de la Mitación... La sombra del mosquito se va extendiendo por buena parte de la pro-

se libra en las calles de La Puebla del Río y en su entorno, lo mismo que en el resto de los trece municipios declarados en situación de riesgo alto.

El Ayuntamiento de La Puebla se encarga de fumigar dentro del casco urbano, mientras la empresa Lokimica lo hace de ir a la caza de mosquito en un radio de dos kilómetros y medio con vehículos armados con cañones que disparan a matar al insecto.

Rubén Bueno, doctor en Entomología Sanitaria y director técnico de Lokimica, insiste en la necesidad de actuar «todo el año» y no solo cuando la situación es de emer-



ENCERRADOS JUNTO AL INSECTICIDA

Al atardecer, especialmente, el 'Culex', el mosquito común que transmite el virus, sale en masa y la población se encierra en casa con insecticidas. Como Paco, que hace sólo una semana venció a la enfermedad y aún se recupera.

vincia de Sevilla y, con ella, la preocupación y, en algunos casos, el miedo.

A falta de medicamentos específicos o de una vacuna, el único arma frente al mosquito asesino es, además del repelente y enclaustrarse, la fumigación. Es el combate, cuerpo a cuerpo, que también

gencia, como ahora. «El problema no es nuevo, el Virus del Nilo llegó hace tiempo y es endémico» en todo el sur de Europa, explica. Si se baja la guardia, la calle Fernanda Rubio sólo será otra calle *maldita* más. Donde se temerá al 'Culex'.

@Chemarrodriguez

CRÓNICA

FUMIGANDO
CONTRA EL
'CULEX'

Por
**Chema
Rodríguez**

La calle Fernanda Rubio, en La Puebla del Río (Sevilla), no tiene salida. Es una calle ni grande ni pequeña, de casas bajas y antiguas en su mayoría, salpicadas por algún bloque de más reciente construcción. Termina en una tapia que da a una zona de vegetación (maleza más bien) próxima al río Guadalquivir. Nada de particular si no fuera porque en este kilómetro escaso ha habido tantos casos de infecciones por el Virus del Nilo Occidental (VNO) en los últimos años como todos los que se han confirmado en 2024 en este municipio.

Desde el comienzo de la calle hasta su tapia final, y en alguna vía perpendicular, se pueden contar hasta diez infectados por este virus que transmite el mosquito común, el *Culex*, que provoca fiebre, do-

lor de cabeza, sarpullidos y, en el peor de los casos, una meningoencefalitis mortal.

En el número 4, en una casa de dos plantas de puertas y rejas immaculadas, vivía Granada Romero, la última víctima mortal del mosquito en La Puebla del Río, una mujer de 86 años y con muchas ganas de vivir. Justo en el edificio colindante, un bloque de pisos, murió otra mujer hace unos años por el mismo motivo. En el número 15 vive Ana María García, de 57 años, que sabe bien lo que es enfermarse del VNO. Y en el 17 residen los padres de Emilio Rincón, otro de los infectados este verano en el pueblo, que acaba de recibir el alta esta misma semana. Un poco más adelante, en una casa de persianas mallorquinas, se encierra casi todo el día Paco Macarena, el último superviviente del mosquito asesino. Y en la perpendicular, la calle Doctor Fleming,

tiene su casa Federico Berbel, que vivió lo mismo que Paco un par de veranos atrás.

No hay otra calle en los 13 municipios que el mosquito asesino ha invadido en la que sus picotazos hayan causado tantos estragos. Es la calle maldita del Virus del Nilo con su decena de infectados.

La Puebla del Río encabeza todos los rankings del Virus del Nilo Occidental. Confirmados por las autoridades sanitarias, además de la malograda Granada Romero, ha habido otros seis vecinos infectados, los últimos dos en estos mismos días, pero la cuenta que hacen los vecinos es mucho mayor pues no todos los que presentan los síntomas acaban en el hospital y son muchos menos los que se someten a una prueba de detección del virus.

En la calle Fernanda Rubio nunca antes hubo tanto miedo a algo tan pequeño como

El Ayuntamiento de La Puebla del Río se encarga de fumigar dentro del casco urbano, mientras la empresa Lokimica lo hace de ir a la caza del mosquito en un radio de dos kilómetros y medio con vehículos armados con cañones que disparan a matar al insecto, como el que aparece en la imagen.
GOGO LOBATO

el mosquito *Culex*. Con sus diez milímetros (como mucho) tiene espantados a los vecinos, que se parapetan cada día, al atardecer, detrás de sus mosquiteras, con puertas y ventanas cerradas y armados con insecticidas y repelentes que se han convertido en el producto estrella de supermercados y bazares.

Porque en la zona cero, al igual que en la mayor parte de La Puebla y de los municipios de alrededor, la vida se paraliza cuando cae el sol. Es entonces cuando el *Culex* se lanza al ataque.

Paco Macarena y Cristo, su esposa, ni siquiera esperan a que el sol se oculte para encerrarse en su casa. Hace menos de una semana que Paco —77 años, artista y empleado de banca jubilado— salió del Hospital Virgen del Rocío. Aún camina y habla con cierta dificultad.

«Es lo normal», dice, cuando se ha pasado por una meningoencefalitis grave como la que a él le provocó la picadura de un mosquito. No tiene ni idea del momento en el que le picó el maldito *Culex*, pero está convencido, y su mujer asiente a su lado, de que no fue en su casa, sellada por completo pese al calor asfixiante que sufre du-

rante estos días La Puebla del Río, donde reside.

«Claro que tengo miedo, tengo mucho miedo», dice Paco, sentado en un bar cercano a su domicilio tras su corto paseo diario, siempre del brazo de su mujer.

"ANTES NO LES
TENÍAMOS MIEDO"

Vive en La Puebla desde hace 25 años. «Siempre hemos convivido con los mosquitos», dice. La proximidad al río y, sobre todo, a los extensos arrozales que se cultivan en esta zona de Sevilla han obligado a sus habitantes a soportar enormes poblaciones de estos insectos a diario. «Pero no teníamos miedo», remarca.

Paco ha perdido un poco la noción del tiempo y le cuesta dar fechas, pero recuerda que fue un lunes (o quizás un martes) cuando empezó a sentirse mal. Tenía fiebre y un no sé qué en todo el cuer-

EL PRIMER SER HUMANO CON UN CHIP DE MUSK: "¿TENDRÉ UN TRAJE DE IRON MAN?"

Neurociencia. En cinco meses, Noland Arbaugh pasó de escuchar por primera vez el nombre de Neuralink a convertirse en el primero en llevar uno de sus chips implantado en su cabeza. "Mi cerebro era lo último que tenía pero quería correr ese riesgo"

Por Lourdes Leblebicijan

Cuando Noland Arbaugh se encontró con la pregunta «¿Qué espera obtener de este estudio?», en la solicitud para ser voluntario del estudio de Neuralink —sí, ese que implica implantarse un chip cerebral—, su respuesta fue más propia de un fanático de Marvel que de un aspirante a un análisis de salud: «¿Me darán un traje como el de Iron Man?».

Lo que Noland Arbaugh no previó fue la velocidad vertiginosa con la que esa solicitud se volvería realidad. En apenas cinco meses, pasó de escuchar por primera vez el nombre «Neuralink» a convertirse en el pionero en llevar uno de sus chips implantado en su cerebro. Todo comenzó con una charla informal con su amigo Greg, quien, en tono jocoso, le preguntó: «¿Te gustaría tener un chip en el cerebro?». Sin tener claro de qué se trataba, Noland aceptó de primeras. «Greg me explicó brevemente qué era Neuralink y luego me ayudó a presentar la solicitud por teléfono. El resto, como dicen, es historia», relata por videollamada desde su hogar en Arizona.

La historia de Noland es una de caídas y resurrecciones. Nacido en 1994 en Phoenix, Arizona, a los 18 años, un chapuzón en un lago durante un campamento lo dejó tetrapléjico, cambiando para siempre su vida. «Me golpeé en un lado de la cabeza y eso fue todo. Me desperté inmediatamente y estaba boca abajo en el agua. Recuerdo que intentaba levantarme y no podía, en ese momento supe que estaba paralizado», cuenta Arbaugh.

Su tercer renacer fue el 30 de enero de este año, cuando se convirtió en la primera persona en tener el

chip Telepathy, una creación controvertida de Elon Musk que generó mucha polémica entre científicos. Un artefacto que, como su nombre indica, es capaz de «leer» la actividad cerebral para poder transmitir órdenes que ayuden a restaurar algunas funciones cerebrales dañadas tras un infarto o una esclerosis, lo que deriva en graves daños en la capacidad comunicativa. En palabras del magnate y dueño de X, el producto «permite controlar tu teléfono o computadora, y a través de ellos casi cualquier dispositivo, con solo pensar».

La innovación de esta creación radica en que antes los implantes cerebrales se habían

desarrollado en una sola dirección: desde el cerebro hacia el exterior, generalmente una computadora que procesa las señales, como la que utilizaba el célebre físico Stephen Hawking en sus últimos días. Ahora el proyecto de Neuralink permite trasladar información también en la otra dirección, hacia el cerebro.

Este tipo de implantes cerebrales se denominan interfaz cerebro-computadora o interfaz cerebro-máquina, y miden la actividad de las neuronas para obtener una señal que es procesada a continuación por el equipo informático. Musk afirma que si Hawking hubiera accedido a este invento hubiera





podido mejorar su calidad de vida. «Imagine que él hubiese podido comunicarse más rápido que un mecanógrafo o un subastador. Ese es el objetivo», escribió Musk en su red social.

Neuralink no le dió un traje de *Iron Man*, ni vuelo, ni rayos repulsores, pero le concedió a Noland otros poderes, algunos que le devolvieron sus habilidades de antes y otros que parecen sacados de *Black Mirror*. «Ahora puedo controlar un ordenador solo con mis pensamientos. Es una locura, pero es real. Antes, enviar un simple mensaje me llevaba 10 ó 15 minutos. Era imposible mantener una conversación fluida. Ahora lo hago en segundos. Mi vida ahora es

Noland Arbaugh jugando a un videojuego con los controles de su chip

mucho más fácil, mi vida social ha mejorado muchísimo. Puedo jugar, hacer lo que me gusta, soy más independiente. Hasta puedo usar un ordenador casi como cualquier persona», explica. Además, lo que realmente le devolvió es la fe: «Esto me ha ayudado mucho a reconectar, y me ha devuelto la esperanza de trabajar, estudiar... Y esto es solo el comienzo, todavía no han pasado seis meses y estoy haciendo todo esto. En un año, quién sabe lo que podré hacer, así que estoy emocionado por lo que viene».

Para entender la magnitud de la transformación de Noland, hay que remontarse a sus días previos al

chapuzón en aquel lago. Era un joven aventurero que valoraba la independencia por encima de todo. «Cuando tenía 18 años crucé la mitad de los Estados Unidos para ir a la universidad solo. Me gustaba estar por mi cuenta e ir por donde el viento me llevaba», recuerda. La universidad era más un pretexto para socializar y divertirse que un camino académico definido, dice y confiesa que su verdadero sueño era viajar, conocer el mundo, «vivir como un nómada».

Pero la tetraplejía le arrebató el don más preciado para un espíritu libre: el movimiento «Fue como si me hubieran



16 | SALUD

➔ cortado las alas», confiesa Noland. «Fue una dura adaptación, de ser tan independiente y luego tener que depender de todos para todo. No fue nada fácil». El sueño de viajar quedó relegado a una utopía, y cada desplazamiento se transformó en una misión imposible que tiene que superar cada día. A diferencia del ciclo de cualquier joven, cuando Noland cumplió sus 18 años en vez de lograr su independencia, se quedó detenido en una silla y no volvió a subirse a un avión. El último viaje que había podido hacer fue a unas horas de su casa para visitar a su abuelo por su cumpleaños número 80.

Como un hada madrina apareció Neuralink con su estudio y volvió a encender la llama de la esperanza, esa que se niega a extinguirse, volviendo a acercarlo de nuevo a su sueño. «Con Neuralink pude volar en avión por primera vez desde el accidente», cuenta con emoción sobre el viaje que tuvo que hacer con la empresa para dar charlas sobre el estudio. Y detrás de la pantalla se nota la gratitud en su cara cuando menciona el nombre de la empresa.

Conseguir este pase a otra vida fue como encontrar el billete dorado para la fábrica de chocolate de Willie Wonka, pero esta vez, con la vida misma en juego. Además, el boleto era para uno solo entre miles de personas que se postularon para ser voluntarios en la gran propuesta de Neuralink. El estudio requiere candidatos menores de 40 años (22 años mínimo) cuyos cuatro miembros estén paralizados para demostrar que su tecnología puede recopilar datos de la parte del cerebro que controla esas extremidades.

Entrar a la fábrica de Elon Musk, no es cuestión de azar, o como comprar un chocolate y que te toque el billete, hay condiciones y protocolos que superar. Y aunque Noland en un primer momento le atribuye todo a la suerte, también confiesa que cree que vieron algo en él: «Me dijeron que cuando vieron mi solicitud tuvieron la sensación de que les iría bien. Y cuando empezamos a hacer las entrevistas, todas las casillas de la lista se iban tachando. Parecía que estaban muy entusiasmados cuando me sometí a algunas pruebas y que tenían grandes esperanzas puestas en mí», explica.

La solicitud de Neuralink no era la primera que Noland había rellenado. Quizás por eso, su tono de broma al responder el formulario, además de darle su impronta, era una coraza contra la decepción ante las negativas anteriores. Pero esta vez era diferente. El momento vital en el que se encontraba parecía augurar un cambio de rumbo. «Cinco años después de mi accidente, estaba empezando a encarrilar mi vida», confiesa Noland. «Había dejado de fumar, dejé de beber. Empecé a tratar de mejorar y aprender. Empecé a leer más, a intentar aprender idiomas». Era un renacer personal que, sin saberlo, lo preparaba para un renacimiento aún más trascendental.

Entonces, dos días después de esa llamada con Greg y casi sin tiempo para alimentar cualquier

se sabía cuán peligroso podría ser para una persona, ni si funcionaría. Podría fallar desde el primer momento. Podría no funcionar ni un día. Pero yo sabía que quería correr ese riesgo, porque si algo salía mal, prefería que me pasara a mí antes que a cualquier otra persona. Prefería asumir esa dificultad en lugar de que lo hiciera otro. Esa convicción influyó mucho en mi decisión».

Como todo aventurero, el riesgo no era algo que le asustara o lo detuviera pero para una familia, excepto las de ficción, no es algo usual que un hijo se someta a una operación de

cerebro y menos que le inserten un chip. Noland es el menor de cuatro hermanos y siempre contó con el apoyo de los suyos, aunque la preocupación materna era inevitable. «Que tu hijo se someta a una operación de cerebro no es algo que entusiasme a una madre», reconoce Noland. «Pero ella me apoyó mucho todo el tiempo y mi padre también. Solo querían lo mejor para mí y sabían que era algo que quería hacer, así que intenté darles toda la información posible, y hemos tenido muchas conversaciones largas», comenta.

Si bien el primer humano con el Thelepathy hace parecer que todo es fácil, la inserción del chip es un procedimiento médico complejo. El implante tiene más de 1.000 electrodos en comparación con los dispositivos rivales. Además, la cirugía es realizada por un robot cirujano equipado con cámaras, sensores y una pequeña aguja fresada con láser para empujar uno a uno los 64 hilos, cada uno revestido con 16 electrodos, hacia el cerebro. El médico de metal debe esquivar con cuidado los vasos sanguíneos, y esta complejidad requiere de una precisión que no podrían tener los cirujanos humanos, según la empresa. La docena de robots de Neuralink realizaron 155 de estas cirugías en ovejas, cerdos y monos en 2021. El año pasado fueron 294.

Tras recibir todas las aprobaciones médicas, la operación se llevó a cabo en enero, y aunque le habían advertido que podía durar entre tres a seis horas, la misma fue mucho más rápida: monos de 120 minutos. «Fue súper fácil para mí», cuenta Noland sobre el postoperatorio. «Una de las cosas más fáciles que he hecho nunca. Entraron y me durmieron. Luego me desperté y eso fue todo, muy sencillo».

La verdadera prueba de fuego llegó después de la cirugía, cuando el chip falló por primera vez.

«Un mes después de la cirugía, los hilos en mi cerebro se estaban desconectando, así que perdí mucho control en el cursor. Tuvieron que cambiar muchas cosas, pero hubo un período de dos o tres semanas en el que no pude usarlo muy bien»,

explica. Este contratiempo encendió las alarmas de su decepción. «Fue muy duro porque solo había sido capaz de usarlo durante tres o cuatro semanas y pensé que no iba a ser capaz de usarlo nunca más». Pero afortunadamente fue solo un susto y el fallo fue subsanado.

Convertir pensamientos en comandos de ordenador y controlar máquinas con la mente suena tan ficticio como sobrenatural, pero Noland lo aterriza y dice que es algo intuitivo: «Es como usar un iPhone, su interfaz es muy fácil.

Tuve que aprender algunas de las peculiaridades porque era la primera vez que lo estábamos haciendo en un ser humano, había cosas que no eran perfectas, pero hicieron las cosas lo más fácil posible para mí». Por si había dudas de si este procedimiento en su cabeza le genera algún desgaste adicional o fatiga, Noland explica que esto no cambia nada: «Sólo me agoto como todo el mundo, pero no cuesta ningún esfuerzo utilizar el

cursor». También explica que hay muchas cosas aún por mejorar y en eso trabaja en sus sesiones diarias de cuatro horas con Neuralink, ya que él es ahora un participante activo en el estudio.

«En este momento, estamos trabajando en un montón de cosas de interfaz de usuario para que sea su uso lo más fácil posible para la siguiente persona

“Un mes después de la cirugía, los hilos en mi cerebro se estaban desconectando, así que perdí mucho control en el cursor. Pensé que no iba a ser capaz de usarlo nunca más”

“Con Elon Musk es como si fuéramos almas gemelas. Ambos queremos ayudar a la gente y creo que eso hace que nuestro esfuerzo combinado sea muy impactante”



COMPROBADO
Neuralink realizó 294 de estas cirugías en ovejas, cerdos y monos en el 2023.

CONTRATO.
El contrato que Noland tiene con Neuralink es de cinco años y luego puede quitarse el chip.

