



DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

MARZO - ABRIL

2025



MUNDO AGRARIO

LA LLUVIA PREOCUPA POR EXCESO El buen crecimiento del cereal se puede ver perjudicado por un exceso de humedad si continúan las tormentas, y se retrasa la siembra de patata y

remolacha por los campos de cultivo encharcados. Por todo ello, las organizaciones agrarias piden unos días de tregua para que las campañas se desarrollen con normalidad

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA

Lunes 24 de Marzo de 2025. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CXII Número: 19193

CASTILLA Y LEÓN

El mapa de riesgo de las agresiones de Sacyl extrema la vigilancia en 97 centros de salud de la Comunidad

Sanidad alerta de que se produce casi una agresión cada día a los profesionales sanitarios

VALLADOLID
El mapa de riesgo de las agresiones de Sacyl extrema la vigilancia en 97 centros de Castilla y León. Los datos

son alarmantes. La Consejería de Sanidad alerta de que se produce una agresión cada día a los profesionales sanitarios. **Págs. 7 y 8**

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Sábado 12 de abril 2025

3

SORIA

Sanidad prevé que la radioterapia estará operativa antes del verano, una vez esté calibrado el acelerador

El Consejo de Seguridad Nuclear regresará en próximas fechas para dar validez al aparato

VALLADOLID
El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, vaticina que el Servicio de Radioterapia en el Hospital Santa Bárbara de Soria estará operativa antes del verano, una vez que esté calibrado el acelerador lineal y que se reciba la validez definitiva por parte del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN).

Tal y como explicó ayer en torno a su comparecencia ante la Comisión de Sanidad de la Federación Regional de Municipios y Provincias (FRMP), en Valladolid, el órgano de Seguridad Nuclear dio hace unas semanas «el primer OK» para poner en marcha el proceso de calibración, que «por la expe-

riencia reciente» en el Hospital de Ávila se extiende «aproximadamente entre cinco y seis meses». Una vez que esté el aparato «perfectamente calibrado», el CSN regresará a visitar la instalación y «a comprobar que se cumple con todos los estándares, que son estrictos».

«A partir de ahí ya tendremos el permiso para poder funcionar con pacientes», comentó Vázquez, quien agradeció «la celeridad» al Consejo para conceder este primer permiso de calibración, según informó Ical.

Esto demuestra, indicó, «la sensibilidad ante una necesidad importante para los pacientes soria-



Vázquez compareció ante la Comisión de Sanidad de la FRMP. ICAI

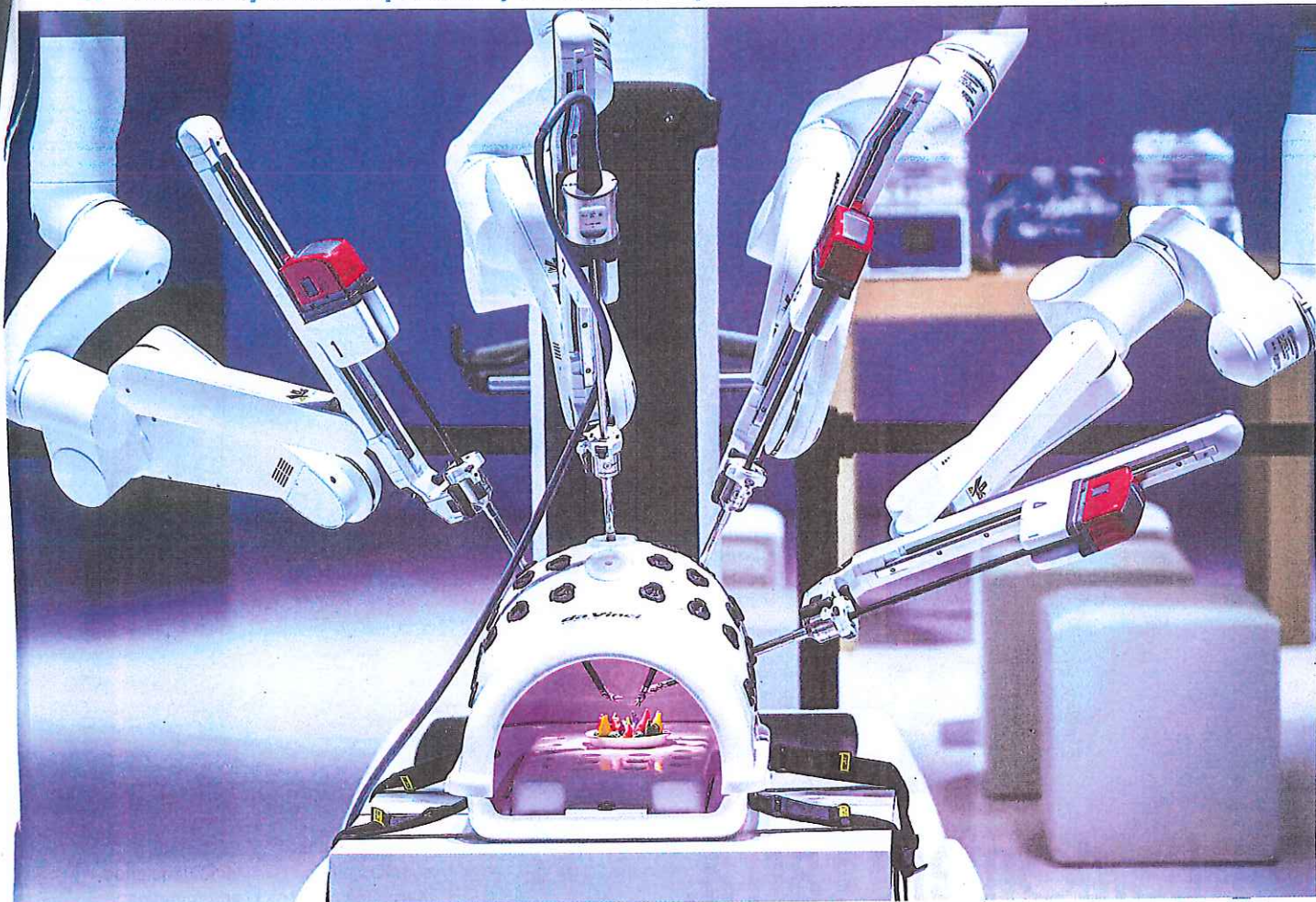
nos, pero hasta que no se termine la calibración, que es un proceso técnico muy exhaustivo, no se solicita de nuevo la recertificación del aparato para tratar ya con pacientes».

La Unidad de Radioterapia se ubica en el nuevo edificio construido de cuatro plantas en el Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria y 3.800 metros cuadrados, en el que se sitúan además otras actividades ambulatorias (Diálisis, Hospital de Día Médico y Oncológico).