CIRUGÍA.
La realiza un robot cirujano equipado con cámaras y sensores.

que vaya a tenerlo». Neuralink está en estos momentos preparando una nueva intervención en un segundo voluntario.

Noland dice que aún no lo conoce pero que tiene ganas de hacerlo. Quiere darle ánimos. «Es increíblemente seguro y la gente que trabaja en este proyecto son los mejores del mundo, así que está en buenas manos. Yo lo recomendaría para todo el mundo que tiene una discapacidad». Y añade: «Simplemente confío en que se divierta en el proceso».

Con la mirada en el futuro, Noland tiene esperanzas que este chip en algún momento pueda ayudarlo a recuperar sus capacidades motoras, aunque eso todavía lo ve lejos. «Creo que algún día ocurrirá. No sé si sucederá para mí, pero en todo caso mi intención es ayudar y si estar en este estudio ayuda, eso es suficiente para mí».

El contrato que Noland tiene con Neuralink tiene una duración de cinco años. Luego habrá posibilidad de elegir entre dos caminos: quitarle el aparato de su cabeza o solo apagarlo. Él aún no tiene claro qué decidirá: «Depende de si están dispuestos a darme una mejora, entonces tiene sentido que entren, lo quiten y pongan uno nuevo. Pero sino tal vez solo haga que lo apaguen».

Después de su jornada como conejillo de indias, Noland se entrega a la rutina del mundo digital: se sumerge en los mundos virtuales de los videojuegos, se enfrenta la avalancha de correos electrónicos que recibe en su bandeja de entrada y se pierde en el laberinto infinito de las redes sociales.

Como en el desenlace mágico de una película de Tim Burton, donde Charlie finalmente conoce a Willie Wonka, Noland también pudo conocer al arquitecto detrás de todo esto, Elon Musk. Aunque no esperaba verlo en persona, el magnate apareció en varios momentos durante el proceso de instalación del chip, formando parte de esta aventura.

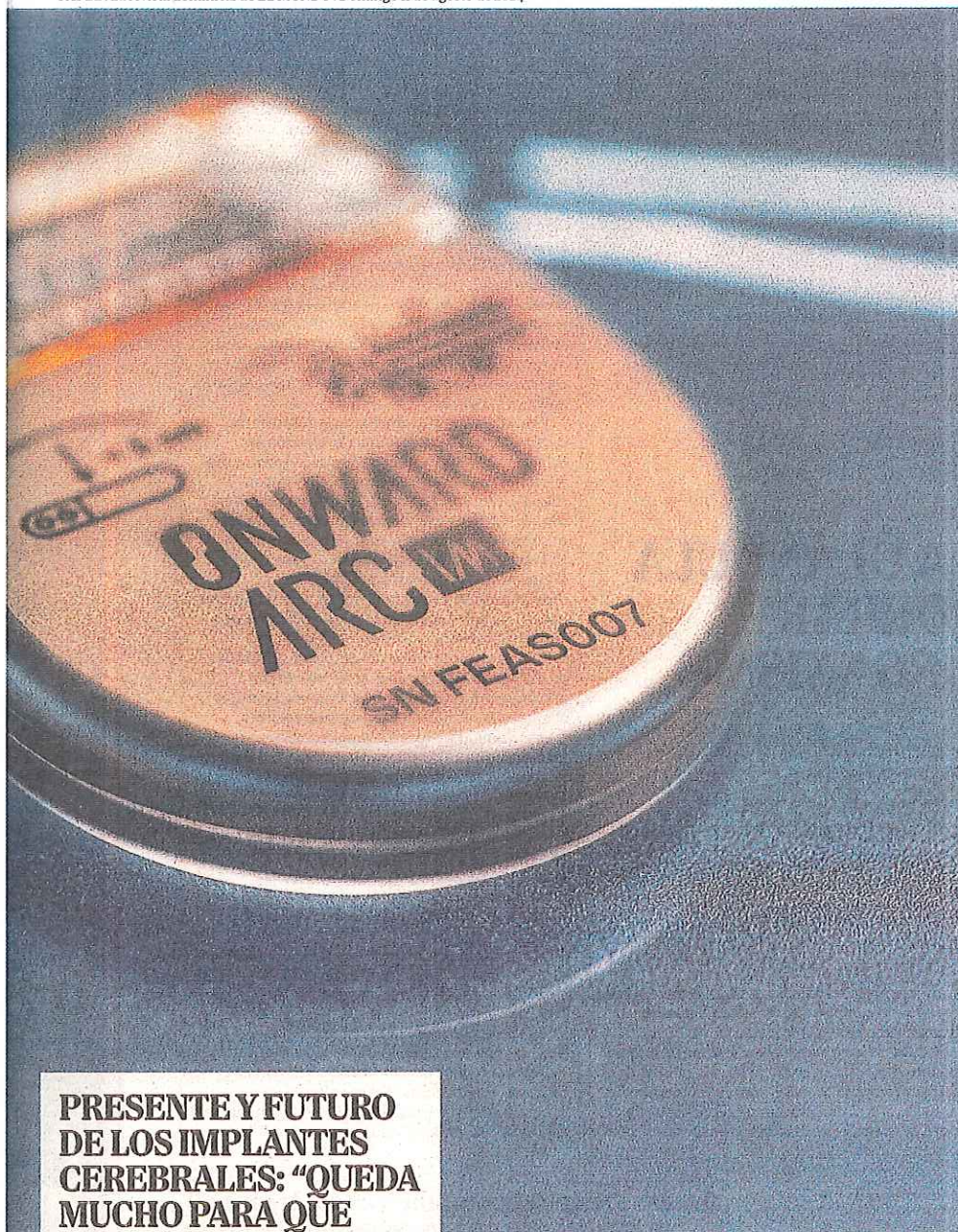
«Es como si fuéramos almas gemelas, compartimos la misma visión del futuro: de adónde puede llegar el aprendizaje y el sentimiento de esperanza en el futuro de la humanidad», reconoce fascinado. «Ambos queremos ayudar a la gente y creo que eso hace que nuestro esfuerzo combinado sea muy impactante».

“Tuve miedo porque mi cerebro era lo último que tenía... Había varias cosas que me preocupaban, como ser el primero en intentarlo, pero quise correr el riesgo”

“Aprender a usar el chip fue intuitivo, es como usar un iPhone, su interfaz es fácil. Había peculiaridades que no eran perfectas pero hicieron las cosas fáciles para mí”

ilusión, el equipo de Neuralink contactó con él. Y después de un mes de entrevistas, pruebas médicas y evaluaciones psicológicas culminaron en la confirmación: Noland era uno de los candidatos seleccionados. Pero hasta enero no supo que él sería el pionero en portar el chip.

¿Tuvo miedo? «Mi cerebro era lo último que tenía... Había varias cosas que me preocupaban, como ser el primero en intentarlo. Esto es un estudio, así que no



PRESENTE Y FUTURO DE LOS IMPLANTES CEREBRALES: "QUEDA MUCHO PARA QUE LLEGUEN A TODOS"

Avances. Las promesas e intenciones del proyecto de Musk chocan con la realidad. La comunidad científica pide más transparencia y asegura que es un proyecto más

Por P. Pérez

Elon Musk acaba de hacer público el segundo implante de Neuralink. Aún busca otros ocho voluntarios para repetir la operación antes de finalizar el año. De nuevo, surgen las dudas sobre su funcionamiento y duración a largo plazo en el tiempo. Sobre todo, por la forma de comunicar estos avances a golpe de publicación en la red social X y podcasts.

Lejos de las vías habituales de la comunicación científica, *papers*, *preprints*, comunicados... a través de los cuáles se puedan conocer los detalles de su funcionamiento, de su colocación y progreso. En este

caso, recientemente Vikash Gilja, director científico de la empresa rival de BCI Paradromics, con sede en Austin, Texas, sostiene, como recoge un artículo en *Nature*, que hay preguntas del dispositivo que necesitan respuesta. A la comunidad científica le preocupa la falta de transparencia, que tiene como objetivo permitir que las personas controlen los dispositivos solo con el pensamiento. Aunque, el proyecto de Neuralink aspira a poder trasladar información también en la otra dirección, hacia el cerebro.

En 2019 se publicó un *white paper*, firmado por Musk y Neuralink, en el que se detallaba las ambiciones del sistema: «Hemos construido conjuntos de hilos de electrodos pequeños y flexibles, con hasta 3.072 electrodos por conjunto distribuidos en 96 hilos. También hemos construido un robot neuroquirúrgico capaz de insertar seis hilos (192 electrodos) por minuto». Finalmente, lo logrado cinco años después aún no cumple con las expectativas. Un mes después de que le implantaran el BCI a Noland Arbaugh, el 85% de sus hilos flexibles, que registran la actividad neuronal, se retrajeron de su cerebro. En una transmisión en vivo en X el pasado 10 de julio, Matthew MacDougall, jefe de neurocirugía de Neuralink, explicó que en el primer proceso quirúrgico una bolsa de aire podría haber desprendido más tarde los electrodos.

Al tiempo, MacDougall aseguró que el equipo

El implante ARC Onward se emplea junto a los neuronales para recuperar la movilidad en tetrapléjicos.

quirúrgico que colocaría el segundo implante trataría de sortear este escollo y esculpiría el orificio de manera diferente, para permitir que el eje del implante para que se asentara más abajo en el cráneo y enroscase los electrodos flexibles de forma más profunda en la corteza. En el caso del segundo implante, Musk asegura que 400 de sus 1.042 electrodos ya están enviando señales desde el cerebro del receptor.

Sobre estos obstáculos Gilja explica que el cerebro no es un elemento que permanezca estático en relación con el cráneo: se desplaza cuando una persona respira y se mueve. Y no queda claro si este movimiento menor, aunque continuo, afectará negativamente a los hilos de electrodos que van desde el cráneo a través de membranas llamadas duramadre (la meninge exterior que protege al sistema nervioso central, encéfalo y médula espinal) hasta el cerebro, como asegura el director científico de BCI Paradromics.

La estabilidad a largo plazo de los materiales que componen los electrodos de Neuralink es otra incógnita. Otros implantes BCI utilizan varios tipos de electrodos metálicos con antecedentes de longevidad ya conocidos. «Solo se entienden las constantes de tiempo una vez que se introducen en el cuerpo humano», afirma Gilja. Los dispositivos, insiste, deben estudiarse durante años, no meses.

En el mismo artículo que Gilja, Anna Wexler, neurocientista de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia, sostiene que las predicciones y las promesas de Musk corren el riesgo de engañar a los posibles voluntarios del estudio. «Sin duda, plantea preguntas sobre qué atrae a estas personas a los estudios y qué entienden sobre lo que se está haciendo». Wexler se refiere a las promesas de Musk sobre las actualizaciones del sistema, cada una se implantaría durante una nueva neurocirugía. O usos más allá del manejo de dispositivos, como ayudar a las personas con psicosis, convulsiones y pérdida de memoria. E incluso entrar en simbiosis con la inteligencia artificial.

El proceso de búsqueda de voluntarios sigue abierto. De hecho, así aparece en el registro estadounidense de ensayos clínicos, *ClinicalTrials*. En la descripción temporal se señala que el inicio del ensayo Prime tuvo lugar el pasado 9 de enero. «Se trata del primer estudio de viabilidad temprana en humanos para evaluar la seguridad clínica inicial y la funcionalidad del dispositivo de los diseños de los dispositivos Neuralink Ni Implant y Ri Robot en participantes con tetraparesia o tetraplejía». A cargo del ensayo está Francisco Ponce, que es jefe de Neurocirugía Estereotáctica y Funcional en el Instituto Neurológico Barrow de Phoenix, Arizona.

Lejos de la novedad que supone, este avance de Neuralink no es el único. Sí, el que copa la atención inevitable que nace de la publicidad de todo en lo que Elon Musk está involucrado. El neuroingeniero español José del R. Millán, director del Laboratorio de neuroprótesis clínica e interacción cerebral, apuntaba en una reciente entrevista en este medio que «queda mucho camino por recorrer antes de que las interfaces cerebrales implantadas estén disponibles para la gran mayoría de los pacientes».

Grégoire Courtine, de la Escuela Politécnica Federal de Lausana (EPFL, Suiza) y muy conocido por sus investigaciones para restaurar la función motora en pacientes con paraplejía y tetraplejía, explica que Neuralink se ha unido al creciente número de empresas que desarrollan dispositivos BCI que leen el pensamiento y que se encuentran en fase de ensayo. «Existe la oportunidad de vincular estos dispositivos BCI con nuestra tecnología de estimulación de la médula espinal para recuperar el movimiento después de una parálisis», apunta.

Courtine ha participado en el desarrollo de BCI con la terapia ARC de Onward con el fin de crear un «puente digital» entre el cerebro y la médula espinal que «puede restaurar la capacidad de caminar o el movimiento del brazo en una persona con una lesión de la médula espinal». Porque, actualmente, puntualiza, «Neuralink solo ha implantado un chip en el cerebro». Para recuperar el movimiento después de una lesión de la médula espinal, «también es necesario implantar tecnología cerca de la médula para administrar terapia eléctrica. Ya hemos vinculado nuestra plataforma de neuroestimulación con el dispositivo BCI de CBA-Clinatéc para recuperar el movimiento después de una parálisis», remacha.

RESTAURAR LA GLÁNDULA TIMO PARA 'BORRAR' FALLOS DEL ORGANISMO

Pioneros. Las nuevas terapias celulares buscan estimular la función de un órgano que pierde su función en la adolescencia. «Estamos ante una nueva era de la Medicina: para abordar áreas clave de las enfermedades y elevar la esperanza de vida y la longevidad», explica Francisco León

Por Pilar Pérez. Ilustración de El Mundo Diseño

Ir al origen. Allí dónde empiezan las enfermedades de origen inmunológico. A la Medicina y a su compañera, la Ciencia, no le basta con quitar el dolor o limitar el impacto de un desorden de nuestro organismo. «Ha llegado el momento de dar un paso más», dice convencido Francisco León. Desde hace más de 20 años este investigador está involucrado en el desarrollo de soluciones para la industria biofarmacéutica, con especialización en tolerancia inmunológica.

A través de la pantalla, cuenta a Papel Domingo el último proyecto en el que está involucrado. «Vamos a intentar prevenir la involución del timo». ¿Cómo? Si, a priori suena mal, confiesa León. «El lenguaje, como se dice en español, no acompaña [admite con una sonrisa]. En inglés conserva su forma latina: *thymus* (aunque su origen sea griego). «Tras años de investigación nos hemos dado cuenta de que este pequeño órgano tiene un papel clave en el sistema inmunológico».

Empecemos. ¿Dónde está el timo? Pocos conocen que esta pequeña glándula inmune y endocrina está localizada entre el corazón y el esternón, debajo de la glándula tiroidea. Produce las células inmunitarias conocidas como linfocitos T. En la infancia, hasta los dos años, ocupa una gran parte del tórax, cuando

Las enfermedades inmunomediadas representan un desafío médico importante no abordado: cáncer, rechazo de trasplantes, infecciones, alergias... «Ya sea por falta de acción o por exceso [alteración] el sistema inmunológico está implicado en un gran número de patologías actuales», detalla. «Hasta ahora las hemos tratado de una en una, pero lo que planteamos es ir al origen de su aparición o disfunción donde empieza todo: en el timo».

Para este investigador el

leitmotiv que le hizo

centrarse en el mundo de

la Inmunología fue el

proceso del trasplante que

sufrió su madre. Conocer

por qué su organismo

rechazó el primer

trasplante de riñón —y como la inmunosupresión del

segundo, para el que tuvo que esperar ocho años y

convivió otros 18, causó su muerte debido a una

sepsis—, le impulsó a descubrir los fallos del sistema.

León fue profesor asociado a la Universidad de

Filadelfia, del departamento de Gastroenterología,

ahora está centrado en su posición de CEO de

Tolerance Bio y cofundador de Paulex Bio y Avalor

Therapeutics (otros de sus proyectos de emprendimiento dentro de este campo de la Inmunología).

Entre sus pasos

destaca la última

empresa que fundó y

sacó a bolsa,

ProventioBio,

eventualmente

adquirida por Sanofi

por más de 2.900

millones de dólares,

gracias a la molécula Tzield, que consigue retrasar la

aparición de la diabetes tipo 1, al menos dos años en

personas con indicadores que apuntaban a su

desarrollo. Este fármaco ya está aprobado en EEUU.

«Tras ese éxito después de muchos años de trabajo,

muchos de mis compañeros se retiraron, pero creo que aún puedo aportar desde el laboratorio», admite León.

La biografía de este investigador responde al típico *cerebro fugado*. Se formó en la Universidad Autónoma de Madrid. «Mi carrera empezó de forma poco convencional en el sentido de que era un clínico que también contaba con ambición científica e investigadora». Hizo la residencia como inmunólogo clínico en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. «Tuve suerte y recibí el premio al residente del año 2001, el premio Sanitas». Aquello fue el empujón que le hizo dar el salto atlántico para investigar en EEUU, «porque realmente para poder profundizar en la ciencia, en la investigación aplicada, es el mejor país del mundo en este momento, porque hay una inversión que integra lo público y lo privado».

Y aquella salida para ampliar conocimientos ha durado casi tres décadas. «Ahora la situación en España ha cambiado a mejor. Estoy asociándome con diferentes empresas para volver, como Biomedal, OneSTX, VaxDyn y PlusVitech, para volver a trabajar con laboratorios españoles muy prometedores». En este regreso apuesta por el desarrollo de esta nueva aproximación clínica a los problemas inmunológicos. «El timo es la diana esencial para establecer y mantener la tolerancia inmunológica, pero involuciona con el tiempo, lo que aumenta la susceptibilidad a las enfermedades inmunológicas».

Para eso está configurando un equipo experimental de cazadores de fármacos, desarrolladores y académicos que, actualmente, está desplegando las alas de este enfoque novedoso «para controlar la tolerancia inmunológica a voluntad: al restaurar y preservar la función del timo. Una perspectiva con un gran potencial para abordar áreas clave de enfermedad y aumentar la esperanza de vida y la longevidad».

El investigador lo plantea de forma sencilla: «¿Qué hace que un linfocito pierda el norte y no reconozca al enemigo?». Esto ocurre en el cáncer. Y aquí la introducción del papel de la Inmunología a través de las terapias que activaban los sistemas defensivos, «fueron una auténtica revolución». León lo sabe porque trabajaba en Bristol Myers Squibb cuando se dieron esos primeros pasos. «Fue la época dorada en la cual la inmunología y la Oncología empezaron a ir de la mano».

Hasta entonces, hace casi 20 años, los tumores se trataban simplemente con cirugía, radioterapia y quimioterapia para intentar acabar con las células malignas, «pero en esos años se probó un nuevo concepto que fue intentar activar el sistema inmune en contra de los tumores. Eso fue muy revolucionario».

“Antes se restaba importancia a este órgano. Hoy se ha visto que en personas centenarias que aún guarda cierta funcionalidad”

Otra de las enfermedades de origen inmunológico que se cruzó en su vida fue la enfermedad celíaca.

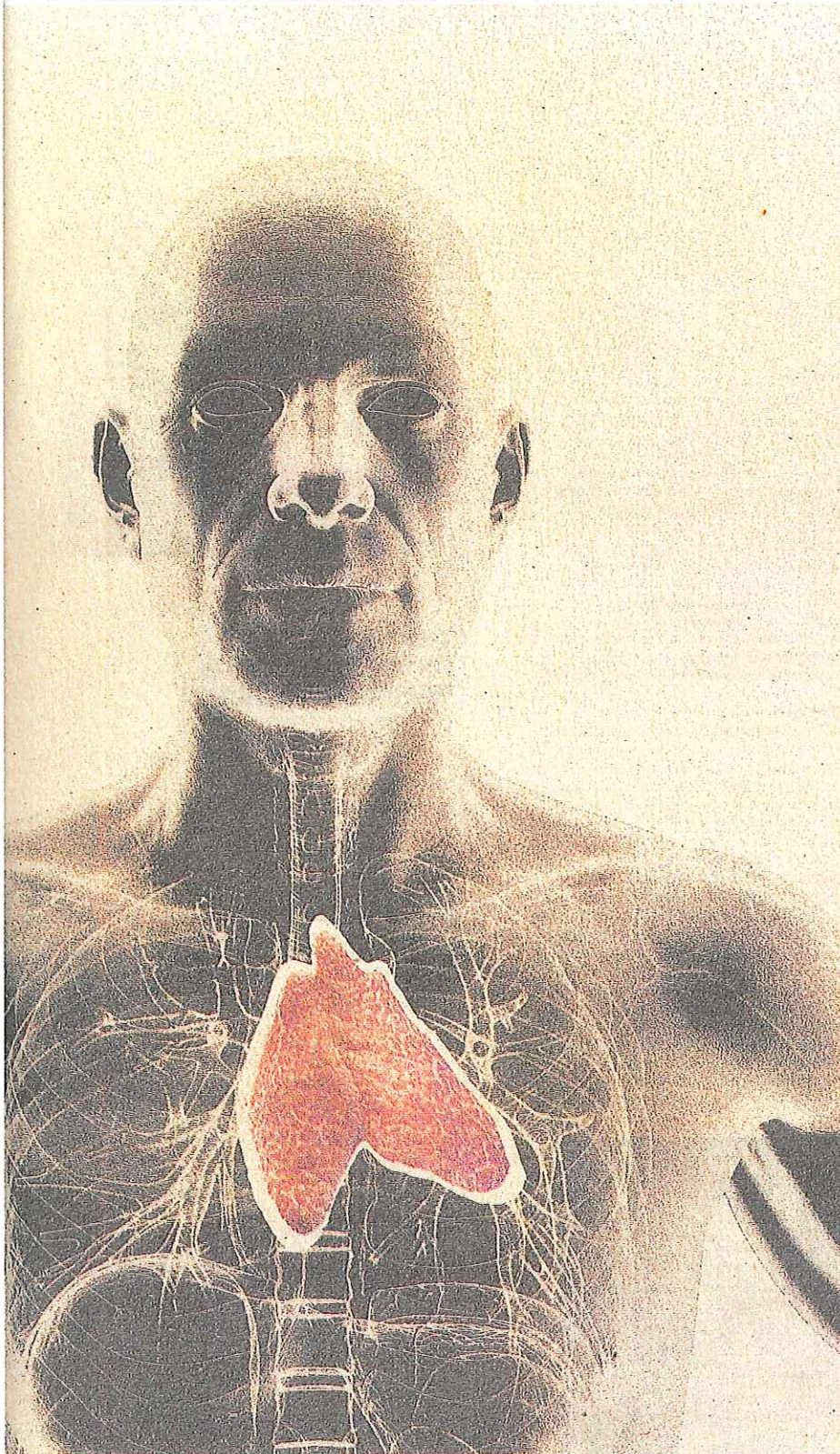
«Aquí España sí ha tenido un papel investigador muy importante. Somos uno de los países punteros a nivel mundial», resalta. Y destaca que es la primera enfermedad autoinmune en la cual se descubrió su causa: el antígeno es el gluten.

Por eso dedicó tiempo y esfuerzo a este problema. Como inversor en Biomedal y cofundador de Glutenostics, participó en la creación de una prueba que los pacientes pueden usar en sus domicilios «para saber si han consumido gluten ante cualquier síntoma de malestar relacionado [se da en los casos de trazas]». Al tiempo, desde Celimmune (laboratorio que fundó y fue adquirido por Amgen) y Proventio Bio también desarrolló una molécula para tratar la celiaquía, que esta ahora en fase avanzada de desarrollo por parte de Sanofi. «Podría ser el primer fármaco en conseguir la aprobación de la FDA. Sería revolucionario».

Con todo, León no parece conformarse y su empeño está «en algo más ambicioso: ¿por qué no vamos al origen de la autoinmunidad o donde surgen las enfermedades inmunológicas?». En realidad, se trataría de reiniciar el sistema inmunológico a nuestro

“Sé que es ambicioso: ¿Por qué no vamos al origen de la autoinmunidad o dónde surgen las enfermedades inmunológicas?”

empieza a encogerse. «Se trata de crear un nuevo timo mediante una nueva forma de terapia avanzada celular». O lo que es lo mismo, «aumentar la esperanza de vida al preservar y restaurar la función del timo, el maestro de la tolerancia inmunológica».



antojo, es decir, «para poder corregir sus fallos». El investigador explica que «el sistema inmune no está diseñado para atacar al propio organismo, pero en ocasiones lo hace. Por otra parte, a veces, necesitamos desactivarlo, cuando estamos ante un trasplante, para poder introducir un órgano extraño».

Aquí introduce un nuevo concepto: la tolerancia inmunológica. «La capacidad que tiene el organismo para defenderse de los enemigos [virus y bacterias]. Y que no siempre es la misma en todos los seres humanos». Por eso existen las alergias, los procesos

inflamatorios que producen algunos agentes externos a algunas personas. Aquí podríamos enumerar las dermatitis, el asma, la psoriasis, el lupus... De hecho, en los últimos años ha crecido el número de pacientes con alteraciones inmunológicas. Se estima que un 4% de la población a nivel mundial sufre una enfermedad autoinmune sistémica.

Y todos esos fallos del sistema se originan en el timo. «En ese órgano que ocupa gran parte de la cavidad torácica de los niños pequeños hasta los dos años. Y que, con el paso del tiempo, según crecemos,

Localización. Este órgano linfático primario, impar y bilobular está situado en la región anterior del mediastino superior por delante de la aorta y por debajo del tronco venoso braquiocefálico

Función. En el timo se transforman las células madre precursoras de los linfocitos T generadas en la médula ósea en linfocitos T inmunocompetentes, los que eliminan a las células extrañas o alteradas por virus

Evidencia. Un estudio publicado en 2023 en *The New England Journal of Medicine* apuntaba el rol del timo de los adultos para prevenir el cáncer y algunas enfermedades autoinmunes

Primeros resultados. Ya han conseguido la regeneración del timo y linfocitos T en modelos de ratón. El desafío está en la siguiente fase: reproducir los resultados a través de ensayos clínicos en humanos

se encogé, casi hasta desaparecer». Y se emociona al contar que en los últimos años las investigaciones en este campo y con este foco han aumentado. «Estamos ante un cambio de paradigma, aún no hemos llegado, pero estamos en el buen camino», sonríe. Como ejemplo, o como pista clave, dice que las personas que superan los 90 años, «como los centenarios», «aún tienen un timo funcional».

La idea parece sencilla, insiste: «Prevenir la involución del timo y su atrofia. En aquellos en los que ya se ha perdido la funcionalidad del órgano, les vamos a intentar dar uno nuevo». ¿Cómo? De ejemplo bien se puede poner el funcionamiento, *grosso modo*, de las terapias celulares avanzadas que se emplean contra el cáncer: las CAR-T. «En este caso, emplearíamos células madre pluripotenciales del propio paciente extraídas de su sangre. Se cultivarían en un laboratorio y se devolverían al paciente».

Sin embargo, la idea que maneja León es dar un paso más allá, porque esta novedosa terapia celular avanzada tendría limitaciones de costes económicos y que solo serviría para un paciente. El científico busca ampliar las posibilidades: «Pasará de un proceso autólogo a uno alogénico». Este último permite abrir el campo de uso, ya que el único requisito necesario es mantener unas características genéticas similares a las del paciente. «Creemos que, en un futuro, va a haber muchas células que se van a usar como fármacos en sí mismos. Las CAR-T son un ejemplo».

Las terapias celulares abren la puerta a corregir errores del sistema que cuestan millones de euros al año y que mantienen a los pacientes con una mermada calidad de vida. Un ejemplo, la diabetes. «Terminan fallando los riñones, necesitando diálisis y luego un trasplante», explica. Al tiempo que expone que «si corriges por qué surge la diabetes, eliminas todos esos pasos. Ganamos todos: la persona y el sistema, la sociedad».

Los avances ya se han dado en modelos animales con éxito, donde han reconstruido el timo. «La empresa ya tiene datos en ratones, donde se han podido crear linfocitos nuevos. Ahora estamos empezando todo el proceso para trasladar la prueba de concepto a ensayos clínicos en humanos».

Esto puede llevar aún un tiempo, «porque es un proceso muy largo, sobre todo a la hora de la fabricación celular, con todos los aspectos regulatorios que existen para certificar seguridad en cada paso». Pero reconoce que es optimista, porque, además de creer en este enfoque, lo hará en su vuelta a la madre patria: su empresa Tolerance Bio contará con Columbus Venture Partners de Valencia, como inversores iniciales.

PRIMER PLANO

ANIVERSARIO EMERGENCIA SALUD



Lo vivido en 2014 fue un empujón para el desarrollo de fármacos y vacunas contra el virus que se cobró más de 11.300 vidas. Hoy, el reto está en saber por qué los supervivientes contagian

DIEZ AÑOS DEL BROTE DE ÉBOLA QUE SALIÓ DE ÁFRICA

PILAR PÉREZ MADRID

El 12 de agosto de 2014 murió en España el sacerdote Miguel Pajares a causa de la infección de Ébola. Fue uno de los 11.305 fallecidos del mayor brote por su magnitud y complejidad hasta la fecha, con un número acumulado de casos a nivel mundial de 28.608. Cuatro días antes la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitía la primera emergencia de salud pública internacional ante la situación del brote en África Occidental, donde tres países: Guinea Conakry, Liberia y Sierra Leona sumaban más de un millar de casos y lamentaban cientos de fallecidos.

La salida del virus del continente supuso que el mundo pusiera sus ojos sobre los estragos de la dramática infección. «Cuando la amenaza toca a tu puerta todo se ve diferente». Luis Encinas es enfermero de Médicos Sin Fronteras (MSF) y ha estado en varias ocasiones en países afectados por brotes de Ébola. «Muchos de los casos se contabilizaron, otros muchos no. La situación geográfica, política y social de estos países supuso (supone) una dificultad añadida».

Encinas fue testigo de lo sucedido entonces. «Al principio había falsos diagnósticos de paludismo, porque comparte algunos rasgos con la ma-

laria. Pero luego se comprobó que estábamos ante un brote importante». El inicio en Guinea Conakry tuvo lugar en Guéckédou y Macenta, como recoge *New England Journal of Medicine*, y su detección fue a manos de sanitarios de MSF. «Se trataba de una zona fronteriza de Guinea Conakry con Liberia y Sierra Leona, recuerda el enfermero de MSF.

«Miedo, desconocimiento... Lo que había, y hay, en esos lugares son auténticos desiertos médicos. En ocasiones, cuando visitábamos aldeas sólo podíamos conocer el impacto del virus por las tumbas frescas». El control de los brotes contaba con gran-

APUNTE MÉDICO

LA VACUNA QUE AYUDA A REDUCIR EL IMPACTO DEL VIRUS

La vacuna Ervebo Ébola Zaire fue autorizada en 2019 por la Agencia Europea de Medicamentos y la Administración de Alimentos y Medicamentos de EEUU (FDA), antes de ser precalificada por la OMS y aprobada por ocho países africanos.

Entre 2018 y 2020, se empleó como respuesta a tres epidemias distintas de Ébola en República Democrática del Congo, incluyendo la epidemia más grande en la historia del país. Los datos clínicos han demostrado la eficacia de la vacuna para proteger a las personas en riesgo, reducir la transmisión del virus y disminuir la mortalidad a la mitad. Se puede emplear en menores hasta 12 años.

des obstáculos, «el idioma, el contraste cultural, el ser foráneos...», cuenta Encinas.

Esa imagen contrasta con las que quedan en la hemeroteca o el imaginario colectivo sobre el Ébola en España: las repatriaciones de los españoles Miguel Pajares, sacerdote, y Manuel García Viejo, misionero y director médico del Hospital San Juan de Dios en la ciudad de Lunsar (Sierra Leona). O las del traslado de la enfermera Teresa Romero, que contrajo el virus al tratar a este último. Aquí se vieron EPIs, transportes medicalizados, plantas de hospital preparadas para tratar infecciones muy contagiosas... A EEUU, Reino Unido e Italia también llegó la infección.

Todo un abanico tanto de jerga médica como de recursos que hoy, tras la pandemia de coronavirus, a nadie le suenan extraños. «¿Cómo explicar en los poblados que la gente se iba a morir sola? Años más tarde el Covid nos volvió a colocar en la misma situación», cuenta Encinas.

De aquel susto de 2014 se pudieron aprender muchas cosas. «Fue un cambio de paradigma sobre las enfermedades emergentes fuera de sus fronteras: del casi es imposible que pase, a enfrentarse a la realidad», apunta María Velasco, secretaria de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc).

El Ministerio de Sanidad también hace memoria. Aquel brote no solo

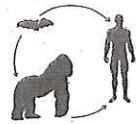
PRIMER PLANO

ANIVERSARIO EMERGENCIA SALUD

ASÍ ES LA ENFERMEDAD DEL ÉBOLA

ORIGEN DEL VIRUS

Los humanos al entrar en contacto con animales enfermos, se contagian con el virus.

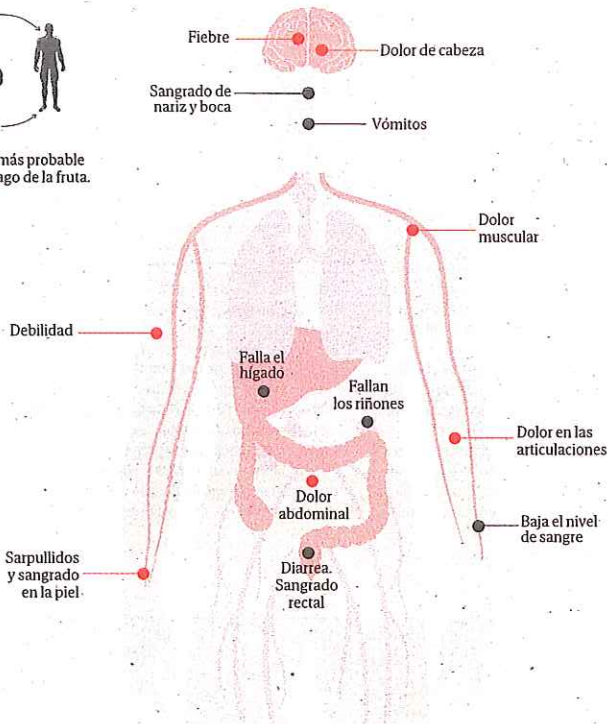


El huésped más probable es el murciélago de la fruta.

SÍNTOMAS

El tiempo de incubación hasta los primeros síntomas puede oscilar entre los dos y los 21 días.

● Síntomas iniciales ● Fase avanzada



TRATAMIENTO

Anticuerpos monoclonales
Estos son los últimos en llegar: mAb114 (Ansuvimab; Ebanga) y REGN-EB3 (Inmazeb).

Sero sanguíneo
Los anticuerpos de una persona que ha vencido al ébola.

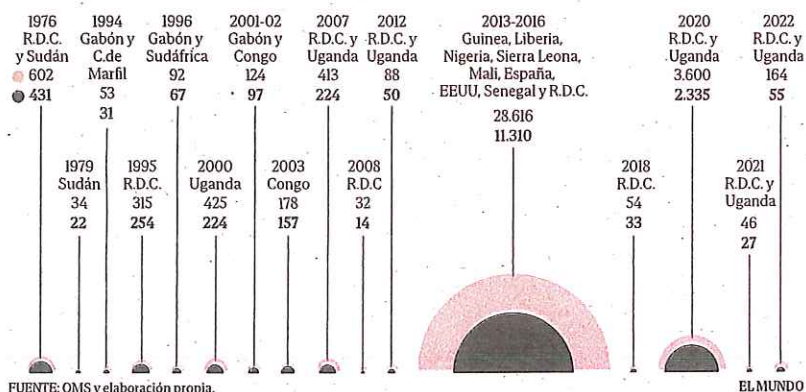
Medicamento TKM
El fármaco silencia algunos genes del virus, lo que impide su replicación.

Antivirales
Favipiravir es un fármaco oral que frena la replicación del virus.

Vacuna Ervebo
Una sola dosis, principalmente para la vacunación en anillo de personas con alto riesgo de exposición durante las epidemias.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE BROTES MASIVOS

● Casos ● Muertes



FUENTE: OMS y elaboración propia.

puso en el mapa a Fernando Simón, como portavoz y, más tarde, director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), sino que sirvió para configurar toda una serie de estructuras y protocolos en la detección de amenazas de enfermedades emergentes. «En España, el brote de Ébola en África Occidental supuso un punto de inflexión en el ámbito de la salud pública y el desarrollo de actividades de preparación y respuesta», explica Berta Suárez Rodríguez, jefe de Área del CCAES.