Cuenta con una superficie útil de 684 metros cuadrados y está compuesta por el área de tratamiento, de simulación, de acceso general y apoyo administrativo, área de planificación y control, de trabajo y servicios e instalaciones generales de la unidad. Dispone, también, de dos consultas médicas, una de enfermería y una sala de curas para pacientes que requieran cuidados especiales.

conocer

» HISTORIA | CIENCIA | SALUD | TECNOLOGÍA | PREGUNTAS Y RESPUESTAS | NATURALEZA...



Así será tu próximo cirujano (a miles de kilómetros y con IA)

Los robots quirúrgicos, que permiten al cirujano operar a distancia, a miles de kilómetros, hace tiempo que existen, pero añade a esas 'manos' robóticas un 'cerebro' con inteligencia artificial y tendrás una revolución en la medicina. En marzo se mostraron en la Exposición de Equipos Médicos de China, en Chongqing, máquinas quirúrgicas con capacidades de aprendizaje profundo. Uno de los robots utiliza la IA para crear en un minuto imágenes tridimensionales de las articulaciones y las lesiones del paciente que va a pasar por quirófano, lo que les permite a los médicos simular la cirugía antes de la intervención y elaborar planes preoperatorios personalizados. La IA, además, reduce el tiempo de la operación en un 30 por ciento, lo que significa menos anestesia y menos complicaciones potenciales. ● L.B.

Patente
de corso



por Arturo Pérez-Reverte

Una normativa veterinaria criminal

el nombre del ministro lo he anotado para que no se me olvide: se llama Luis Planas y es titular de Agricultura, Pesca y Alimentación. Lo tengo por si un día debo ir a agradecerle, a mi manera, que mis perros Sherlock y Rumba mueran antes de tiempo. De hecho, me consta que si la normativa que ese individuo y sus sicarios han impuesto a las clínicas veterinarias españolas lo hubiera sido antes, la pobre Rumba, que pasó hace poco por un mal momento, ya no estaría echando siestas junto a mí en el sofá, con su colega, mientras yo veo series de la tele.

Uno entiende que la ley que restringe la administración de antibióticos a los animales es oportuna en lo que se refiere a explotaciones ganaderas, para que los bichos de las granjas no vayan de medicamentos hasta las trancas. Lo comprendo y apruebo, porque como filetes de ternera y embutido murciano. Y entiendo también que la pandilla de golfos que desde Bruselas fiscaliza nuestras vidas no se limite a imponer que los tapones de la leche, por ejemplo, deban mancharte cada vez que los abras, sino que también dispongan normativas útiles y necesarias.

Que quede claro: la norma referida a antibióticos en granjas es útil y es necesaria. Pero, ahí está el pelo en la sopa, se vuelve disparatada al incluir las clínicas veterinarias y a las mascotas que allí son atendidas. Conscientes de que se les fue la mano al extenderla a los animales domésticos, varios países europeos han suavizado su rigor. Pero en España, aunque nuestra infame clase política suela chotearse de leyes y constituciones, a la hora de acatar

bruselazos es conjunción planetaria ejemplar, faro y luz de Occidente. Y al ministro Planas, imponiendo una norma que ni siquiera sometió al Congreso de los Diputados ni consultó con los profesionales veterinarios —según el estilo de la arrogante casa donde come—, todo se la trae absolutamente floja, y deja a veterinarios y mascotas indefensos ante la burocracia y la estupidez.

El asunto rebasaría la capacidad de esta página si añadiera los adjetivos —incompetentes, hijos de la gran puta y varios etcéteras más— que me acuden a la tecla. Así que intentaré resumirlo con la experiencia de haber convivido con perros y gatos más de la mitad de mi vida. En esencia, la normativa impuesta no se adapta al trabajo de una clínica veterinaria ni a las necesidades de las mascotas; pero es que las sanciones a los infractores —la mínima son 3.000 mortadelos, imaginen para una modesta

vidas de animales. Cuando antes no había medicamentos específicos, podían emplearse los destinados a humanos, igualmente eficaces. Eso ya es imposible: hay que traerlos de otros países, con retrasos fatales para el animal. Pero es que, además, los antibióticos se clasifican ahora en cuatro categorías a seguir de modo progresivo, según responda la mascota al tratamiento. Para justificar cada etapa hacen falta cultivos y antibiogramas, y mientras llegan los resultados del laboratorio —de 4 a 10 días— pasa el tiempo y el animal se muere.

Pero eso no es todo. Al veterinario se le prohíbe, desde el pasado enero, ceder directamente la medicación; por lo que el propietario debe ir ahora a comprarla a la farmacia. Allí puede haberla o no haberla, que ésa es otra, y además algunas vienen en envases grandes, lo que es al mismo tiempo un gasto y un derroche. Y para complicar más las cosas, cada veterinario debe registrar lo recetado en una plataforma online —otra maldita plataforma online— llamada Presvet, mediante un certificado digital y toda la inevitable y puñetera burocracia de tecla: razón del uso, porcentaje de cada medicamento y otros datos. O sea, carga administrativa adicional, consultas más largas, mayor tiempo de espera y deficiencia del

Los atan de pies y manos, condenando a muerte a muchos de sus pacientes. A numerosos miembros de nuestras familias

clínica— son monstruosas. Y nos atan de pies y manos, condenando a muerte a muchos pacientes. A numerosos miembros de nuestras familias.

Ante un animal doméstico enfermo, los veterinarios de toda la vida, según su criterio profesional, pues para eso tienen estudios y experiencia, administraban antes los antibióticos adecuados. Llegabas, se lo daban al bicho, y punto. Ahora se ven sometidos a un complicado proceso burocrático, tan lento y criminal que ya se cobra

servicio. Y las mascotas, a la espera y muriéndose.