«Ya en marzo de 2014, cuando se dieron los primeros casos en África, nos preparamos y empezamos a poner en marcha protocolos en el hospital. Teníamos en cuenta que alguien podía venir de las zonas endémicas. Se formó a todo el personal sanitario de Urgencias, desde admisión hasta los sanitarios de los boxes», afirma Velasco. Como coordinadora de la Unidad de Investigación y facultativo de Infecciosas y Medicina Tropical en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, estuvo allí en las primeras horas en las que se dio soporte a la enfermera contagiada.

Más allá de valorar los aspectos médicos, Velasco asegura que el contagio y lo que se vivió a raíz de este «nos retrotrajo a los años de la lepra... Apagar el miedo». Un temor a lo desconocido, como añade Rafael Delgado, jefe de Sección del Servicio de Microbiología e investigador del Instituto de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid.

¿Qué se sabía del Ébola? ¿Qué sabemos hoy? Hace casi 50 años que se describió el virus por primera vez. Un salto zoonótico de una especie de murciélagos provocó los primeros casos. Luego, la supervivencia del microorganismo hizo lo demás. Los contagios entre humanos se deben a contacto estrecho con los órganos, la sangre, las secreciones u otros líquidos corporales de animales infectados, tales como murciélagos frugívoros, chimpancés, gorilas, monos, antílopes o puercoespines encontrados enfermos o muertos en la selva tropical.

Una infección que da la cara a través de los signos de una fiebre hemorrágica. «En el brote de 2014, nos tenemos que ir a finales de 2013 cuando las muestras para detectar el virus tardaron tiempo en llegar. Se mandaron a París y luego a Lyon», recuerda Delgado. «Hoy esos retrasos ya no se dan. Estos países cuentan con recursos para asegurar si una persona sufre o no la infección, incluso en laboratorios muy básicos», explica el experto.

Dos son las cepas o caras del virus. Una, denominada Zaire, «cuenta con vacunas y medicamentos que han demostrado su eficacia significativa», detalla Delgado. Otra, Sudán, «no tiene nada». Esto hace que contagiarse sea una lotería ante un

virus que llega a tener una letalidad de entre el 20% y el 80% de los casos, dependiendo de la cepa y de la carga viral del paciente.

Este evento extraordinario puso en alerta a la industria farmacéutica en todo el mundo, pues se presentaba como una tormenta perfecta por el riesgo de propagación a otros países debido a la virulencia del virus, por el patrón y extensión de la transmisión y por la fragilidad de los sistemas sanitarios de los países afectados. «Fue una toma de conciencia necesaria». Aquí Encinas es tajante: «La salud no es un lujo, sino un derecho fundamental».

Suárez apunta los detalles clave de la alarma: «El número de casos y muertes superaba con creces al de todos los brotes anteriores juntos, además era la primera vez que la enfermedad se extendía a áreas urbanas, lo cual sumaba complejidad a la gestión». Por otro lado, «a nivel nacional, supuso una actividad continua de evaluación de riesgo, tanto de exposición para los residentes españoles y viajeros a los países afectados de África Occidental, como para los trabajadores sanitarios que acudían a apoyar a la gestión de la emergencia, el riesgo de importación, de transmisión secundaria en esos casos y el establecimiento de acciones preventivas, así como la gestión de casos importados».

Ha habido más brotes, uno de los más graves en 2020: 2.335 muertos. «Lo cierto es que ahora contamos con medicación, como anticuerpos monoclonales y antivirales, pero aún queda mucho», subraya Delgado.

Entre los retos inmediatos están los supervivientes. Ahora que «conseguiamos salvar vidas, tenemos que conocer las secuelas que sufrirán»,

«EN ESPAÑA SUPUSO UN PUNTO DE INFLEXIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA Y LA PREPARACIÓN PREVIA»

«¿CÓMO EXPLICAR EN LOS POBLADOS QUE LA GENTE SE IBA A MORIR SOLA? CON EL COVID SE REPITIÓ LA IMAGEN»

explica Encinas. Delgado da un paso más. «Desde España participamos en investigaciones que intentan ver cómo y por qué en las personas que sobreviven se queda el virus latente y hace que vuelva a contagiarse».

Portodo ello, desde la OMS se mantiene al Ébola como una de las amenazas de salud pública a nivel mundial. «No olvidemos que hoy viajamos de España al centro de África en menos de 24h», remacha Encinas.

EL MUNDO

CASTILLA Y LEÓN

Las consultas médicas bajan en Palencia un 25% mientras las urgencias repuntan un 7%

Se deja 87.000 citas al año con el especialista y 324.000 con el doctor de Primaria, pero llegan 3.000 urgencias más al Río Carrión

E.N. VALLADOLID
Palencia recortó el año pasado una cuarta parte de sus citas médicas, tanto con el especialista como con el doctor de cabecera. Las primeras bajaron un 24%, al celebrarse 274.200 en 2023, que son 87.300 menos que hace una década. En atención primaria, las consultas cayeron un 26%, con 918.503 asistencias médicas registradas el pasado ejercicio, lo que supone perder 324.000 respecto al dato contabilizado en 2014.

Al mismo tiempo, mientras las consultas ordinarias bajaron su actividad, creció el ajetreo en los servicios de urgencias, tanto al punto de atención continuada como en el hospital. Las urgencias de Primaria atendieron 152.000 casos el año pasado, un 15% más que en 2014, lo que supuso un incremento de 20.309 pacientes en 2023. En el Río Carrión, por su parte, el servicio de Urgencias hospitalarias atendió a un total de 49.474 pacientes, una diferencia del 7% respecto al volumen registrado diez años atrás, que se traduce en 3.024 urgencias más al año ahora que entonces.

De esos pacientes que llegan al servicio de Urgencias del hospital de Palencia, dos de cada cinco lo hicieron derivados desde Primaria. El complejo asistencial es el segundo de Castilla y León con mayor porcentaje de urgencias procedentes del primer nivel asistencial, puerta de entrada al sistema sanitario, con el 41% de los casos, sólo por detrás del de Ávila (el 57%). En concreto, el año pasado llegaron al Río Carrión un total de 20.132 urgencias derivadas por profesionales de los centros de salud o los puntos de atención continuada.

El incremento de las urgencias es una tendencia al alza en todos los hospitales de Castilla y León. En el caso de Palencia, de media cada día se aten-

dían 127 urgencias y ahora rozan las 136 por jornada.

Lo que disminuye es el porcentaje de casos ingresados: el 24% de las personas que se presentan en las urgencias hospitalarias acaba haciendo noche en el hospital, dos puntos menos que una década antes.

El volumen total de ingresos hospitalarios también se reduce, un 4%, en la última década: 17.327 personas ocuparon una cama el año pasado, 729 menos que en 2014. Y lo hicieron

so las ambulatorias (son muy mayoritarias, con más de 17.300) al crecer un 42% en la última década. Las 5.400 restantes fueron cirugías con ingreso y representan un descenso del 6%.

En el capítulo de pruebas diagnósticas, suben los TAC (casi 25.000 el año pasado) y las ecografías (21.000), mientras las resonancias magnéticas y las mamografías se mantienen estables.

Sacyl evalúa también la responsabilidad del paciente: en cuanto a las pruebas, el usuario no se presenta al 6% de las citas, por encima de la media autonómica (el 4%).

En cuanto a las primeras consultas con el especialista, los datos permiten evaluar la agilidad de los gestores a la hora de citar a los pacientes en un tiempo razonable. Y Palencia no demuestra una gran diligencia, porque sólo el 39% de las primeras consultas preferentes son citadas en el plazo de quince días, por debajo del 43% de media autonómica.

También el paciente debe mejorar en el uso de los recursos: el año pasado no acudió al 10% de las primeras citas con el especialista, uno de los mayores porcentajes de Castilla y León (por detrás del Río Hortega de Valladolid y el de Zamora, con el 12% y 11%, respectivamente).

En cuanto a la actividad registrada en los partitorios, como en el resto de Castilla y León, se registra un notable descenso de la carga de trabajo por el descenso de la natalidad: de los 1.046 alumbramientos contabilizados en 2014 pasamos a los 697, lo que representa una disminución del 50%.

Eso supone un batacazo en la media de bebés venidos al mundo en Palencia, que ya no llega a los dos críos al día (en 2014 eran 2,87 y en 2023 son 1,91). El porcentaje de cesáreas sobre el total de nacimientos aumenta, del 28% al 33% en la provincia.

41%

de las urgencias. Cuatro de cada diez urgencias llegan al hospital derivadas desde atención primaria: 20.132 el año pasado

durante menos noches, porque las estancias descendieron el 14%, con 103.000 pernотaciones el año pasado. En consecuencia, la estancia media se redujo hasta situarse por debajo de las seis noches (5,95).

El número de camas en funcionamiento baja, porque las 418 camas de 2023 son 46 menos que hace diez años, según los datos de los informes sobre Actividad asistencial en Atención Primaria y Hospitalaria, un catálogo de datos incluido en el plan estadístico que cada año publica la Consejería de Sanidad.

Lo que crece en esta década es el número de cirugías, pasando de las 18.000 de hace una década a las 22.700 del año pasado, lo que representa un incremento superior al 26%, con una diferencia de 4.729 operaciones quirúrgicas más ahora que entonces.

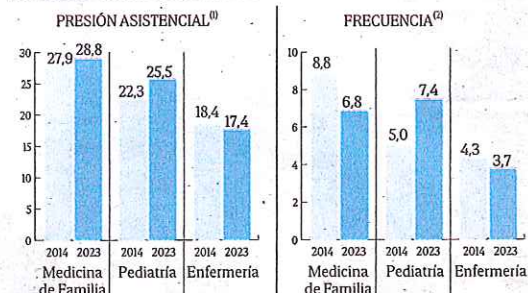
De esas casi 23.000 intervenciones registradas el año pasado, ganan pe-

DIEZ AÑOS DE ACTIVIDAD SANITARIA EN PALENCIA

CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

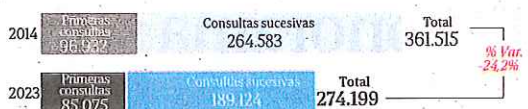
Tipo de visita y profesional	2014	2023	% Var.
Medicina de Familia	1.242.446	918.503	-26
Enfermería	647.615	536.809	-17
Pediatría	96.011	89.069	-7
Otros profesionales	35.886	47.974	34
Total	2.021.958	1.592.355	-21

ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

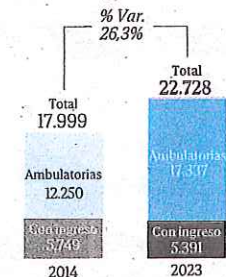


(1) Pacientes atendidos por sanitario al día (2) número de visitas por paciente al año.

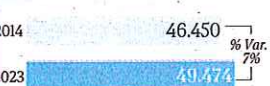
CONSULTAS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA



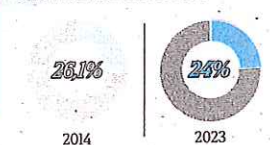
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA



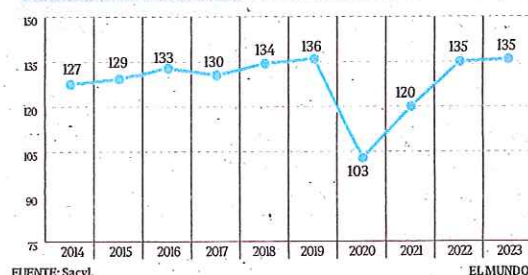
TOTAL DE URGENCIAS



URGENCIAS INGRESADAS



EVOLUCIÓN DE LAS URGENCIAS/DÍA EN HOSPITALES



FUENTE: Sacyl.

EL MUNDO

El doctor ve a 40 pacientes al día en el centro de salud Pintor Oliva, 15 en Villada

Los cinco urbanos registran una mayor presión asistencial

E.N. VALLADOLID
Un médico del centro de salud Pintor Oliva de Palencia atiende a más de cuarenta pacientes al día en una jornada ordinaria. Ese edificio de la ciudad palentina, el que acoge a un mayor número de usuarios de la sanidad pública en la provincia, con más de 22.400 cartillas asignadas, es el que registra una mayor presión asistencial, según los da-

tos del último trimestre del año pasado, extraídos de la aplicación Medora, y publicados por el Observatorio del sistema de salud de Castilla y León.

En el otro extremo se sitúa el centro de salud de Villada (1.600 tarjetas sanitarias), donde los pacientes vistos por médico y día no llegaban a 15 en el cuarto trimestre de 2023.

Ambos polos representan las dos realidades de la atención primaria, no sólo en Palencia sino en el conjunto de Castilla y León, con centros urbanos saturados de pacientes, por un lado, y otros en el medio rural, con menos ajetreo y pequeños consultorios asociados a ellos, con facultativo compartidos en varios municipios.

Los cinco centros de salud urba-

nos de la provincia son, precisamente, los cinco con mayor presión asistencial. Detrás del Pintor Oliva se sitúan los centros de salud de Eras Del Bosque (38,8 pacientes atendidos al día), Jardinillos (37,7) y Villamuriel de Cerrato (36,4). Los dos últimos superaron ese listón de los cuarenta pacientes por jornada durante el primer trimestre del año. En quinto lugar, el centro de salud de La Puebla (35,7 personas al día).

A continuación aparecen los quince centros de salud rurales que hay

en la provincia ordenados del siguiente modo por la presión asistencial en el último trimestre del año pasado: Aguilar De Campoo (31,1 citas al día), Palencia Rural (30,7), Guardo (27,5), Venta de Baños (26,2), Cervera de Pisuerga (25,3), Herrera de Pisuerga (24,9), Paredes de Nava (23,9), Saldaña (22,9), Baltanás (22,9), Carrión de los Condes (22), Osorno (18,8), Frómista (18,6), Villaramiel (16,5) y Torquemada (16,3). Cierra la lista el de Villada (14,7).

PAPEL VERANO | SALUD

MÁS DE 8.300 MUERTES POR CALOR EN ESPAÑA DURANTE 2023

Huella térmica. Una investigación de ISGlobal en 'Nature Medicine' destaca que sin las medidas de adaptación frente a la subida del mercurio los fallecimientos hubieran sido un 80% más. En Europa, se han superado los 47.000

Por Pilar Pérez (Madrid)

Que el mercurio no dé tregua en verano, es más que una obviedad cuando el umbral de temperaturas mínimas también se mantiene elevado. Esto hace que el impacto en la salud se note cada vez más. Las cifras de su huella se recogen en fallecimientos: más de 47.000 personas murieron en Europa como consecuencia de las altas temperaturas en 2023, el año más cálido registrado a nivel mundial, el segundo en Europa.

Nuestro país fue el segundo, tras Italia, en número de fallecimientos: 8.352 y 12.743, respectivamente. Junto a Alemania (6.376), engloban casi la mitad de los fallecimientos en el continente. Dentro de nuestras fronteras, Barcelona, Madrid y Valencia, concentran las cifras más altas, (839, 830 y 561).

Un estudio liderado por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal), centro impulsado por la Fundación "la Caixa", y publicado en *Nature Medicine*, ha realizado las estimaciones oportunas para conocer cómo el exceso de calor ha afectado a la población y cómo nos estamos acostumbrando a las olas térmicas. En este trabajo, como apunta Elisa Gallo, investigadora de ISGlobal y primera autora del estudio, también se destaca que «la sociedad ha cambiado a favor de una mejor adaptación a las altas temperaturas, aunque sigue muriendo mucha gente y habría que actuar más rápidamente». Estos mecanismos de protección habrían reducido la carga de mortalidad relacionada con el calor un 80%.

Gallo justifica que «en el estudio no medimos directamente cuáles fueron los cambios. Nuestro objetivo era mirar si las condiciones habían cambiado y cómo. Esto puede ser un principio para el

desarrollo de diferentes investigaciones en el futuro». Entre estas mejoras se mencionan la atención sanitaria, la protección social y el estilo de vida, avances en la salud ocupacional y las condiciones de los edificios, los esfuerzos de preparación, una mayor conciencia de los riesgos y las estrategias de comunicación y alerta temprana más efectivas.

«Hemos observado que desde el año 2000, la temperatura de mínima mortalidad (la temperatura óptima con menor riesgo de mortalidad) se ha ido calentando gradualmente de media en el continente, pasando de 15°C en 2000-2004 a 17,7°C en 2015-2019. Esto indica que somos menos vulnerables al calor de lo que éramos a principios de siglo, probablemente como resultado del progreso socioeconómico general, las mejoras en el comportamiento individual y las medidas de salud pública, como los planes de prevención del calor puestos en marcha tras el verano récord de 2003», añade Gallo. Cabe recordar que hace 11 años fallecieron en esa ola de calor casi el doble de personas, unas 70.000.

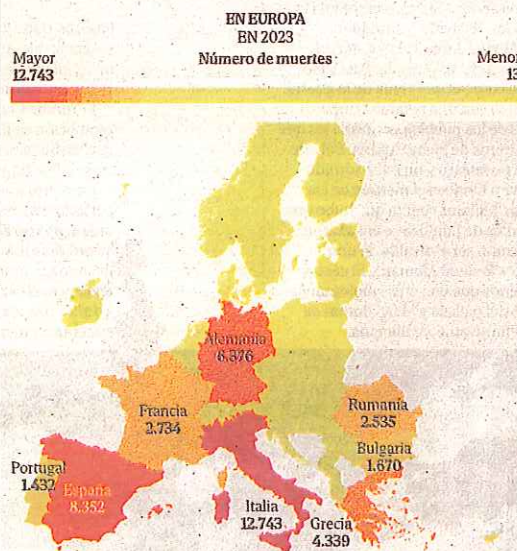
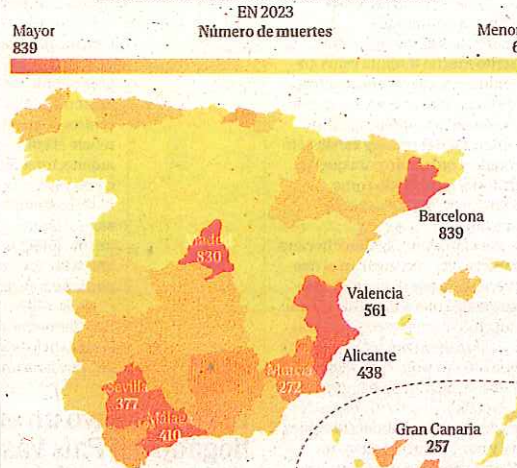
Todas estas investigaciones son necesarias, más si cabe ahora que se han sucedido dos años con elevadas cifras de mortalidad: en

“Las personas mayores de 80 años son las que más riesgo tienen frente al estrés térmico por sus patologías asociadas”

“Europa se calienta dos veces más rápido que la media mundial. El cambio climático es un problema de salud”

2022 se reportaron 60.000 muertes durante el verano. Dominic Royé, responsable de ciencia de datos en la Fundación para la Investigación

MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL CALOR EN ESPAÑA



FUENTE: Instituto de Salud Global de Barcelona J. AGUIRRE y E. AMADE / EL MUNDO

del Clima, como recoge SMC, apunta que una cuestión clave que plantean los autores: «¿Hasta qué punto ha habido suficiente adaptación desde la gran ola de calor de 2003, cuando vemos el gran número de muertes estimadas en Europa en 2022?». En este sentido, Gallo aclara que sin ser el objetivo «para analizar el efecto en las poblaciones vulnerables nosotros separamos la población. Por ejemplo, distinguimos por sexo y observamos que en el grupo mujeres la tasa de mortalidad era 55% más alta que en los hombres. También hicimos un análisis por grupos de edad y concluimos que las personas mayores de 80 años son las que tienen un riesgo más alto».

Por ello, Royé subraya que la sociedad debe contar con el factor edad en el desarrollo de políticas de salud pública más efectivas. «Sobre todo, si una de cada cinco muertes relacionadas con el calor puede atribuirse al envejecimiento de la población en las próximas décadas».

Esta investigación reproduce la metodología de un estudio anterior publicado el año pasado, también en *Nature Medicine*. A diferencia del verano de 2022, que se caracterizó por temperaturas extremas persistentes en la parte central de la estación desde mediados de julio hasta mediados de agosto, en 2023 no se registraron grandes anomalías térmicas durante las mismas semanas. Sin embargo, dos episodios de altas temperaturas a mediados de julio y finales de agosto habrían sido responsables de más del 57% de la mortalidad global estimada, con más de 27.000 muertes.

Y estas cifras llevan a Royé a insistir en las medidas, porque a su juicio es necesario un seguimiento exhaustivo del impacto del cambio climático en las poblaciones más vulnerables y la puesta en marcha de planes de prevención más eficaces. «Vigilamos muy bien la temperatura, pero no de la misma manera los impactos sobre la salud. La adaptación social al aumento de las temperaturas ha desempeñado un papel crucial en la prevención de la mortalidad en Europa, pero sigue siendo insuficiente», subraya este experto.

Gallo disecciona los datos y analiza más allá del grupo etario ya mencionado antes. «Hemos visto que las personas mayores de 80 años son las que más riesgo tienen. ¿Por qué? Estas personas es muy probable que tengan comorbilidades y estas patologías que les hacen más sensibles al estrés por calor». Y continúa poniendo sobre la mesa un determinante sociosanitario: «También hay una mayor probabilidad de que las personas de avanzada edad vivan solas y eso suma más riesgo porque pueden verse en una situación donde es más difícil tener una ayuda necesaria».

Si miramos regiones, «el sur de Europa es el más afectado», apunta la investigadora de ISGlobal. En 2023 los países más afectados fueron Grecia, Chipre, España, Italia, Bulgaria y Portugal y «corresponden con los países donde se registran las temperaturas más extremas durante el verano». A nivel español las regiones con una mayor mortalidad por calor fueron «Castilla-La Mancha, Extremadura, Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias, todas con una mortalidad superior a 200 muertos por un millón de habitantes», especifica Gallo.

La investigadora remacha con la idea de que «en 2023, casi la mitad de los días superaron el umbral de 1,5°C fijado por el Acuerdo de París, y Europa se calienta a un ritmo dos veces más rápido que la media mundial». Esta situación pondrá prueba la fisiología del ser humano y las medidas de protección, «lo más importante es empezar a considerar el cambio climático como un problema de salud».

La revista diaria de EL MUNDO. Jueves, 1 de agosto 2024

Las patatas
fritas tienen
sabores
artificiales a
base de
aditivos. E.M.



SALUD

LA UE DICE ADIÓS A LOS ADITIVOS DE LAS PATATAS

Por El Mundo

Uno de los *snacks* más populares en nuestro país, las patatas fritas con sabor a jamón, podría tener los días contados y tendría que reinventarse. La UE ha dado un paso más en el control que, desde hace años, ejercen las instituciones para eliminar de los supermercados los productos más dañinos en favor de lo saludable, prohibiendo los alimentos que contienen entre sus ingredientes aditivos artificiales ahumados. El motivo: su posible riesgo de generar cáncer y enfermedades hereditarias.

El veto se remonta a 2023, cuando la Comisión Europea encargó a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) un informe sobre ocho aromas de humo con el fin de evaluar su genotoxicidad, es decir, la capacidad de estas sustancias químicas para dañar el material genético de las células. En noviembre del pasado año se concluyó que en esos aditivos «existen problemas de genotoxicidad que no se pueden descartar», lo que confirmó las sospechas de la CE. En abril de 2024, y siguiendo sus recomendaciones se votó de forma unánime –los 27 apoyaron la iniciativa– a favor de prohibir la producción y comercialización de alimentos con aromas de humo artificiales en todos los países de la UE.

Estos aromas de humo se usan como alternativa al proceso de ahumado tradicional en carnes, pescados, quesos, sopas, salsas, bebidas, helados y dulces, por lo que la prohibición afectará a un buen número de productos. La CE ultima el reglamento, que entrará en vigor en la primavera de 2025 y dará un margen de adaptación de entre dos y cinco años.

“VAMOS A VER MÁS CASOS IMPORTADOS DEL VIRUS ORPOUCHE”

Nueva alerta. Latinoamérica padece un brote importante de esta infección: Brasil, Cuba, Bolivia, Perú y Colombia son las regiones más afectadas. «Sufren más casos de lo habitual»

Por Pilar Pérez (Madrid)

El brote masivo de casos por el virus del Oropouche en países de Latinoamérica ha cruzado el Atlántico. En junio y julio de 2024 se notificaron por primera vez 19 casos importados de enfermedad en países de la UE: España (12), Italia (5) y Alemania (2), según el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). «Habrá más casos procedentes de los países más afectados, como Brasil, Cuba, Perú, Colombia, Bolivia y Perú», advierte María Velasco, secretaria de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc).

Por ello, desde Sanidad y el Ministerio de Exteriores se incide en las medidas preventivas para quienes decidan visitar los países donde viven con más intensidad el brote. «Por un lado, los que ejercen la Medicina del Viajero deben explicar cómo protegerse: repelente de mosquitos, mosquiteras muy finas por el tipo de insecto y evitar, en la medida de lo posible, las zonas endémicas», resume Velasco.

Dentro de nuestras fronteras se han detectado casos en Canarias, Galicia, Andalucía, País Vasco y Madrid, todos ellos en personas que recientemente habían

viajado a España desde Cuba. El último ha sido comunicado por la consejería del archipiélago, que ha confirmado que el paciente recibe tratamiento domiciliario. «Los médicos deben contemplar la posibilidad de esta infección en los diagnósticos diferenciales de infecciones de virus emergentes», añade la secretaria de la Seimc.

Puesto que no es una infección habitual en nuestro país, «se centralizan las muestras en el Centro Nacional de Microbiología para elaborar los análisis», explica Velasco. Las pruebas permiten distinguir entre dengue, Zika y Chikungunya, dado que comparten algunos síntomas. Además de viajar a las zonas de riesgo, las señales que apuntan a una posible infección son: vómitos, náuseas, fiebre, dolor de cabeza y diarrea, entre otros, y su duración suele ser entre cinco y siete días. «En ocasiones muy raras, en menos de un 5% de los casos, la enfermedad presenta cuadros graves con meningitis aséptica», advierte Velasco.

«Debemos diagnosticar todos los casos, recoger la clínica y los tratamientos que se ponen a cada pacien-

te. Permitir el seguimiento ayudará a tener una fotografía completa de la infección», subraya la experta. Esto se debe a que pese al incremento de casos este año en el continente latinoamericano, con más 8.070 casos notificados en cinco países. Brasil lidera la lista con 7.284, incluidas dos muertes; Bolivia, 356; Perú, 290; Cuba y Bolivia, ambas 74. «Sufren un brote más grande de lo habitual», añade Velasco.

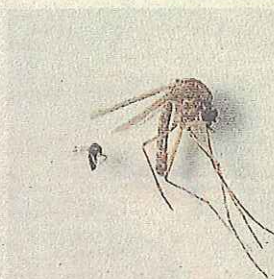
Ya en 2017, Luiz Tadeu Moraes Figueiredo advirtió en un artículo científico sobre la situación del patógeno. «Es un virus que puede surgir en cualquier momento y causar un grave problema de salud pública en Brasil», afirmó el investigador del Proyecto Temático apoyado por la Fundación de Apoyo a la Investigación Científica del Estado de São Paulo (FAPESP) centrado en virus zoonóticos emergentes.

Como afirma Eduardo Jurado-Cobena, del Departamento de Microbiología e Inmunología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Texas en Galvesto, a través de un artículo reciente publicado en *Zoonoses*, «el Oropouche (género *Orthobunyavirus*, familia *Peribunyaviridae*) es un virus transmitido por artrópodos que infecta a varias especies de animales y seres humanos, principalmente en América del Sur».

Se trata de un mosquito de menor tamaño que los habituales. «De momento, por suerte, en España no contamos con vectores [clases de mosquitos] que lo transmitan con eficiencia. Solo debemos estar atentos a los casos exportados», comenta Velasco.

Su descripción como un patógeno humano se realizó hace más de 60 años, pero «se ha avanzado poco en la descripción de las características ecológicas y patológicas», lamenta Jurado-Cobena. Sin embargo, con la reciente propagación viral hacia el norte, llegando a Haití y Cuba, el virus Oropouche ha estado recibiendo más atención, como lo demuestra el creciente número de artículos de investigación relevantes.

Una de las preocupaciones en la posible transmisión fetal de la infección, lo que recuerda a lo vivido con las malformaciones provocadas por el virus del Zika en 2016. El vínculo aún no ha sido confirmado, pero el Ministerio de Salud de Brasil (donde han registrado cuatro casos de microcefalia en madres infectadas) recomienda a los profesionales que vigilen de cerca a las embarazadas infectadas con Oropouche. «Los casos son preocupantes y una señal para estar alerta», apuntaba el virólogo Amílcar Tanuri, de la Universidad Federal de Río de Janeiro en un reciente artículo en *Science*, al tiempo que matiza que resulta demasiado pronto para sacar conclusiones firmes.



'Culicoides paraensis' (el menor) y 'Culex quinquefasciatus' (el grande):
SEARB/IEC

TE INTERESA

¿CÓMO PUEDO INSCRIBIRME EN ESTOS CURSOS?

Los interesados pueden visitarnos en la oficina de Ensenia, en la calle Ronda Eloy Sanz Villa, 6 y a través del teléfono 975 239300.



Tipos de diabetes, síntomas y medidas para prevenirlos

Si no se llega a controlar la enfermedad, las complicaciones pueden ser muy serias, provocando infartos, daños renales o disminución de la agudeza visual, entre otras.

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica-crónica producida por elevados niveles de glucosa en sangre, secundarios al déficit, total o parcial de insulina en sangre. La insulina es una hormona elaborada en el páncreas que lo que hace es permitir el paso de glucosa a la célula para poderla utilizar como energía.

TIPOS

El Tipo I suele ser autoinmune, representa entre el 5-10 % de los pacientes y se diagnostica con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes. El tratamiento se basa en

el aporte de insulina y un buen control metabólico.

El Tipo II representa 90-95 % del total. En estos casos, el cuerpo no utiliza de manera eficiente la insulina, o no se produce la insulina suficiente. Se suele desarrollar en adultos, aunque las incidencias en jóvenes están aumentando debido al incremento de la obesidad y cambios en el estilo de vida actual.

SÍNTOMAS

Aumento de sed y necesidad de orinar frecuentemente, hambre extrema, pérdida de peso de manera inexplicable, cansancio, fatiga, visión

borrosa, heridas de curación lenta, infecciones frecuentes...

Si no logramos controlar la enfermedad con el tratamiento adecuado, las complicaciones y las enfermedades pueden llegar a ser muy serias: patologías cardiovasculares, infartos, daño renal, disminución de agudeza visual...

Algunas medidas para evitar el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones están relacionadas con llevar a cabo una dieta equilibrada, realizar ejercicio de forma habitual, alejarse de una vida sedentaria o comer sano.



Un buen control y una dieta equilibrada del peso puede favorecer el control y la prevención de la enfermedad.



HLT dispone de laboratorio propio para la detección precoz de la enfermedad mediante análisis de sangre y componente genético.



Este centro de referencia en la sanidad provincial está situado en la capital, más en concreto en Camino de los Reales, 8, Soria.



Cursos de formación subvencionados

En ENSENIA tenemos nuevos cursos gratuitos online homologados, para que puedas seguir creciendo profesionalmente durante el verano. Los nuevos conocimientos que adquieras durante el desarrollo de la formación, te beneficiarán para evolucionar en tu puesto de trabajo y facilitarte el acceso a un nuevo empleo.

¿A qué estás esperando? Apúntate a nuestros cursos online gratuitos para trabajadores y autónomos, y benefíciate de una formación online de calidad y adaptada a tus necesidades.

Uno de nuestros cursos a distancia gratis más populares es el de 'Google Adwords y sus aplicaciones publicitarias', 'Marketing en medios sociales' o

'Tecnologías aplicadas a la venta'. En esta oferta de cursos gratis online, también puedes cumplir con una normativa obligatoria por la administración: 'Sensibilización en la igualdad de oportunidades' o 'Actuaciones frente al acoso sexual'.

Conscientes de la importancia de la tecnología en nuestras vidas, os proponemos cursos que os ayudarán a mejorar vuestras competencias digitales y a estar al día en usos de internet. Como ves, contamos con una plataforma para cursos online con titulación acreditada por el SEPE con una amplia variedad de acciones formativas, cuyos cursos también son subvencionados para desempleados y trabajadores.

TRASTEROS SORIA

643 14 14 21
www.trasterosensoria.es

Alquiler de Trasteros y almacenes
Autónomos, empresas y particulares
P. I. Las Casas C/C Nave 2 - 42005 - Soria

NUESTRAS VENTAJAS

- ✓ Control y Acceso 24h
- ✓ Alquiler sin permanencia
- ✓ Videovigilancia
- ✓ Zona carga y descarga
- ✓ Seguro incluido
- ✓ Control de plagas
- ✓ Sistema anti incendios y mucho más...

ensenia

45 AÑOS FORMANDO EN SORIA

Diseño de planes de formación a medida
Centro acreditado de Formación para el Empleo
Servicios de selección y Agencia de Colocación
Autoescuela y Centro de Formación Vial



CASTILLA Y LEÓN

Las cirugías sin ingreso se disparan en Burgos y cae la ocupación hospitalaria

Las intervenciones ambulatorias han crecido un 117% en una década / Aumentan las consultas en el HUBU, pero descienden más de un 20% en los centros de salud / Las urgencias, por lo alto: 15 a la hora

L. BRIONES BURGOS

La evolución de la sanidad burgalesa en la última década arroja datos singulares, tendencias, incluso, derivadas de los nuevos usos de los recursos o de los cambios sociodemográficos. La comparativa de las cifras más recientes difundidas por la Junta de Castilla y León con los de 2014 permite conocer la marcha de los distintos ámbitos asistenciales, ajenos ya entonces a acontecimientos trascendentales previos, como la apertura del Hospital Universitario de Burgos, sucesor del viejo Yagüe, hoy borrado de la faz de la ciudad. Otros factores pueden determinar el resultado, marcado, lógicamente, por la irrupción de la pandemia, allá por 2020, cuyas secuelas sociosanitarias aún se perciben.

Así, de entre todos los indicadores llama la atención el incremento extraordinario de las cirugías ambulatorias. Si bien el alza es común en todas las provincias, apoyada en la apuesta creciente por intervenciones mínimamente invasivas siempre que la tecnología lo permita, el aumento registrado en Burgos es espectacular. En concreto, las operaciones sin ingreso pasaban de 11.543 en 2014 a 25.077 el año pasado, lo que supone un auge del 117%, que, de paso, eleva el total de forma considerable, pues las intervenciones con hospitalización se mantienen por encima de las 10.000. La suma reciente llega a 35.939, un 63% más que las 22.004 de hace una década.

Este panorama permite sostener, incluso reducir, el índice de ocupación, es decir, la proporción de camas 'activas' ocupadas en un periodo de tiempo. Bajaba de 74,7% en 2014 a 73,9 el año pasado. Descendía en mayor medida el número de ingresos, siendo los 28.075 de 2023 un 8,5% menos de los 30.705 acumulados diez años antes. Lo mismo ocurre con las estancias. Pasaban de 196.662 a 193.370, lo que implica una caída del 1,6%. Y todo con los veinte quirófanos del HUBU (los mismos en ambos ejercicios) a pleno rendimiento.

ESTANCIA MEDIA. Apenas va-

RADIOGRAFÍA DE DIEZ AÑOS DE ACTIVIDAD SANITARIA EN BURGOS

CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tipo de visita y profesional	2014	2023	% Var.
Medicina de Familia	2.443.371	1.874.449	-23
Enfermería	1.188.347	888.586	-25
Pediatría	222.255	189.728	-15
Otros profesionales	63.138	95.236	51
Total	3.917.111	3.047.999	-22

CONSULTAS EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Año	Consultas sucesivas	Consultas sucesivas	Total	% Var.
2014	189.622	454.199	643.823	0,1%
2023	195.518	448.811	644.329	

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

Año	Total	% Var.
2014	37.702	48,6%
2023	56.033*	
	Ambulatorias 41.607	
	Con ingreso 14.426	

*Se suma el hospital privado San Juan de Dios de Burgos
FUENTE: Sacyl.