Hay muchas más canalladas de parejo estilo, pero como temía se me acaba la página. Así que pregunten a su veterinario; que él o ella les cuenten cómo la pandilla de imbéciles e irresponsables que está jodiendo el mundo va a matarnos, también, al Sherlock y la Rumba de cada cual. Y como dije, apúntenlo bien: Luis Planas, se llama. Que no se les olvide el nombre de ese ministro. ■

'LONGEVIDAD A DEBATE': EL EVENTO IMPRESCINDIBLE SOBRE CÓMO VIVIR MÁS Y MEJOR

EXPERTOS EN LONGEVIDAD SE REUNIRÁN EL 23 DE ABRIL EN MADRID PARA ANALIZAR LOS AVANCES CIENTÍFICOS Y SOCIALES EN ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

En España, el 20 por ciento de la población tiene más de 65 años, pero la tendencia va en ascenso y, según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2050 el número de mayores doblará al de niños. ¿Qué haremos entonces? ¿Estamos preparados para llegar a esa edad con salud y

calidad de vida? Este es el tema que se abordará en *Longevidad a debate*, el foro organizado por WeLife y *XL Semanal* con el patrocinio de Mapfre, Novartis y L'Oréal Groupe y la colaboración de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). El evento, que se celebrará el 23 de abril en la sede de Vocento en Madrid, reunirá a los mayores expertos nacionales para analizar uno de los

grandes retos de nuestro tiempo. En un momento en que la esperanza de vida no para de crecer, el evento se presenta como una cita imprescindible para entender cómo afrontar los desafíos médicos, sociales y económicos de esta revolución demográfica y conocer las últimas innovaciones. Desde la ciencia más puntera hasta las claves prácticas del día a día, el encuentro ofrecerá una visión completa sobre la longevidad. Con un formato que combinará ponencias

con debates interactivos para dar voz a investigadores de primer nivel y especialistas en bienestar, economía y gestión emocional. El programa destaca por reunir a figuras como Manuel Collado, biólogo molecular,

el doctor Ángel Duránte —pionero en medicina preventiva— ofrecerá herramientas prácticas para vivir más y mejor. Los aspectos sociales se abordarán en una mesa redonda liderada por expertas como Mercedes Ayuso, catedrática

financiera; y María Ángeles Molina Martínez, profesora ayudante de Psicología de la UNED. El evento también contará con la presencia de Nina Gramunt, neuropsicóloga experta en formación y divulgación en la Fundación Pasqual Maragall, que analizará cómo preservar la salud mental. Completarán el cartel voces como la de Tomás Pereda, experto en recursos humanos, y la doctora Mar Mira, especialista en envejecimiento saludable. La asistencia es gratuita, previo registro. ● P. G.

Ciencia, sociedad y bienestar: las claves del debate

investigador del CNB-CSIC y referente en investigación sobre senescencia celular, que develará los últimos avances para comprender cómo nos afecta el paso del tiempo. Por su parte,

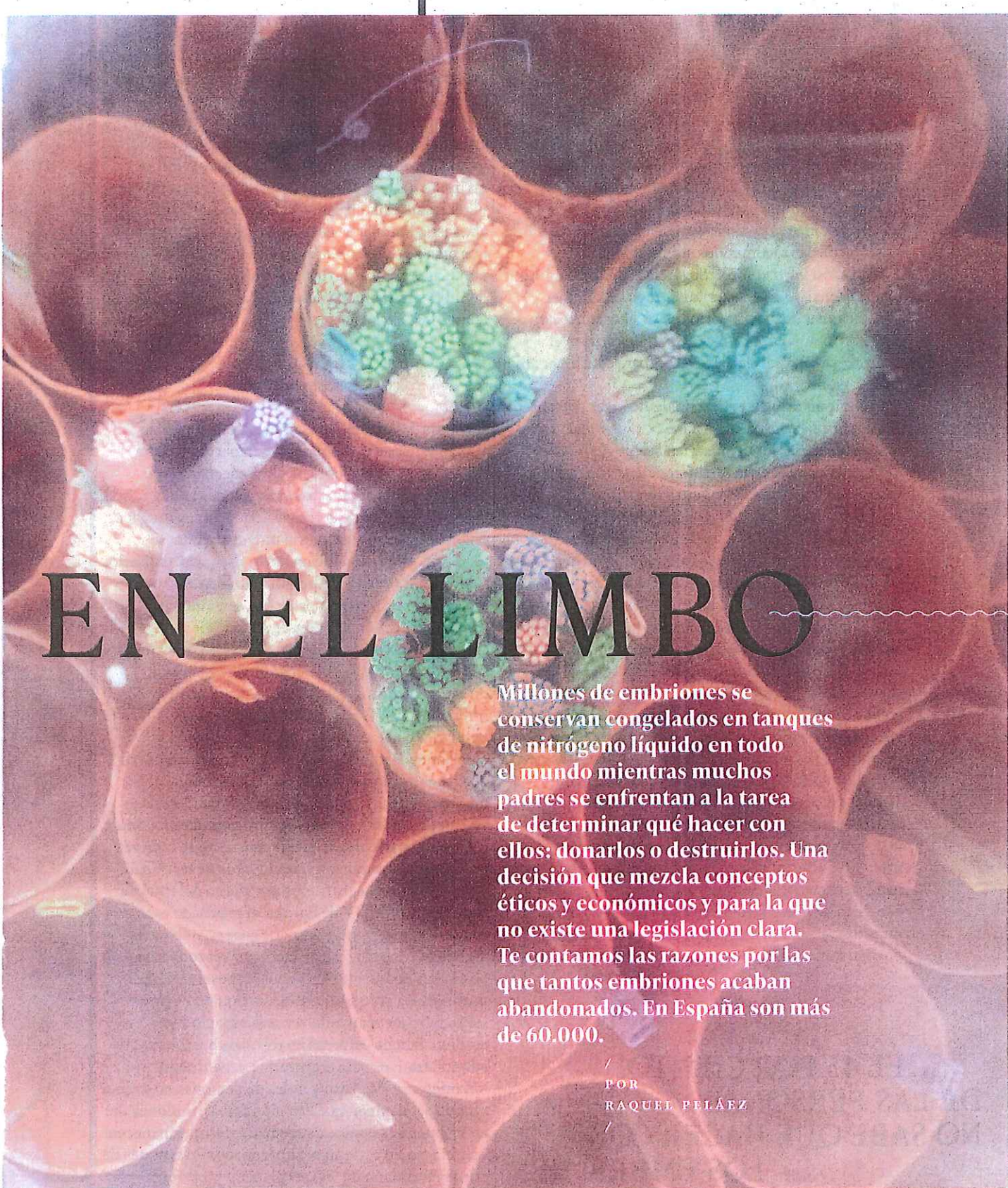
de Estadística Actuarial en la Universidad de Barcelona, especializada en pensiones y sistemas de seguridad social; Esmeralda Gómez, fundadora y CEO de Econoky y referente en salud

DESAFÍOS REPRODUCTIVOS

La gran abundancia de embriones responde, entre otras cosas, a la mejora en la técnica de congelación. En la foto, una especialista española en reproducción asistida del Instituto Valenciano de Infertilidad extrae embriones vitrificados del tanque en el que se mantienen con nitrógeno líquido a 196 grados bajo cero.

EMBRIONES



A microscopic view of several embryos in petri dishes. The embryos are small, colorful, and spherical, with some showing internal structures. They are surrounded by larger, reddish-brown structures, likely other embryos or cells. The background is dark and textured.