URGENCIAS

Año	Total	% Var.
2014	174.648	11,5%
2023	194.809	

URGENCIAS INGRESADAS
13,9%
10,4%

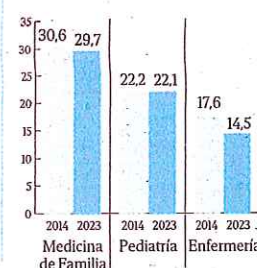
rían las camas disponibles, cinco menos en la actualidad: 716, frente a las 721 de entonces. Tampoco hay cambios relevantes en la estancia media de los pacientes, que se mantiene por debajo de los 7 días, en 6,89 para ser exactos, al igual que en 2014, cuando era de 6,4 días. Ahí se ubica en la actualidad la media regional que tras un progresivo descenso desde los 7,9 días que alcanzaba en 2008 hasta los 6,5 de 2017. Repuntaba en 2020 a 7 a causa del coronavirus, para volver a caer poco a poco al mínimo que hoy registra.

COMARCALES. El descenso de la actividad hospitalaria es más acusado en los dos hospitales comar-

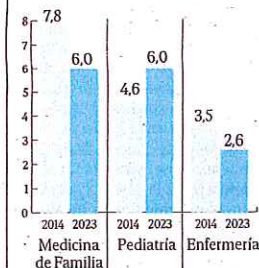
cales de la provincia, el ribereño Santos Reyes y el Santiago Apóstol, en Miranda de Ebro. Ambos disponen de poco más de un centenar de camas (114 y 102, respectivamente) que veían descender de forma muy pronunciada el número de ocupantes en la última década, dado que los ingresos se reducían un 23% y más aún las estancias. De hecho, su índice de ocupación caía del 70 al 47% en el caso del complejo arandino y del 72 al 57 en el centro mirandés. En los dos, eso sí, en la línea del HUBU, crecían las intervenciones ambulatorias. El auge no llega a las cotas de la capital, pero es notable en particular en el Santiago Apóstol, donde esas operaciones registraron una su-

ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

PRESIÓN ASISTENCIAL



FRECUENCIA



(1) Pacientes atendidos por sanitario al día (2) Número de visitas por paciente al año.

EVOLUCIÓN DE LAS URGENCIAS/DÍA EN HOSPITALES



EL MUNDO

bida del 80% y pasaban de 4.211 a 7.568, en detrimento de las cirugías con ingreso, que caían un 26%. El aumento de las que no requieren hacer noche en el centro en el Santos Reyes es más bien tímido, pues ronda un 5,7% frente a la bajada también menos pronunciada de las intervenciones que requieren hospitalización, del 8%.

CONSULTAS. Dispar evolución registran las consultas desde 2014. Mientras que las primeras visitas a los especialistas del HUBU crecen casi un 10%, las efectuadas a los médicos de familia en los centros de salud bajan, en suma, un 23%. En concreto, estos profesionales acumulaban el año pasado 1.874.449,

frente a las 2.443.371 de hace una década. Y no es que se hayan derivado atenciones a la Enfermería, pues esta área veía caer todavía más su actividad. Las 888.586 consultas que recibían en 2023 son un 25% menos que las 1.188.347 de hace diez años. El descenso de la población infantil bien puede explicar, por su parte, la caída del 15% que se produce en la consulta de Pediatría. Mientras, el resto de profesionales de Atención Primaria, ámbito que incluye matronas y trabajadores sociales, vieron aumentar un 51% la demanda en el periodo analizado.

Más allá de la consulta ordinaria, la asistencia en este nivel también pasa a PÁGINA SIGUIENTE



#CIERRA UNICEF

DONA AHORA
900 907 133
cierraunicef.es

unicef
UNICEF Comité Español

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

bién se presta mediante atención domiciliaria, donde el desplome es generalizado. Las 16.350 visitas médicas de 2023 suponen un descenso del 37% respecto a las 26.004 de 2014. En el caso de Enfermería la bajada es del 18% y de un 99% en Pediatría, que pasaba de rozar el millar hace diez años a contabilizar apenas seis el ejercicio pasado.

En el Complejo Asistencial Universitario de Burgos la realidad es distinta, pues tanto las consultas iniciales como las sucesivas aumentan. Las primeras suben un 9,78%, hasta sumar 144.093, y las segundas, un 4,82, con 352.647, lo que en global supone un incremento del 6,21% y una cifra total de atenciones de 496.740. Cabe indicar que, según precisa la Consejería de Sanidad, «se define como consulta externa de Atención Hospitalaria todo acto médico realizado de forma ambulatoria y programada para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración físicas».

URGENCIAS AL ALZA. En el caso de las Urgencias la progresión es unánime, con independencia del ámbito asistencial. Suben tanto las de Primaria como las hospitalarias. Así, las recibidas en los Puntos de Atención Continuada -como el ubicado en el Divino Valles de la capital burgalesa- crecían un 8% desde 2014, al pasar de 207.053 a 223.667. Más aún lo hacían las registradas en el HUBU, un 11%. Se incrementaba la media diaria de 328,72 hace diez años a 366,21 en la actualidad, lo que implica la nada desdiable media de 15 por hora. Lejos de este abultado número se encuentran los hospitales comarcales, aunque también coinciden en el aumento. El Santiago Apóstol de Miranda de Ebro veía subir este indicador un 7%, hasta los 28.586 casos (78 diarios) y en el Santo Reyes de Aranda de Duero el alza llegaba al 16%, con 32.555 pacientes (89 al día). Eso sí, en los tres complejos descendían las visitas urgentes que derivan en un ingreso. En Burgos apenas 12 cada día, lo que supone una disminución del 21% respecto a hace una década, la misma que en Miranda, mientras que en Aranda la caída de este dato llega al 36%.

LOS PARTOS EN CAÍDA LIBRE. Que la natalidad cotiza a la baja no es una sorpresa. Lo corroboran los datos difundidos por Sanidad. En Burgos, en los últimos diez años se ha pasado de contabilizar más de 5,5 partos al día a no llegar a 4, lo que implica un descenso del 40%. La caída es menor en Aranda, del 30%, y en Miranda, don-



Dependencias de un centro de salud ribereño. LORETO VELÁZQUEZ

La presión cae en Primaria, pero hay médicos con más de 30 casos al día en 16 centros

Aranda Norte y el capitalino García Lorca superaban incluso los 40 al término de 2023 / La frecuentación baja un 23% de media

L. B. BURGOS

Los 37 centros de salud de la provincia presentan una carga de trabajo desigual que, si bien ha descendido en la última década en términos generales, se acumula de manera notable en algunos espacios, cuya presión asistencial notorio. Conviene señalar que este indicador refleja el número total de pacientes atendidos por profesional sanitario al día. Para un análisis completo de la actividad registrada se combina con la frecuentación, es decir, el número de visitas por paciente al año, de media.

En global, los centros de salud burgaleses han visto caer ambas cifras vinculadas al profesional médico en

la última década. Apenas un 3% bajaba el número de casos recibidos al día, que pasan de 30,56 a 29,71. La diferencia es mayor en el caso de las citas reiteradas, que descendían casi dos puntos, de 7,83 a 6,03, un 23% menos. También refleja una clara tendencia a la baja la actividad de Enfermería, con recortes del 8% y el 10%, respectivamente, mientras que la Pediatría mantiene la presión asistencial de hace diez años, con 22 pacientes al día y ha visto dispararse la frecuentación un 29%.

No obstante, como siempre, centrar el foco en los detalles ofrece un panorama pormenorizado que aleja un buen puñado de instalaciones de lo que podría conside-

rarse un ritmo adecuado de atención. Y es que en hasta 16 centros de salud los médicos superan la treintena de pacientes diarios. Dos de ellos, Aranda Norte y García Lorca -que languidece a la espera de unas nuevas instalaciones, en el Silo, que nunca llegan- se ubicaban incluso por encima de los 40 al término de 2023.

Los 14 restantes que acompañan a los dos citados al frente de este ranking son, sin excepción, todos los urbanos de la provincia. Al ribereño ya mencionado le acompaña el Aranda Sur, con 37,8 visitas diarias. Tanto Miranda Este como Oeste rondan los 38, mientras que en la capital burgalesa tras el em-

plazado en Capiscol, que tiene el dudoso honor de liderar esta clasificación. Se ubican tras él, por orden, los centros de salud de Las Torres, con 39,7 pacientes diarios, Los Cubos, con 39,1, San Agustín, con 38,7, Comuneros, con 38,3, y Las Huelgas, también con 38,3. José Luis Santamaría, que bajaba ya de 38 hasta 37,4, seguido de los 37 'redondos' del Cristóbal Acosta. Tras él aparecen Santa Clara, con 36,8 casos de media cada jornada en agenda médica, y el denominado Ignacio López Saiz, con 36,6. El único rural que se cuela en este listado es el de Valle de Mena, que registró un aumento notable a finales de año y alcanzó los 35,3, mientras que el último por encima de los 30, con 33,9, es el centro de salud de Las Torres, también urbano.

La media de los que están situados en ciudades asciende a 37,3. Por el contrario, la de los 22 que atienden en zona rural cae a 20,6. Por encima de ese dato se encuentran Belorado, Briviesca, Burgos Rural Norte, Burgos Rural Sur, Condado de Treviño, Medina de Pomar, Roa de Duero, Salas de los Infantes y Villarcayo. El que menor presión asistencial registra es el de Sedano, con apenas 7,3 pacientes por día.

DOS CASOS REBASAN EL CUPO DE 1.500 TARJETAS SANITARIAS POR FACULTATIVO

La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León fijaba en 1.500 el cupo óptimo de tarjetas sanitarias por facultativo en los centros de salud urbanos y semiurbanos. Dos décadas después de establecer ese indicador, dos instalaciones de la provincia de Burgos rebasan tal límite. Se trata, en concreto, de los centros de salud más recientes de la capital, el José Luis Santamaría, con 14 facultativos y una media de 1.605 vecinos a su cargo cada uno, y el que se puso en marcha en las dependencias del Hospital Militar para dar servicio al entorno de Huelgas, cuyos 6 galenos tienen atribuidos 1.604 pacientes. Todos los urbanos superan el millar, mientras que los rurales oscilan entre los 254 del Valle de Losa y los 868 de Medina de Pomar.

MIRANDA DESTACA POR LA SOBRECARGA EN PEDIATRÍA

La foto fija al cierre de 2023 de la presión asistencial registrada en las consultas de Pediatría de los centros de salud de Burgos ofrece datos a tener en cuenta en la ciudad del Ebro, pues tanto Miranda Este como Miranda Oeste, que concentran 1.907 y 2.431 tarjetas sanitarias de menores de 14 años, respectivamente, registran más de una treintena de pacientes diarios por pediatra. El primero alcanza los 31,9, mientras que el segundo se eleva a 35,3. Superan también los 30 los espacios asistenciales de Aranda Sur, con 33,5, de Briviesca, con 30,7, y Las Torres, con 30,1. En el otro extremo se encuentran los rurales que carecen de estadística al no contar con pediatra estable.

PRIMER PLANO

LOS MALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los residentes de Atención Primaria que acaban este año denuncian cómo este verano se han agudizado los problemas de su especialidad. La escasa planificación de personal, exceso de burocratización y agendas apretadas desincentivan a los nuevos estudiantes. «Deberíamos estar evitando enfermedades, no despejando agendas de virus y bajas»

LOS MIR DE MEDICINA DE FAMILIA: «NOS USAN COMO MANO DE OBRA BARATA»

PILAR PÉREZ MADRID

«La situación que vivimos ahora es la parte más aguda de un problema crónico que viene de años atrás». Francisco Ubet Barberá terminará en septiembre su formación de Medicina Familiar y Comunitaria en un centro de Segovia. «Algunos de mis compañeros han tenido presiones para ejercer sin un tutor en zonas de difícil cobertura. A otros les han ofrecido una compensación económica...».

«Todo son parches de última hora por una mala gestión», denuncia el vocal de Médicos Jóvenes de la Organización Médica Colegial (OMC), Domingo Sánchez. Este verano, casi 2.500 MIR de Medicina de Familia y Pediatría se han podido encontrar en la situación de Ubet: ser parte de la solución de la cobertura de plazas en verano. Aunque no todos están en los centros de atención primaria, la gran mayoría, sí.

Este vocal de la OMC sostiene que este es un asunto recurrente. «En verano siempre denunciábamos la situación: falta de planificación y el uso de los MIR como mano de obra barata. Sanidad, las CCAA y todos los gestores deberían tomar cartas en el asunto», denuncia. «Todo esto da un poco de pena», apunta Ubet.

«Siempre se contaba con los residentes que acababan», asegura Jesús Martín González, otro R4 que termina su formación en Salamanca. «Realmente esto es un problema enquistado cada verano». Tanto Ubet como Martín son vocales de médicos jóvenes en sus colegios y conocen bien la situación del MIR en España: una formación excelente, de calidad, pero que se enfrenta a un mercado laboral con contratos temporales y des sustitución, con problemas para consolidar la «plaza».

Con todo, ellos forman parte de las generaciones de repuesto, porque «el agravante es que cada año se están jubilando más médicos de Familia, la mayoría en atención primaria», apunta Ubet. Desde la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

(Semfyc) se estima ya un déficit de más de 2.600 profesionales para el próximo año.

Y no será posible dar cobertura a ese agujero, porque solo hay 1.741 residentes de cuarto año adscritos a las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. A este número hay que sumar los especialistas en Pediatría, más de 480. «No nos da tiempo a alcanzar esa tasa de reposición. Ahora no se puede resolver el problema, porque se está agudizando», incide Martínez.

En diciembre de 2023 había un total de 301.684 médicos colegiados, con un incremento de 9.271 (el 3,2%) con relación al año pasado, 41.096 (el 16,2%) desde el año 2017 y 82.653 (el 37,7%) desde 2009. «Son crecimen-

te grupo de edad están incluidos la inmensa mayoría de los MIR pues, según el Ministerio, este año son menores de 30 años el 74,9% y menores de 35 años, el 90,6%.

El Ministerio de Sanidad también ha hecho las cuentas. A través del *Informe de necesidad de médicos especialistas 2023-2035* queda patente que el sistema sanitario tiene un déficit global de 5.874 especialistas, aunque para dentro de ocho años se prevé, según el estudio, «un ligero superávit» que se incrementará hasta un 2,5% en 2035.

En Medicina Familiar y Comunitaria, se sabe que son 4.502 médicos, cifra que aumentará hasta los 5.496 profesionales en 2029, si bien al año siguiente, «empezará el cambio de signo de déficit a equilibrio (en torno a la falta de unos 2.100 médicos de Familia en 2035, menos de un 5% de déficit)».

Desde Semfyc insisten en que en su especialidad las cuentas no salen: los 9.940 MIR de Familia que, según sus cálculos, se habrán formado entre 2021 y 2025 no tapan el *boquete* que dejarán los más de 12.600 jubilados en ese quinquenio.

¿Qué medidas se plantean los gestores? Por un lado, retrasar jubilaciones. «Esto te soluciona un verano, una primavera... pero no es manera de planificar. Es una solución cortoplacista», explica Martínez. Por otro, piensan que contratar a médicos sin la especialidad no sirve. «Va en contra de la especialidad en sí: al final hace que parezca que esto lo puede hacer cualquiera y no se le da la suficiente importancia», subraya Ubet.

«Se coge a médicos con el título homologado, pero sin la especialidad, o solo con el título sin la formación especializada, sin el examen MIR...», detalla Martínez, que coincide con su compañero en que esto degrada la

RADIOGRAFÍA

ASÍ ES EL DESIERTO DE PLAZAS

Son varios factores los que influyen en que se haya convertido en una especialidad con muchas grietas.

246

VACANTES EN 2024.

Este año se han quedado de nuevo plazas MIR de Medicina de Familia sin dueño, a pesar del incremento de las mismas.

7

AUTONOMÍAS.

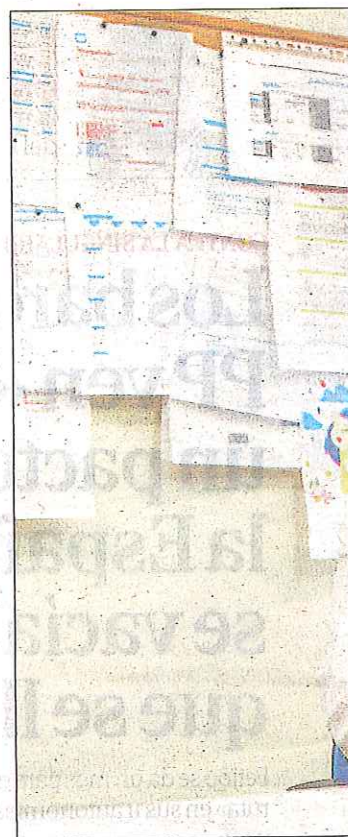
Extremadura, Castilla y León, Galicia, Aragón, Cataluña, Navarra y Asturias son las que han tenido vacantes en las tres últimas convocatorias.

2.508

MIR 2025. Es la cifra más alta para Medicina de Familia desde la creación de la especialidad. Sanidad espera su cobertura total.

19

AÑOS. Este verano se ha publicado la actualización de los planes formativos de la especialidad, los mismos desde 2005.