EN EL LIMBO

Millones de embriones se conservan congelados en tanques de nitrógeno líquido en todo el mundo mientras muchos padres se enfrentan a la tarea de determinar qué hacer con ellos: donarlos o destruirlos. Una decisión que mezcla conceptos éticos y económicos y para la que no existe una legislación clara. Te contamos las razones por las que tantos embriones acaban abandonados. En España son más de 60.000.

/
POR
RAQUEL PELÁEZ
/

EVA y JUAN

LLEVABAN VARIOS AÑOS intentando tener un hijo cuando su ginecóloga les aconsejó que se hicieran unas pruebas. Obstrucción de las trompas ella, baja calidad de esperma él. La noticia fue dura, pero rápidamente decidieron ponerse en manos de un especialista en reproducción asistida que les recomendó un tratamiento de fecundación *in vitro* (FIV). Según les explicaron, la técnica consiste en extraer los óvulos de la mujer y, a continuación, fecundarlos en el laboratorio con los espermatozoides de él. Luego transferirían el embrión resultante al útero de Eva para continuar allí su desarrollo.

La clínica que los atendía consiguió sacar adelante seis embriones. La premisa parecía evidente: cuantos más hubiera, más multiplicarían sus posibilidades de éxito. Después de la transferencia del primero, Eva se quedó embarazada, pero sufrió un aborto espontáneo. Tristeza, decepción. Los embriones sobrantes habían sido congelados para su uso posterior. El éxito llegó tras la implantación del segundo, unos meses más tarde. Ahora, cinco años después, Martina está en segundo de Infantil y sus padres deben tomar una decisión: ¿qué harán con los cuatro embriones que aún permanecen congelados en la clínica? ¿Deberían donarlos a otras familias? ¿Destruirlos? La pareja no contaba con esto. No recuerdan haber pensado en los embriones sobrantes antes, pero el dilema existe... y ellos no son los únicos que se encuentran ante esta extraña situación.

Según explica Rocío Núñez Calonge, científica advisor en UR (Grupo Internacional de reproducción), «en nuestro país las opciones que les ofrece la ley son cuatro: mantenerlos congelados para utilizarlos ellos mismos en un futuro, donarlos a otra pareja u otra mujer con fines reproductivos, cederlos con fines de investigación o cesar su conservación». En otros países como Estados Unidos las parejas pueden incluso elegir quién 'adopta' sus embriones;

en Alemania no está permitida la congelación; y en Italia los embriones que no utilizan los propios progenitores no pueden desecharse ni donarse para la investigación.

El problema, como describe la experta, es que cada una de estas opciones presenta alguna traba y muchos de esos embriones acaban cayendo en un limbo del que hoy en día es imposible salir. «En España existen cerca de 800.000 embriones almacenados en los centros, de los cuales se calcula que más de 60.000 están en situación de abandono porque las clínicas no les pueden dar un destino definitivo ni tampoco destruir», asegura. Pero ¿cómo hemos llegado hasta aquí?

ATRAPADOS EN EL TIEMPO

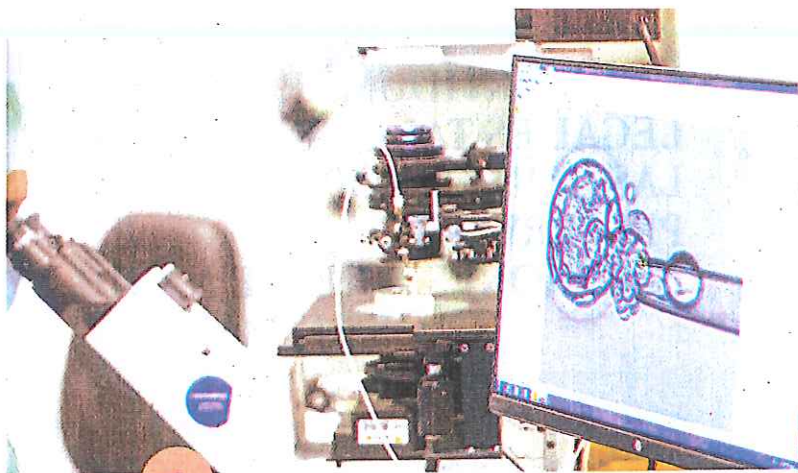
Las tasas de éxito de la fecundación *in vitro* han aumentado con el tiempo, en gran parte gracias a las mejoras en la tecnología de almacenamiento. Hasta hace una década, los embriólogos solían utilizar la técnica de la congelación lenta, y muchos embriones no sobrevivían al proceso. Ahora se vitrifican utilizando nitrógeno líquido para enfriarlos rápidamente desde temperatura ambiente a 196 grados bajo cero en menos de dos segundos.

«De esta forma hemos conseguido que la supervivencia de un embrión cuando se descongela sea del 98 por ciento», cuenta Vanessa Vergara, directora médica del Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI) en Iberia, Latinoamérica y la República Checa. ¿Y qué ocurre? Que sobran embriones. Porque donde antes se solían transferir dos para asegurarse el éxito, ahora saben que con uno basta, y eso explica que cada vez queden más en la retaguardia. Si a esto le sumamos el retraso en la edad de maternidad, que ha causado que cada vez más personas requieran tratamientos de fertilidad, y que España concentra el 15 por ciento del total de tratamientos de FIV de Europa, el resultado es una acumulación de embriones que genera problemas logísticos a las clínicas de medicina reproductiva. Lo explica la doctora Vergara: «Su preservación es muy costosa porque el nitrógeno líquido es caro, los tanques ocupan cada vez más espacio y se requiere mucho esfuerzo en recursos humanos y administrativos para registrarlos y mantenerlos».

Y, mientras Eva, Juan y miles de personas en todo el mundo se plantean qué decisión tomar, millones de embriones desarrollados mediante FIV permanecen congelados en el tiempo, almacenados en tanques de criopreservación de todo el planeta.

EL 45 POR CIENTO
DE LAS PERSONAS
NO SABE QUÉ HACER CON
LOS EMBRIONES
CONGELADOS





1. CULTIVO EMBRIONARIO

Durante la FIV se cultivan los embriones en el laboratorio con una supervisión y control constantes para seleccionar el que tenga mayor potencial de implantación.

2. CONSERVACIÓN

En España, el coste de una FIV puede variar entre los 3000 y los 5000 euros por ciclo, y el coste de mantenimiento de los embriones congelados ronda los 300 euros al año.

3. SIN LÍMITE

Una vez vitrificados, los embriones pueden permanecer congelados durante años, sin sufrir ningún tipo de deterioro o modificación. En 2020, en EE.UU. nació un bebé de un embrión que había estado congelado durante 27 años.