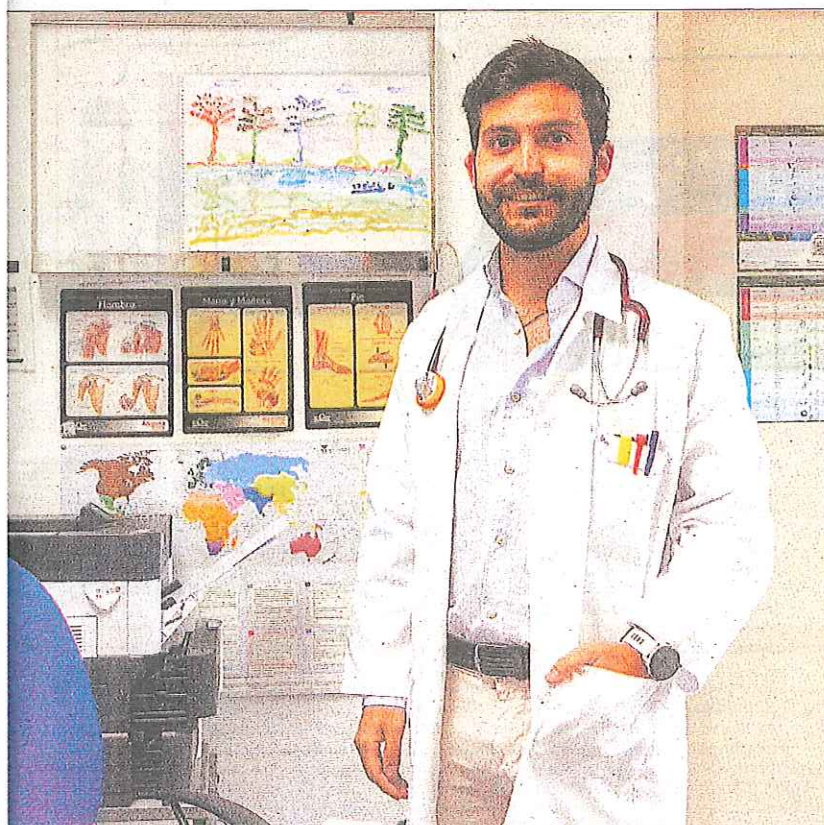


PRIMER PLANO

LOS MALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA



Arriba, Francisco Ubet Barberá, R4 en Segovia.
Abajo, Jesús Martín González, R4 en Salamanca.
NACHO VALVERDE / DAVID ARRANZ



especialidad. «Yo no me pondría en manos de un cardiólogo cirujano sin especialidad. ¿Por qué dejamos que los pacientes se pongan en manos de médicos sin especialidad en Medicina de Familia?», resalta Ubet. Al tiempo, Martínez pone sobre la mesa lo que sucede después: «Disuades a los médicos a que pasen por un proceso formativo especializado».

Esto se puede ver reflejado en las plazas MIR vacías que han quedado en las últimas convocatorias. De las 2.492 que se ofertaban este año, 246 quedaron desiertas. Un mal que se ha convertido en endémico desde hace dos años: en el año 2022 quedaron 93 plazas sin asignar, y en 2023, 131. El aumento de plazas desiertas va acompañado de un crecimiento cuantitativo de su oferta. «Pero hay carencias de infraestructura, exceso de burocracia y falta de actualización de contenido formativo, que no la hace atractiva», sostiene Martínez. «Arrastramos agendas saturadas, con menos de cinco minutos por paciente, desde hace una década».

Con este panorama desalentador, ¿por qué estos residentes de Medicina de Familia y Comunitaria eligieron la especialidad «a contracorriente»? «Ser un buen médico de Familia es muy complicado, pero estar cerca del paciente es un aliciente», explica Ubet. Martínez, por su parte, destaca el impacto de sus acciones, obvio pero olvidado. «Nosotros podemos pre-

lud», sentencia Martínez.

Ambos residentes enumeran situaciones a corregir que, unidas a las propuestas numéricas del informe de Sanidad, subsanarían el problema. Las autoras del documento, Patricia Barber y Beatriz González López-Valcárcel, de la Universidad de Las Palmas, señalan que «el número mínimo neto de plazas en 2024 que eliminaría el déficit en 2028 es de 2.741». Esto supone un incremento sobre la oferta 2023 del 10%, que solo ha sido del 1% en realidad: el MIR 2025 en Medicina de Familia asciende a 2.508 plazas. «Esta oferta debe mantenerse en las siguientes tres convocatorias para, a partir de ahí, reducirse paulatinamente hasta en torno a 2.500 plazas anuales de formación con el fin de evitar un exceso de oferta por encima de los niveles estructurales en los siguientes años».

Una situación que suena idílica por el mencionado desierto de plazas. Extremadura, Castilla y León, Galicia, Aragón, Cataluña, Navarra y Asturias son las que han tenido vacantes en las tres últimas convocatorias. Se estima que entre las convocatorias de 2017 y 2023 se perdieron 803 plazas de Medicina Familiar y Comunitaria.

Sobre la actualización de los contenidos que han de adquirir estos MIR, este verano se publicó en el BOB el nuevo programa formativo. El actual databa de 2005. Desde Semfyc aseguran que «era una necesidad imperiosa y, como ya se ha indicado en otras ocasiones, llega en un momento crucial para las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria y se percibe como un impulso necesario y responsable».

Mientras, aún es pronto para hacer una evaluación completa de cómo ha ido el verano. Pero ya en el mes de junio, José Polo, presidente de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semeper), anunciaba la situación: «En verano vamos a tener una coincidencia de apenas el 30% de las plantillas. Esto es un reto asistencial importante».

El portavoz de los médicos jóvenes de Salamanca es tajante: «Nos tenemos que creer que tenemos una excelente atención primaria y dotarla de recursos. Hay muchos procesos que se hacen en nuestra especialidad que no se conocen. Hay que publicitarla desde la universidad. Debemos contar bien lo que hacemos y no solo dar a conocer la cara amarga para poder atraer a más residentes».

Vicente Matas remacha con una fórmula completa que engloba «estabilidad, más y mejores contratos para nuestros jóvenes médicos especialistas, y tendremos menos listas de espera, una atención primaria con más tiempo para el paciente y menos demoras».

ENTRE LAS CONVOCATORIAS MIR DE 2017 Y 2023 SE PERDIERON 803 PLAZAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

«NO ME PONDRÍA EN MANOS DE UN CARDÍOLOGO SIN LA ESPECIALIDAD, ¿EN MEDICINA DE FAMILIA SÍ?»

venir los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes. Esto luego va a ahorrar dinero en la atención hospitalaria. Pero no si no te permiten una medicina planificada, con tiempo, no se ve».

Insiste en que «la medicina de Familia es maravillosa». «Para mí y para mucha gente. Lo que sucede es que se ha perdido el sentido de la misma. Vemos virus y despejamos agenda...», cuando lo que «deberían hacer es centrarse en evitar la enfermedad, la polifarmacia... En resumen, generar sa-

CASTILLA Y LEÓN

Una de cada tres muertes violentas de la Comunidad se produce por suicidio

● Es la causa del 33% de los casos registrados en autopsias e informes forenses, según la memoria del Instituto de Medicina Legal ● Los fallecimientos por caídas suben un 31%, el origen más frecuente de los óbitos por accidente

SANTIAGO G. DEL CAMPO
VALLADOLID

Una de cada tres muertes violentas registradas en Castilla y León se produce por suicidio, la segunda causa más habitual en este tipo de defunciones, precedida por los accidentes casuales. Así se deduce de los datos de la última memoria del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Salamanca, Palencia y Valladolid (Imlcf). Según el estudio, en estas tres provincias hubo 95 suicidios en 2023, sobre un total de muertes violentas de 290, lo que supone un 32,76%. En cuanto a los accidentes casuales, se registraron 135, lo que supone un 46,55% del total. La tercera causa más frecuente son los accidentes de tráfico, con 46 en las tres provincias, el 15,86%.

El instituto forense contabilizó, además, otras 265 muertes que se consideraron naturales, a las que hay que sumar otras tres de causa indeterminada y seis pendientes de estudio, para obtener un total de 564 defunciones autopsiadas o informadas por la entidad, junto a dos estudios óseos. De todas esas actuaciones, 285 correspondieron a Valladolid, 174 a Salamanca y 105 a Palencia.

En Valladolid el porcentaje de suicidios se incrementa ligeramente, con un 35,57% de los casos de muerte violenta, 53 de 149. En esta provincia también fueron los accidentes casuales la primera causa, con 68 casos, un 45,64%. En cuanto a las víctimas mortales de accidente de tráfico, se registraron 20, un 13,42% del total. Las de accidentes laborales subieron de 5 a 6.

La primera causa de muerte por accidente son simples caídas al mismo nivel, un suceso que puede resultar mortal sobre todo en edades muy avanzadas. Estos casos aumentaron un 31% de 2022 a 2023 en Valladolid, al subir de los 29 a los 38. El doble de ellos se registró entre varones (27) que entre mujeres (11). El número de estos óbitos está por encima incluso del resultante de accidentes de tráfico, que sumaron 19 en la provincia (16 hombres y 3 mujeres), lo que supone un 9,5% menos que el año anterior.

Los suicidios, de los que hubo 53 en Valladolid, 27 en Salamanca y 15



La Guardia Civil recupera el cadáver de una mujer que se ahogó en un río de Palencia el pasado año. GUARDIA CIVIL

en Palencia, bajaron un 15,9% en las tres provincias respecto al año anterior, con 18 casos menos (13 en 2022). La provincia que mayor descenso se anotó fue Palencia, desde los 24 registrados en 2022 (9 menos), seguida de Salamanca, con 34 en 2022 (7 menos, -20,59%) y en último lugar Valladolid, donde también bajaron, pero solo un 3,64%, de 55 a 53.

También detalla el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los procedimientos más utilizados en caso de suicidio, una autolesión fatal que se produjeron 34 hombres y 19 mujeres en Valladolid el pasado año. El ahorcamiento ocupa el primer lugar, con 16 casos (11 mujeres y 5 hombres), mientras la precipitación (arrojarse desde un lugar elevado) fue elegida en segundo lugar, con 14 casos (es el único método con más mujeres que hombres, 9 a 5).

En tercer lugar figura el envenenamiento con medicamentos, con 8 casos (6 hombres y 2 mujeres en Valladolid), y en cuarto lugar el arma

de fuego, procedimiento que solo utilizaron hombres, un total de cinco.

En cuanto a las muertes naturales cuyos cadáveres, por una u otra causa, fueron sometidos a autopsia, la más común en 2023 fue el infarto agudo de miocardio, con 10 casos (9 hombres y una mujer). Esta causa fue también la que más creció respecto al año anterior, en el que solo se registraron cuatro casos. Se ha incrementado, así, en un 150%. Sigue al infarto agudo de miocardio la enfermedad arterioesclerótica del corazón, con 7 casos (6 hombres y una mujer), distintas miocardiopatías, con 6 casos (4 varones y dos mujeres), y enfermedad isquémica del corazón, con 4 casos, todos varones. Hubo tres casos de accidente cerebrovascular y otros tres de insuficiencia cardíaca.

HOMICIDIOS

El número de homicidios bajó en Valladolid de 9 casos a dos, que se corresponden con los de Paloma e India, madre e hija de ocho años,

asesinadas por el compañero sentimental de la primera, David M. L., en la madrugada del 23 de enero de 2023. El juicio está previsto para el próximo 11 de diciembre.

Otro dato relevante es el número de valoraciones forenses por violencia de género, que bajó un 3,82% en Valladolid, de 157 a 151. Las valoraciones por violencia doméstica cayeron mucho más, de 76 a 44 casos, un 42% menos. 38 de esas valoraciones fueron por violencia doméstica perpetrada sobre adultos, y 6 sobre menores.

En la provincia de Salamanca se registraron 102 muertes violentas en 2023, distribuidas en 76 hombres y 26 mujeres. Un total de 27, como se ha dicho, correspondieron a acciones suicidas (22 hombres y 5 mujeres); 50 a accidentes casuales (34 varones y 16 mujeres); 20 a accidentes de tráfico (17 hombres y tres mujeres); 3 accidentes laborales, todos de varones y, por último, dos víctimas se debieron a acciones homi-

cidas, las dos mujeres. La Subdirección de Salamanca acreditó además 68 muertes naturales (49 hombres y 19 mujeres), y efectuó dos reconocimientos a restos óseos femeninos. También dejó dos casos pendientes de estudio, los cadáveres de un varón y una mujer.

En cuanto a la distribución de las defunciones autopsiadas e informadas en la provincia de Palencia, las 39 muertes violentas registradas por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en 2023 se repartieron entre 28 hombres y 11 mujeres. Quince fueron de naturaleza suicida (11 varones y 4 mujeres), una de naturaleza homicida, sobre un varón; hubo 17 accidentes casuales (11 hombres y 6 mujeres) y seis accidentes de tráfico (5 hombres y una mujer). El pasado año no hubo que lamentar víctimas mortales por accidente laboral autopsiadas o informadas. La Subdirección palentina acreditó, además, 66 muertes naturales (59 varones y 7 mujeres).

Dejando a un lado el ámbito de las defunciones, el total de reconocimientos de lesionados realizados en el territorio del Imlcf, incluyendo las revisiones, alcanzó los 3.548 (sin contar los reconocimientos realizados en los procedimientos de violencia de género y doméstica, ni las solicitudes de periciales extrajudiciales). De ese total, en Palencia se efectuaron 1.140, en Salamanca 1.178 y en Valladolid 1.230.

En cuanto a la relación de lesionados nuevos reconocidos según la causa de las lesiones, excluyendo también los reconocimientos realizados en los procedimientos de violencia de género, del entorno doméstico, y los informes periciales extrajudiciales derivados de accidentes de tráfico, el número en las tres provincias ascendió a 2.878, de los que 486 fueron por accidentes de tráfico, 2.039 por agresiones, 104 en el ámbito laboral y 249 se enmarcan en 'otros casos' como imprudencias que no sean accidentes de tráfico, caídas en vía pública, lesiones producidas por animales como mordeduras de perro, PASA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR
intoxicaciones, lesiones consecutivas a acciones médicas derivadas de lesiones producidas en centros de belleza, etcétera, así como cualquier otro tipo de lesiones no encuadrables en accidentes de tráfico, agresiones y lesiones en el medio laboral).

INFORMES

También realizó el instituto informes psiquiátricos. Sin contar los relacionados con violencia doméstica y de género, hubo 1.684 de ellos, distribuidos en 824 internamientos y 860 imputabilidades. La institución realiza asimismo informes referentes a las medidas de apoyo a la discapacidad, de los que hubo un total de 1.723 en el pasado ejercicio 2023. De ellos, 157 se destinaron a diligencias preprocesales y 47 a la imposición de medidas cautelares, mientras la mayor parte, 1.026, se efectuaron para revisar medidas de apoyo a la discapacidad, y otros 493 para la toma de medidas judiciales de apoyo a personas con discapacidad.

En cuanto a los delitos contra la libertad sexual, el instituto efectuó 124 actuaciones en las tres provincias de su ámbito territorial (79 en Valladolid, 36 en Salamanca y 9 en Palencia), mientras informes para determinar praxis médicas hubo 12 (2 en Valladolid, 7 en Salamanca y 3 en Palencia).

Las unidades de valoración forense integral de violencia de género, por parte de médicos forenses, efectuaron 332 actuaciones sobre asuntos penales en las 3 provincias (151 en Valladolid, 115 en Salamanca y 56 en Palencia), 14 informes integrales y 21 de imputabilidades, y conocieron 82 casos de violencia doméstica sobre adultos y 12 sobre menores. Mientras, los equipos psicosociales de violencia de género efectuaron 114 actuaciones de asuntos penales, 51 de asuntos civiles, 14 informes integrales, 3 valoraciones de riesgo y 14 con víctimas menores de edad.

Los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses son órganos técnicos multidisciplinarios adscritos al Ministerio de Justicia o, en su caso, a aquellas comunidades autónomas con competencias asumidas en materia de justicia. La misión de estas entidades es auxiliar a la Administración de Justicia en el ámbito de sus diversas disciplinas científicas y técnicas, mediante la práctica de pruebas periciales médicas, tanto clínicas como de patología y de laboratorio y, en su caso, periciales de equipos técnicos.

En Castilla y León existen tres Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses: el de Valladolid, Salamanca y Palencia; el de Burgos, Ávila, Segovia y Soria y el de León y Zamora.

Un matrimonio se precipita al vacío desde la sexta planta de un hotel en León

La pareja fallecida, un hombre de 55 años y una mujer 60, eran conocidos hosteleros de Asturias y dejaron una nota y un testamento / Se baraja el suicidio como primera hipótesis

D. G. VALLADOLID

Con una nota, un testamento y un mensaje de WhatsApp. Así se despidieron de sus amigos y familiares un matrimonio asturiano que a primera hora de ayer se precipitó al vacío desde el Hotel Riosol de León. Un trágico suceso que conmocionó a Avilés, de donde eran originarios, y que apunta al suicidio de la pareja ante los problemas económicos que sufrían.

El hombre, de 55 años, y la mujer, de 60, llevaban varios días hospedados en el céntrico hotel y sin comunicarse con su círculo más cercano. De hecho, según confirmó el Diario de León, cerraron el establecimiento que regentaban, el bar 'Cafetón' ubicado en Avilés, y nadie sabía dónde estaban desde hacía una semana.

Dejada atrás su vida en Avilés, se hospedaron en el céntrico Hotel Riosol de León y la pareja tuvo que ser alertada el pasado jueves de que ya habían rebasado la hora de salida del hotel. El hombre les indicó que estaban durmiendo y que bajaría a prolongar la estancia, cuestión que hizo hasta el sábado y ese día volvió a alargar el tiempo que ambos pasarían en el hotel hasta ayer, cuando decidieron saltar al vacío desde la ventana de su habitación.

DESPEDIDA POR WHATSAPP

«Se acabó. Os queremos mucho». Estas cinco palabras fueron las últimas que recibieron a través de un mensaje de WhatsApp los familiares y amigos de este matrimonio, recibido sobre las 6.30 horas de ayer. Treinta minutos después se produciría el fatal desenlace.

Fue sobre las siete de la mañana



Fachada del Hotel Riosol desde el que se precipitó el matrimonio. ICAL

cuando la mujer se precipitó desde la sexta planta del hotel para seguidamente hacerlo su marido, cayendo ambos a uno de los patios interiores del complejo hotelero, el que une la cocina con el buffet de desayunos y comidas. Esta diferencia de tiempos llevó a la Policía Nacional a plantearse si se trataba de un caso de violencia de género, lo cual

fue inicialmente descartado después de hallar en su habitación tanto una nota como un testamento. Así, junto al mensaje de WhatsApp se refuerza la idea de que los problemas económicos parecen ser los desencadenantes de la acción emprendida por esta pareja.

Tras el suceso, la avenida de Palencia llenó de ambulancias y vehícu-

los policiales para socorrer sin éxito a la pareja y recabar la mayor información posible a partir de las correspondientes autopsias, aún pendiente de conocerse los resultados.

Serán ahora los trabajos de la Policía Nacional los que permitan esclarecer los motivos del aparente suicidio del matrimonio, si bien no se descarta ninguna hipótesis.

Hallan en el pantano de Bárcena el cadáver del joven desaparecido de Ponferrada

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

Trágico final después de más de una semana de intensas búsquedas para hallar a Alejandro Martín Ares, el joven de 34 años que desapareció el sábado 27 de julio y cuyo cuerpo sin vida fue encontrado por la Policía Nacional. Según las fuentes consultadas por este periódico, las inspecciones continuaron en la mañana de ayer en el entorno del pantano de Bárcena y, después de localizar su vehículo, un Audi A3 gris, encontraron también el cuerpo.