LA DECISIÓN DE SOFÍA

La actriz Sofía Vergara tuvo que enfrentarse a una batalla legal para impedir que su expareja Nick Loeb utilizara los embriones que habían congelado durante su relación (que terminó en 2014) en un 'vientre de alquiler'. Un juez dio la razón definitiva a la actriz de *Modern family* en 2021.

GETTY IMAGES

Según un estudio realizado por especialistas en ginecología, obstetricia y técnicas de reproducción de las universidades de California y de Carolina del Norte, alrededor del 40 por ciento de las personas con embriones criopreservados tiene dificultades para decidir qué hacer con ellos y muchas posponen su decisión durante cinco años

o más. En España fue la doctora Rocío Núñez Calonge quien elaboró una encuesta entre los centros de reproducción asistida públicos y privados de nuestro país para averiguar cuál era la opción preferida para el destino de los embriones. «El 46 por ciento se conservan para el futuro uso de los pacientes; el 18 por ciento están cedidos a la investigación; otro 18 por ciento están destinados a la destrucción y el 5 por ciento existen para ser donados», cuenta la especialista. Pero todavía hay más porque un 12 por ciento no tiene ningún destino, ni siquiera la destrucción. Pertenecen a pacientes que han dejado de pagar su mantenimiento y a los que los centros no pueden localizar. Nunca dejaron por escrito su consentimiento para que los destruyeran o los donaran y, por tanto, las clínicas no se atreven a eliminarlos. En 2022 (el año en el que la doctora hizo el estudio) ya eran más de 46.000. Y, según explica Núñez Calonge, la cifra sigue aumentando.

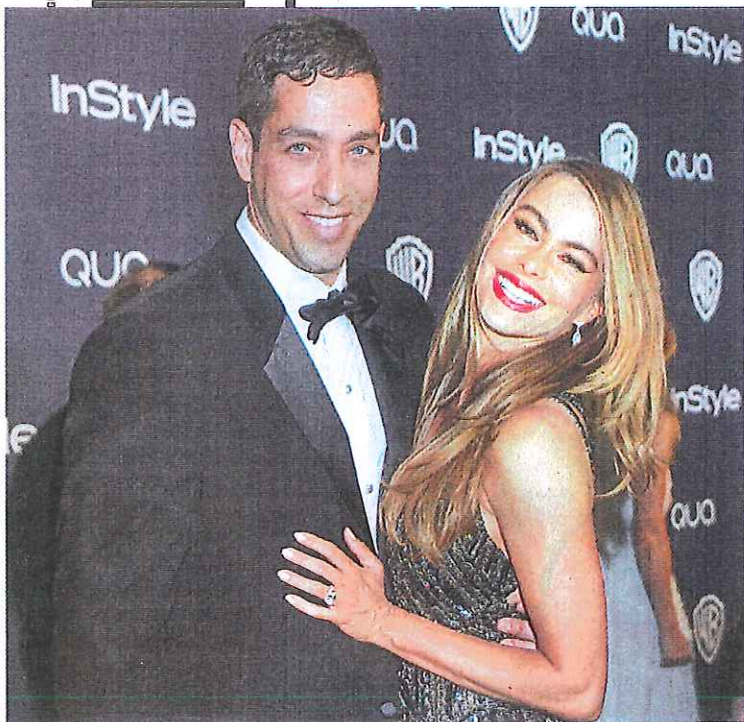
LA INCERTIDUMBRE LEGAL ES TAL QUE LAS CLÍNICAS OPTAN POR PRESERVAR LOS EMBRIONES AUNQUE NADIE LOS RECLAME

Peró ¿por qué no se pueden destruir? «La legislación actual establece que las clínicas tienen la obligación de solicitar periódicamente a los pacientes que renueven o modifiquen el consentimiento informado donde se indica el destino de sus embriones. Si después de dos intentos no consiguen contactar con ellos, los embriones quedarán a disposición del centro y podrán utilizarse, según su criterio, para cualquiera de los fines autorizados», afirma Núñez. Sin embargo, los centros son muy prudentes y prefieren no deshacerse de los embriones.

CONTROVERSIA LEGAL

«¿Qué pasaría si el paciente aparece pasados unos años y los reclama?», se pregunta la doctora Vergara. «No podemos arriesgarnos». Muchas parejas optan por no dar señales de vida y la legislación no es clara ni específica qué ocurriría si los padres, tras años de abandono, aparecen y los reclaman. La incertidumbre es tal que la mayoría de los centros opta por conservarlos indefinidamente hasta que la ley aclare la situación.

Peró aquí no termina el problema porque, incluso con la notificación de respuesta por parte de los pacientes, todo son trabas. «En el caso de elegir la donación a otros pacientes, la mujer debe tener menos de 35 años en el momento en el que se generan los gametos y la mayoría de las pacientes que se someten a FIV supera esta edad. Y, con respecto a la investigación, el problema es que no salen adelante proyectos que utilicen embriones congelados y por eso se quedan ahí y se van almacenando», mantiene Núñez. En cuanto al cese, tampoco es fácil. «La ley exige que dos facultativos ajenos al centro donde te has realizado el tratamiento certifiquen que tu vida reproductiva ha terminado y, por tanto, no puedes volver a transferírtelos». ¿Y cuántas parejas buscan esos dos médicos externos que les firmen esa condición? Difícil. El resultado: más embriones al limbo. ■



Un reto para la salud global

LAS ENFERMEDADES
TROPICALES DESATENDIDAS
SON VEINTIÚN DOLENCIAS
QUE AFECTAN A UNAS
1.700 MILLONES DE
PERSONAS EN EL MUNDO

Joy muestra el jabón que
ha aprendido a elaborar
con materiales locales en
un taller sobre higiene y
prevención de contagios
en Elmina, Ghana.



La interrupción de financiación estadounidense de la cooperación internacional pone en riesgo la lucha contra las Enfermedades Tropicales Desatendidas.

Fotografías de Francisco Galeazzi, Guillermo Maceiras y Francisco Sarrió Volpi.

Una de cada cinco personas en todo el mundo está afectada de alguna manera por alguna de las Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETD), como la úlcera de Buruli, la lepra o la filariasis linfática. Estas ETD pueden causar deformaciones graves si no se tratan a tiempo. Además de provocar manifestaciones cutáneas, generan estigma y exclusión social, por lo que impactan tanto en la salud física como en el bienestar emocional. ¿Por qué se llaman desatendidas? No tanto por la falta de tratamientos y estrategias de prevención, sino porque la pobreza, el aislamiento y la falta de acceso a servicios de salud de quienes las padecen las ha relegado a un segundo plano. Esta desatención se ve agravada por el contexto internacional actual; especialmente tras el anuncio de la salida de Estados Unidos de la OMS, la interrupción de toda actividad por parte de la agencia USAID o el reciente anuncio del gobierno británico de un recorte de su ayuda oficial al desarrollo equivalente al 0,2% de su PIB. Esta súbita reducción de la financiación global de la cooperación sanitaria amenaza muy seriamente la estabilidad general

"Debemos ser conscientes de que cualquier interrupción repentina de programas sanitarios podría tener efectos devastadores para las comunidades más vulneradas."

Iñigo Lasa, Director General de Fundación Anesvad.

de los sistemas públicos de salud de muchos países receptores de ayuda, especialmente en África Subsahariana.

La incertidumbre crece sobre los esfuerzos internacionales para combatir estas enfermedades, que constituyen una de las principales metas del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Aunque se ha logrado importantes avances en los últimos años, como la reducción del 31% en la cantidad de personas que necesitan intervención, pasando de 2.190 millones de personas que la necesitaban en 2010 a 1.499 millones de personas este año, todos estos esfuerzos pueden verse ahora truncados. Del mismo modo, la interrupción de estrategias clave en lo relativo a prevención, como la administración masiva de medicamentos a población de zonas endémicas, podría no sólo revertir estos avances, sino dejar en una situación de mayor desprotección a las poblaciones más vulneradas.

La aportación de España

Fundación Anesvad, como principal institución española en la lucha contra las ETD cutáneas, sigue comprometida con la financiación de programas de colaboración con gobiernos en países como Ghana, Costa de Marfil, Benín o Togo. Estos acuerdos buscan fortalecer los sistemas nacionales de salud para que sean capaces de enfrentar las ETD de manera sostenible, sin depender tanto de la ayuda externa. Además, la Fundación apoya la investigación tanto en África Subsahariana como en Occidente, creando una red de conocimiento y recursos que contribuye a la mejora de la salud pública en estas regiones.

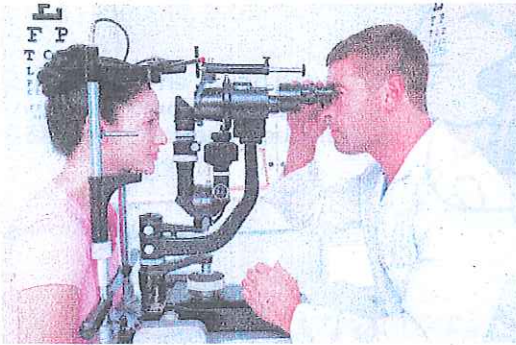


Fundación Anesvad impulsa la investigación, desde nuevos tratamientos y diagnósticos hasta los determinantes sociales que influyen en estas enfermedades.



Genevieve recibe tratamiento contra la úlcera de Buruli en Benín.

TU ESTILO



Glaucoma

¿Qué es glaucoma?

Es una enfermedad de nervio óptico, irreversible, de origen diverso y asociado de forma importante a la hipertensión intraocular, aunque no exclusivamente a ésta, ya que el 45% de los glaucomas diagnosticados lo padecen pacientes con tensiones normales.

¿Qué es la hipertensión intraocular?

Cuando se produce un desequilibrio entre la producción del humor acuoso, que está dentro del ojo, y la eliminación

de éste, la tensión intraocular experimenta cambios.

Imaginemos una piscina en la que continuamente entra agua; si no hubiera un sistema de eliminación de ésta, se desbordaría irremediablemente.

Al aumentar la tensión intraocular el tratamiento de primera elección es farmacológico. Los medicamentos utilizados reducen el flujo de agua que entra en el ojo (piscina) y otras veces aceleran la eliminación de ésta, siendo usados de forma combinada en muchos casos cuando no se logra un equilibrio óptimo.

Normalmente, la tensión varía a lo largo del día, siendo valores normales aquellos comprendidos entre 10 y 21 mmHg.

Se habla de hipertensión intraocular cuando la producción de humor acuoso es mayor que la eliminación de éste y supera los 23 mmHg.

Es importante, al tomar la PIO, tener en cuenta el espesor corneal central, ya que las corneas con mayor espesor arrojan valores más altos.

¿Cuáles son los síntomas del glaucoma?

La mayoría de los glaucomas son asintomáticos, es decir, no existe dolor físico ni molestias que alerten de ésta patología (GPAA o glaucoma crónico simple).

Tan solo en algunos casos relacionados con procesos inflamatorios del globo ocular, como la uveítis anterior, infecciones víricas, enfermedades sistémicas autoinmunes y síndromes diversos, aparecen molestias importantes como percepción de halos, fotofobia, midriasis o dilatación pupilar, vómitos, mareos..., que alertan de forma inequívoca al pa-

ciente sobre la presencia de un episodio agudo de glaucoma. Estos casos, cuando ocurren, suelen ser esporádicos y poco frecuentes.

Desde el punto de vista sensorial y perceptivo, el glaucoma en fases iniciales no muestra síntomas, pero a medida que progresa afecta a la visión periférica y avanza hacia la zona central hasta anular la visión; ya en estadios muy avanzados. Así pues, es una enfermedad compleja de detectar al principio, ya que la pérdida de visión periférica es difícil de medir. Generalmente, en las consultas de optometría se valora la agudeza visual central, es decir, la que se obtiene en la zona más sensible de la retina; que es la última que se ve afectada; de ahí su problemática, ya que puede pasar inadvertida.

¿Qué otros factores predisponen a padecer glaucoma?

Además de la hipertensión intraocular, la edad es otro factor importante; entre el 1 y el 3% de la población mayor de 40 años padece glaucoma, llegando a multiplicarse por 6 por encima de los 70 años.

La diabetes, la hipertensión

arterial, la miopía e hipermetropía alta, las enfermedades cardiovasculares y los antecedentes familiares, figuran como factores predisponentes.

¿Cuáles son las medidas más importantes para detectar precozmente el glaucoma?

La realización de un fondo de ojo es la forma tradicional para detectar el glaucoma, siempre realizada bajo dilatación pupilar por un especialista en oftalmología. Actualmente, los avances tecnológicos permiten también realizar pruebas con instrumentos de alta precisión, para la detección de la mayoría de las enfermedades oculares en fases muy incipientes y sin necesidad de utilizar fármacos, siendo esto lo que ha permitido la creación de UP Retina-Multiópticas Monreal.

UP Retina es una de las primeras plataformas formada por optometristas y oftalmólogos, de la que Multiópticas Monreal forma parte, con el objetivo de descubrir precozmente las enfermedades de la retina más invalidantes que derivan en ceguera, entre ellas el glaucoma.