El cadáver de Alejandro Martín Ares, dueño de la peluquería Fabrik ubicada en Ponferrada, no presen-

taba ningún signo de violencia, por lo que será el informe forense el que determine las causas y la fecha exacta de su muerte, como confirmaron las mismas fuentes.

Todo comenzó cuando el joven salió en la noche del viernes con un grupo de amigos por varios locales de la capital berciana y el sábado por la mañana se le vio por última vez en el pantano de Bárcena. Después llevó a casa a sus amigos, el último en el barrio de Cuatrovientos, y desde ahí se dirigió hacia Camponaraya donde tenía una comida familiar a la que nunca llegó, según informó Ical.

Sin noticias de Alejandro, fue su propia madre la que presentó el domingo la denuncia en la comisaría de la Policía Nacional.

Desde el 28 de julio fue cuando la Policía Nacional activó el protocolo de búsqueda para intentar esclarecer la desaparición que ayer fue trágicamente resuelta tras localizarle sin vida.

MUERTES POR AHOGAMIENTO

A la espera de los resultados de la autopsia de Alejandro Martín, una de las causas de muerte que más se está repitiendo durante este verano en Castilla y León son por



Alejandro Martín Ares. E.M.

ahogamiento. Según los datos recogidos en el Informe Nacional de Ahogamientos hasta el 31 de julio la cifra es de una quincena, que se incluyen en el total de 291 fallecimientos en España, un dato solo superado por el mismo mes de 2017 y 2019 en los últimos diez años.

PAPEL VERANO | SALUD



Manos de un paciente afectado por Parkinson. El temblor y los problemas motores son característicos de la enfermedad degenerativa. A.DI LOLL

ESTIMULACIÓN CEREBRAL 'A LA CARTA' CONTRA EL PARKINSON

Neurología. Una nueva técnica permite personalizar el tratamiento invasivo y adaptarlo a las necesidades del enfermo. De momento se ha probado solo en cuatro pacientes

Por C. García

Hace décadas que para frenar los trastornos de movimiento asociados al Parkinson se utiliza la estimulación cerebral profunda. La técnica, que se basa en la implantación de electrodos en áreas específicas del cerebro, consigue, en combinación con fármacos, mitigar algunos de los síntomas derivados de la enfermedad neurológica, aunque tiene limitaciones. Una nueva investigación cuyos detalles se publican en el último número de *Nature Medicine* allana el camino para optimizar sus beneficios. Según sus datos, una estrategia que permite personalizar la estimulación en función de las señales cerebrales de cada paciente logra mejorar los resultados del abordaje convencional. Generalmente, en casos de Parkinson, la estimulación cerebral profunda se lleva a cabo siguiendo un protocolo estandarizado, constante, que no responde en cada momento a las señales cerebrales del paciente o a los niveles de dopamina aportados por la medicación habitual. Esto, en ocasiones, provoca efectos secundarios no deseados. La nueva técnica, en cambio, permitiría una estimulación ajustada a la actividad cerebral y las necesidades del enfermo, según señalan en la revista

científica sus creadores, liderados por Phillip Starr, investigador de la Universidad de California en San Francisco (EEUU). De momento, han probado la utilidad de la estrategia en cuatro pacientes.

En un primer paso, a estos cuatro enfermos de Parkinson se les implantaron electrodos capaces de registrar su actividad cerebral. Se tomaron datos de sus señales cerebrales, tanto en casa como en el hospital, a la vez que se monitorizaban los síntomas de la enfermedad con la ayuda de relojes inteligentes y diarios completados por los propios pacientes.

Con esos datos en la mano, los investigadores fueron capaces de identificar señales en el núcleo subtalámico y la corteza motora que se asociaban con síntomas motores de la enfermedad así como con los niveles de dopamina. Esos biomarcadores, posteriormente, se emplearon para personalizar y ajustar la estimulación cerebral profunda que se aplicaba a los pacientes en su rutina diaria. Al comparar los resultados del abordaje personalizado con los de la intervención convencional, los datos mostraron un claro beneficio de la técnica innovadora. La estimulación adaptada logró mejorar en un 50% los síntomas que los pacientes habían descrito previamente como los más molestos. Además de los resultados registrados por los dispositivos electrónicos utilizados en la investigación, tres de los cuatro pacientes estudiados señalaron una mejoría en su calidad de vida.

En la revista científica, los investigadores señalan que los resultados de su trabajo son prometedores, si bien se necesitan estudios con más pacientes que confirmen sus resultados.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología, el Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa y crónica que afecta, en España a entre 120.000 y 150.000 personas. Se trata de la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente en nuestro entorno,

En el estudio se registró una mejoría del 50% en los síntomas más molestos para los pacientes analizados

solo por detrás de la enfermedad de Alzheimer. De momento, no se conoce el origen de esta enfermedad que provoca que las neuronas, fundamentalmente las que producen el neurotransmisor dopamina, se degraden o mueran de forma progresiva. Este descenso es el que ocasiona los problemas motores y otros síntomas asociados al trastorno.

VIRUELA DEL MONO

«VAMOS A MEJORAR LAS COBERTURAS VACUNALES»

Por Pilar Pérez

Tras la reunión del Ministerio de Sanidad y otros organismos asociados en relación al brote global de mpox (viruela del mono), ayer no se acordó ninguna medida extraordinaria, siguiendo las indicaciones ya establecidas con el resto de los estados miembros de la UE. Por lo que, de acuerdo con la OMS y el ECDC, no se recomienda implantar restricciones de viaje ni control en frontera. Pedro Gullón, director de salud Pública del Ministerio de Sanidad, apunta a este medio que «tenemos una serie de reuniones esta semana para ver qué cambios debemos implementar en este brote». Hoy será la reunión de Ponencia de Alertas y mañana la Comisión de Salud Pública. De las mismas, se podrían recoger novedades sobre la vacunación. «Vamos a reunirnos para ver cómo mejorar las coberturas, incluso para aumentar las primeras dosis en personas que no se la pusieron. Aquí también sumamos al personal sanitario que está en contacto con personas con ITS (infecciones de transmisión sexual)», expone Gullón. El director de Salud Pública no se olvida de «ese volumen de españoles que se puso la primera dosis en 2022 y que han completado la pauta de vacunación, aun con el paso del tiempo». Según los registros de Sanidad, serían casi 20.000 españoles. Sobre la mesa de trabajo queda pendiente decidir si recomendarán la vacunación a todos los viajeros. «No ha habido un consenso en las reuniones del ECDC y el Grupo de Seguridad y Salud de la UE», apunta Gullón.

En los últimos 10 días se han notificado, solamente, cuatro casos nuevos de mpox en España, todos con el clado de la antigua variante, conocida como clado II (anteriormente conocido como de África Occidental,



Un sanitario toma una muestra de saliva, Munigi (RDC). AP FOTO

presente en España y Europa, menos grave, con una mortalidad en torno a un 1%). La emergencia sanitaria se debe al aumento de caso del clado I (antes de África Central, en concreto al IB), mucho más transmisible, y a la que se asocia también más gravedad y hasta un 10% de mortalidad. En estos nuevas infecciones, se incluye el anunciado ayer por Cantabria.

Así, en nuestro país se han registrado 264 casos. Con ellos se actualizaría el cómputo global del Informe de situación epidemiológica de los casos de infección por mpox en España del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), del pasado 5 de agosto. Desde la semana que viene, como una de las nuevas medidas ministeriales, este registro epidemiológico será semanal. «La red de vigilancia en salud pública se ha mejorado mucho estos últimos años, incluido el Real Decreto aprobado recientemente por el que por fin estabilizamos la nueva red, que nos permite tener datos más rápido», remacha Gullón.

SALUD | PAPEL VERANO

7

OPINIÓN

COMERCIALIZACIÓN DE PUBLICIDAD:
Unidad Editorial, S. A.DIRECTOR GENERAL DE PUBLICIDAD:
Sergio CobosFundado en 1959 por Alfonso de Sotomayor, Pedro
J. Ramírez, Balbino Praga y Juan González.

La feria de
Videojuegos
Gamergy,
celebrada en
Ifema.
ÁNGEL
NAVARRETE



VOX POPULI



PHILIP STARR

Un hallazgo para
mitigar el Parkinson

Un equipo de científicos, liderado por el investigador de la Universidad de California en San Francisco (EEUU), ha hallado una técnica de estimulación, basada en un marcapasos cerebral personalizado, para reducir los síntomas en pacientes con Parkinson. Es un hito para mitigar los efectos de esta patología.

TRES HORAS DE
VIDEOJUEGOS
AL DÍA PUEDEN
MEJORAR LA
SALUD MENTAL

Impacto. A pesar de la mala fama que arrastran los juegos online, un estudio en 'Nature' detalla sus potenciales beneficios siempre que estén acotados a un tiempo razonable

Por S. Pérez

Las connotaciones con la palabra videojuegos, en la mayoría de los casos, siempre se ha visto asociada con adicción, el impacto negativo, estrés, comportamientos antisociales y problemas mentales. Con casi tres mil millones de personas en todo el mundo jugando, el aumento del tiempo dedicado a jugar ha reavivado las preocupaciones sobre los posibles impactos negativos en la salud y sus efectos en el bienestar psicológico. En la revista *Nature Human Behaviour*, los investigadores resaltan lo contrario. Aunque hay una gran cantidad de investigaciones sobre el impacto de los videojuegos, incluyendo su relación con la adicción, el bienestar, la función cognitiva y la agresión, resaltan que la evidencia no es concluyente.

En esta investigación, los autores resumen que «poseer una consola de videojuegos y participar en juegos online grupales podría tener un efecto positivo en el bienestar mental», según un estudio basado en datos de 97.602 personas en Japón. El trabajo realizado entre 2020 y 2022 empleó un sorteo que asignaba dos tipos diferentes de consolas a los consumidores (PS5 y Nintendo Switch). Todas las personas que querían comprar una consola tenían que participar en el mismo. La razón del sorteo se debía a una escasez de consolas

en ese momento en el país nipón.

Aprovechando esta distribución aleatoria de consolas, Hiroyuki Egami y sus colegas de la Universidad de Nihon (Tokyo) decidieron estudiar el impacto de los videojuegos sobre el estrés y la satisfacción con la vida de estas personas. Los encuestados tenían entre 10 y 69 años y vivían en diferentes partes del país. La encuesta recopiló información sobre la motivación en la participación en el sorteo, la propiedad de consolas de videojuegos, las preferencias de juegos, el estado de salud mental, la satisfacción con la vida y las características sociodemográficas. Utilizando diferentes enfoques, incluidos algoritmos de aprendizaje automático diseñados para inferencia causal en datos de encuestas, los investigadores analizaron los datos para comprender mejor el impacto de tener una consola y jugar de forma habitual.

Encontraron que la posesión de una de las consolas y jugar de

decir, el impacto disminuía con un tiempo de juego excesivo. Por último, se demostró que un uso diario controlado reducía los niveles de estrés.

«Nuestro experimento natural mostró que los videojuegos tuvieron un impacto positivo en el bienestar mental, pero si se superan las tres horas diarias no hay beneficios». Además «nuestros hallazgos están en línea con estudios experimentales y demuestran evidencia causal del efecto positivo de los videojuegos fuera del entorno del laboratorio. Estos hallazgos contradicen estudios observacionales previos; esta inconsistencia podría deberse a la falta de inferencia causal en esos estudios», afirma el *paper*. Ellos se explica porque «es probable que varios factores de confusión, como la frustración en la vida real, las conexiones sociales y los estilos de vida (incluyendo un uso prolongado de internet, saltarse comidas o acostarse tarde), no se hayan ajustado adecuadamente» a la hora de realizar los

trabajos. Se halló que los efectos positivos superan a los negativos, y enfatiza en que estos resultados «proviene tanto de vías positivas como negativas». Por otro lado, como se

Se estudió el impacto de
los juegos en la satisfacción
de las personas con su vidaLos autores apuntan que
tener una consola ayuda a
reducir los niveles de estrés

forma habitual mejoró la salud mental de los participantes. Destacan el límite de los beneficios: los participantes que jugaban videojuegos más de tres horas al día no experimentaron efectos positivos significativos, es

mencionaba anteriormente, jugar videojuegos en exceso puede llevar a una falta de sueño y, potencialmente, dañar el bienestar general por la privación o sustitución de otros hábitos saludables, como el descanso o el ejercicio.



Y tú, ¿llevas las gafas de sol adecuadas?

Llega el buen tiempo y, con ello, aumenta el uso de gafas de sol. A pesar de ser necesarias durante el resto del año, todos tendemos a utilizarlas y adquirirlas nuevas en esta época.

Esta vez nos hemos dirigido a los profesionales de Multiópticas Monreal para que nos den su opinión acerca de qué tipo de gafas de sol utilizar porque, según ciertos estudios, un gran porcentaje de la gente no sabe distinguir entre una gafa con buenos cristales y protección de alta calidad, de las que no cumplen con los filtros ópticos necesarios.

Es importante saber que las gafas que se adquieren en sitios como los chiringuitos, top manta o centros no homologados, no solo no cumplen los requisitos de protec-

ción, sino que puede ser peor llevarlas que ir sin gafas. Esto se debe a que los cristales filtran una cantidad de luz que hace que se dilate la pupila, pero luego no filtran los rayos ultravioleta y, en consecuencia, nuestra retina absorbe más cantidad de ellos, siendo más dañino. Si realmente queremos proteger nuestros ojos de la forma adecuada, lo ideal sería utilizar un cristal que no permita que estos UV pasen, además de filtrarnos la luz solar.

Junto a la protección, existen otras características de las que nos podemos beneficiar al elegir los cristales adecuados a nuestras necesidades, como podría ser el tratamiento antirreflejante en la cara interna de la lente o los filtros polarizados, que eliminan los reflejos indesea-

dos en actividades acuáticas o de conducción de vehículos. También podemos optar entre cristal orgánico o mineral, o bien que sea fotocromático. Este último filtra más o menos cantidad de luz en función del sol. Además, existen otras tantas alternativas estéticas o deportivas, que nos pueden explicar con detalle en los centros ópticos autorizados.

Siempre que tengas dudas, pregunta a tu centro de confianza, ellos te atenderán.

Es mejor no llevar gafas que llevar unas que no cumplan con los filtros ópticos necesarios

Mantén tus encías sanas en agosto

En Soria, muchas personas (el 80% de los adultos) padecen patologías de las encías, llamadas enfermedades periodontales. Son pacientes que tienen inflamación en las encías que sangran con frecuencia y a veces con mal olor de boca. Como son procesos infecciosos crónicos, es común desconocer tener este problema, además suelen ser procesos indolores durante muchos años.

La mayoría de las veces son producidas por bacterias que se hallan presentes en la boca y que atacan constantemente a las encías y tejidos de soporte de los dientes, provocando periodontitis y gingivitis. Esta última, es la inflamación superficial de la encía. El sangrado es su principal señal de alerta. Si no se trata adecuadamente en personas predispuestas pueden derivar en periodontitis, o en la infección profunda de la encía y el resto de los tejidos que sujetan al diente, lo que puede provocar la pérdida dental, sobre todo en fumadores.

El tratamiento es sencillo, basta con mejorar la higiene bucal en el hogar, y realizar limpiezas profesionales en clínicas dentales para limpiar la placa bacteriana y el sarro, muchas veces por debajo de la encía (raspado y alisado subgingival). En casos avanzados,

pequeños colgajos para acceder a limpiar mejor las bolsas periodontales y eliminar las bacterias anaerobias, como hacen los periodoncistas.

Independientemente de la limpieza minuciosa a diario con cepillo y seda, las bacterias responsables de la enfermedad son capaces de provocar nuevas destrucciones periodontales pocos meses después de la última cita de tratamiento periodontal. Una vez terminada la fase activa desinflamatoria de las encías, se inicia la preventiva, cuyo objetivo es el mantenimiento de la salud evitando que la infección crónica se reactive. Esa fase se llama tratamiento periodontal continuado o terapia de apoyo.

Si se quiere mantener la boca sana, es importante que un profesional detecte las zonas potenciales de recaída y elimine bacterias y sarro en los intervalos precisos del caso en particular.

Múltiples estudios demuestran que las llamadas "limpiezas de boca" superficiales, efectuadas de forma aislada y sin la debida frecuencia o minuciosidad, no son suficiente para evitar el avance de la enfermedad, en ningún caso pueden sustituir a un auténtico tratamiento periodontal continuado realizado por expertos.



CAMILO SAINZ

Colegio Oficial de Dentistas



Circuito de tren inferior

En esta sesión del mes de agosto vamos a centrarnos en trabajar nuestro tren inferior. Para ello, haremos cuatro ejercicios en total, a 20" de acción y 10" de recuperación. Cada ejercicio lo haremos dos veces en cada serie antes de descansar durante dos minutos. En total, haremos entre cuatro y seis series.

- **Sentadilla con salto.** En este ejercicio los pies deben

estar separados y en línea con los hombros. Colocaremos las puntas de los pies de tal forma que miren ligeramente hacia fuera. Bajaremos haciendo una sentadilla, manteniendo la espalda recta y las rodillas dibujando un ángulo de 90 grados. Desde esta posición de sentadilla, nos impulsaremos para dar un salto. Y repetimos.

- **Jumping jacks.** Este ejercicio consiste en saltar abriendo las piernas y subiendo los brazos hasta que las manos se toquen sobre la cabeza. Luego, saltaremos de nuevo uniendo los pies y colocando



los brazos a los lados en paralelo al cuerpo.

- **Zancadas con salto.** En este caso, es importante partir de una posición en la que el torso esté recto y erguido, la punta de la pierna trasera esté bien apoyada en el suelo, y las rodillas estén flexionadas formando un ángulo de 90°. A continuación, nos abalanzaremos con fuerza desde el suelo, saltando y cambiando en el aire la posición de las piernas.

- **Skiing.** Para este ejercicio, elevaremos las rodillas por encima de la cintu-

ra, manteniendo la cadera en una posición elevada. El braceo juega un papel fundamental en el skipping, ya que se coordina paulatinamente con el movimiento de las rodillas. Si subimos la rodilla derecha, adelantaremos el brazo izquierdo y viceversa, y así una y otra vez.