Aprende el uso adecuado del desfibrilador

Soria es un territorio cardioprotegido, siendo la primera ciudad de España y Europa. Los desfibriladores externos semiautomáticos (DESA) permiten identificar arritmias graves que requieren descargas eléctricas y pueden ser usados por personal no sanitario adecuadamente formado. Este personal debe certificar haber recibido formación acreditada por empresas autorizadas. Ensenia, entidad acreditada por la Dirección General de Salud Pública con el registro DESA000122-F/1, imparte formación desde 2018, con amplia experiencia. La formación tiene como objetivo capacitar en el uso de DESA y otras técnicas de asistencia sanitaria, sensibilizando sobre soporte vital básico. El curso inicial

tiene una duración de 8 horas lectivas, con módulos teórico-prácticos, y una formación de reciclaje bianual de 4 horas. La metodología parte de los conocimientos previos de los participantes, abordando recomendaciones sobre RCP y uso de DEA según el Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Las sesiones son prácticas, con simulación de casos para con-

textualizar y asegurar la correcta aplicación de las técnicas. Además, las empresas pueden bonificar esta formación, deduciendo el importe de la factura del fondo de formación de la Seguridad Social, lo que facilita la capacitación continua del personal.

ensenia
CENTRO DE FORMACIÓN



Concentración de veterinarios frente al Ministerio de Agricultura contra la nueva normativa de medicamentos, ayer en Madrid. F. SÁNCHEZ / EUROPA PRESS

Motín veterinario por el registro de antibióticos: «Les dejamos morir»

Unos 2.000 profesionales se concentran ante Agricultura, que se ampara en la UE

IRENE MERAYO ALBA MADRID
Unos 2.000 veterinarios de toda España protestaron ayer ante la sede del Ministerio de Agricultura, en Madrid, para pedir la derogación del Real Decreto 666/2023, que limita la dispensación de antibióticos, denunciando que las demoras en los procesos están costando vidas de animales.

El decreto, defiende Agricultura, pretende mejorar la trazabilidad de las medicinas y luchar contra la resistencia antimicrobiana que pueden generar los antibióticos. Pero aunque algunos de los presentes dicen estar de acuerdo en cierto modo con el fondo, «lo malo son las formas en las que nos lo exigen, y sobre todo las multas, las consecuencias de no hacerlo todo a tiempo, porque tenemos un plazo mínimo», comenta Isis, del Co-

legio de Veterinarios de Zaragoza. «Hay otras formas de educar a la población», dice. «No somos delincuentes [...] lo que queremos es curar a un animal», añade Raquel, veterinaria también en Cádiz, que dice que últimamente pasa más tiempo resolviendo trámites que trabajando.

El problema gira en torno a la nueva obligación de registrar en el sistema PRESVET, supervisado por el Ministerio, todas las prescripciones de antibióticos. El sistema ya llevaba años utilizándose en ganadería, pero ha sido este 2 de enero cuando se ha hecho obligatorio en las clínicas de animales de compañía.

El descontento se hizo más patente en febrero por el caso de Selva, una perra que murió en Galicia tras retrasarse su tratamiento por estos

nuevos trámites. Samuel Fernández, gerente de la clínica que la atendió, relató en *La Voz de Galicia* que Selva había sido mordida por otro perro, por lo que la llevaron a su consulta, donde inició un tratamiento. Sin embargo, a los pocos días, empeoró y tuvo que ingresar de urgencia en un hospital, donde finalmente falleció.

A Selva hubo que realizarle un cultivo microbiano para autorizar el uso de antibióticos, pero sus resultados llegaron ya días después de su fallecimiento. Algunas pancartas recordaron al can en la concentración, con lemas como: «Si un animal sufre, no puede esperar un cultivo».

Además, varios de los asistentes mencionaron su desacuerdo por las multas que el decreto establece si no usan correctamente el sistema. «A día de hoy trabajamos con miedo», comenta Pilar, veterinaria en Cádiz. Isis traslada su inquietud: «No puedes estar trabajando con la sensación de que te van a multar por cosas que ni siquiera haces con malicia». Y aclara que, según la nueva norma, tienen obligación de primar medicamentos menos agresivos a los antibióticos de última generación que puedan existir en la UE.

«¿Cuánto tiempo hay que perder para encontrar todos los medicamentos que existen en la UE?», comenta con angustia. Además, Raquel apunta que «dentro del consumo total de antibióticos en la medicina veterinaria, el consumo de pequeños animales supone un 1%».

Nerea, veterinaria en un pueblo de

EN CIFRAS

2.000

ASISTENTES. En torno a dos millares de veterinarios de toda España se concentraron ayer frente al Ministerio de Agricultura con proclamas en contra del decreto.

1%

ANTIBIÓTICOS. Dentro del consumo total de antibióticos que tienen lugar en la medicina veterinaria, la porción que es de pequeños animales supone solo un 1%.

18

MESES. Agricultura recuerda que la medida se publicó en el BOE en julio de 2023, 18 meses antes de entrar en vigor, lo que dio tiempo a los veterinarios a prepararse.

Madrid, cuenta que la medida les está afectando también en el aspecto de la salud mental: «No poder tratar a un animal y ver que tienes que dejarlo por no poder poner un antibiótico que sabemos que necesita... Para eso hemos estudiado una carrera, seguimos formándonos cada día... Nos está afectando mu-

cho emocional y profesionalmente, pues estamos teniendo pacientes que están falleciendo. Tenemos que elegir entre una multa o salvar su vida». Varios de los presentes se debaten entre acatar la medida, con posibles riesgos para los animales, o ignorarla y ser multados.

Nerea explica que a los políticos se les olvida que si un animal doméstico cae enfermo puede contagiar a quienes viven con él, y también que los veterinarios son res-

«Los animales ejercen función social y son parte de las familias»

El Ministerio dice estar dispuesto a negociar pero aún no se han reunido

ponsables de los alimentos que comemos. Pide poder «seguir ejerciendo libremente» y que les reduzcan el IVA. «Los animales ejercen una función social y forman parte de nuestra familia», añade Raquel.

Por su parte, el director general de Sanidad de la Producción Agroalimentaria y Bienestar Animal del Ministerio, Valentín Almansa, explicaba ayer en Onda Cero que el Real Decreto sólo transpone al ordenamiento jurídico español la legislación europea, y aclara que el procedimiento que piden es el de preservar los antibióticos de última generación para que no dejen de ser eficaces y que, como consecuencia, «mueran animales y personas». Y que lo que pide Agricultura es usar esos medicamentos, de los «grupos A y B», sólo cuando sea estrictamente necesario.

Almansa alega que las muertes se producen si se intentan usar esas «últimas balas» —en caso urgente, según la nueva norma, sí se pueden usar, pero requieren una muestra para confirmar que no hubo alternativa y, por eso, hay más demora—. Sobre las sanciones, Almansa comenta que están pensadas para casos de mala fe. «Todo esto es para concienciar», dice, zanjando que desde el Ministerio están «dispuestos a negociar siempre».

Sin embargo, desde Confederación Empresarial Veterinaria Española, convocantes, lamentan que el ministro, Luis Planas, se niegue a reunirse con ellos. En el argumentario de la posición del Ministerio, al que han tenido acceso EL MUNDO, alegan que el decreto se publicó en el BOE en julio de 2023, por lo que «los veterinarios conocían la obligación desde hace año y medio y han tenido tiempo para prepararse».

El decreto ya ha provocado que ERC pida «una revisión urgente de la normativa» y ha propuesto la creación de una subcomisión. Han presentado una proposición no de ley al respecto, lo que podría llevar el tema al Congreso. Otras formaciones, por ejemplo PACMA, han presentado una propuesta de adaptación.

¡Los investigadores desarrollan un producto sanitario innovador!

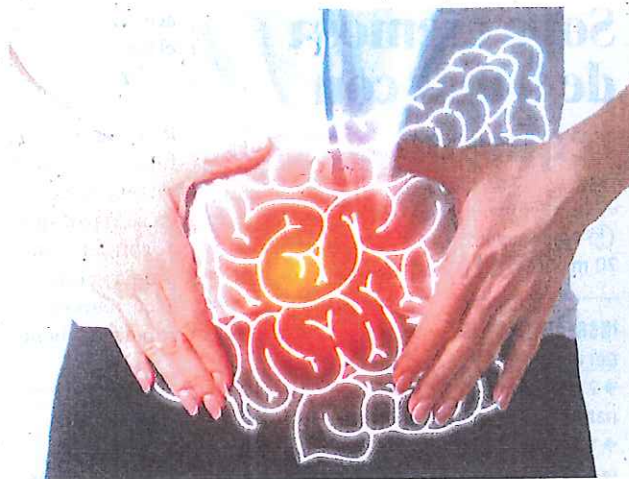
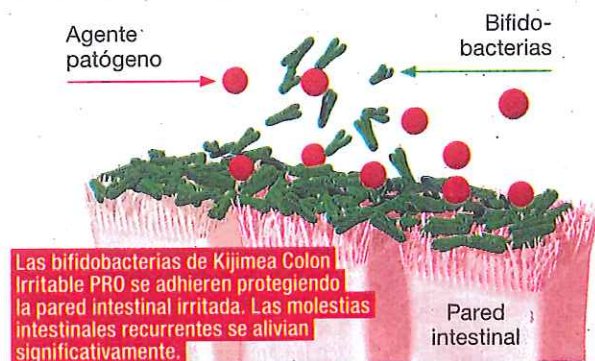
Qué hacer en caso de diarrea, dolor abdominal y flatulencia

Las molestias intestinales recurrentes, como la diarrea, el dolor abdominal y la flatulencia limitan la calidad de vida de muchas personas. Sin embargo, sólo unos pocos pueden hablar abiertamente de ello, y el tema se evita incluso entre amigos y conocidos. Para ello, los investigadores han desarrollado el innovador producto sanitario (Kijimea Colon Irritable PRO, disponible en farmacias), que por fin podría ayudarle.

Se estima que en España cerca del 20% de la población padece regularmente de diarrea, dolor abdominal, flatulencia o estreñimiento. Lo que muchos no saben: si las molestias se producen de forma recurrente, suele esconderse el síndrome de colon irritable detrás. En este caso, un producto sanitario desarrollado y probado para combatir estos síntomas (Kijimea Colon Irritable PRO, disponible en farmacia) puede ayudar.

Lo que revela la ciencia

Hoy en día, los científicos parten de la base de que una barrera intestinal dañada suele ser la causa de las dolencias intestinales recurrentes. Incluso la más mínima lesión en la barrera intestinal puede hacer que los agentes patógenos y las sustancias nocivas penetren en la pared intestinal, irriten el intestino y causen inflamación. Las consecuencias son múltiples: diarrea recurrente, a menudo acompañada de dolor abdominal, flatulencia y, a veces, estreñimiento.



Basándose en estos resultados, los investigadores han desarrollado el producto sanitario Kijimea Colon Irritable PRO. Las bifidobacterias únicas de la cepa HI-MIMBb75 (contenidas exclusivamente en Kijimea Colon Irritable PRO) se adhieren a las zonas dañadas de la barrera intestinal, como un parche protector. La idea es que, bajo este parche, la barrera intestinal puede regenerarse, las molestias intestinales pueden desaparecer.

Lo que demuestra un estudio

Un estudio a gran escala sobre el colon irritable ha demostrado recientemente la eficacia de Kijimea Colon Irritable PRO para tratar la diarrea, el dolor abdominal, la flatulencia y el estreñimiento. El factor decisivo: la calidad de vida de los afectados también mejoró significativamente, por lo que lo recomendamos. Pruebas científicas concluyentes para una dolencia real muy común.

En su farmacia:

Kijimea Colon Irritable PRO

(CN-195962.1)

www.kijimea.es



La imagen representó a una afectada.
Kijimea Colon Irritable PRO cumple con la normativa vigente sobre los productos sanitarios.
Se requiere un primer diagnóstico médico del colon irritable. CPSP21233CAT

KIJIMEA®

DE LA CIENCIA. PARA TU SALUD.

CASTILLA Y LEÓN

Fulminada la directora de Salud Pública por despreciar la gravedad de la pandemia

Mañueco pide disculpas y asegura que la Junta «toma decisiones» ante el «error grave» de Sonia Tamames tras afirmar esta que «la pandemia por Covid-19 no fue de gran gravedad, aunque alguno se revuelva en el sofá»

RAÚL RUANO VALLADOLID

Fulminada la directora general de Salud Pública, Sonia Tamames, por despreciar la gravedad del coronavirus: «La pandemia por Covid-19 no fue de gran gravedad, aunque alguno se revuelva en el sofá». Apenas una semana antes de que se cumplan cinco años de aquel duro confinamiento decretado en España (14 de marzo), la directora general de Salud Pública dimite de su cargo por las palabras sobre una pandemia que conllevó más de 10.000 fallecidos, miles de contagiados y personas que todavía sufren secuelas por el virus. Un daño que no solo se quedó ahí, sino que transformó la vida de todas las personas durante unos años y produjo un grave daño social y económico con muchas pérdidas de puestos de trabajo.

«Aunque, probablemente haya gente que se revuelva en el sofá cuando lo escuche, la pandemia por Covid-19 no fue una pandemia de gran gravedad», defendió Tamames en una entrevista en el programa 'Cuestión de Prioridades' de la 7 de Castilla y León del pasado martes.

Afirmación que Tamames, médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública pero que en aquellos momentos estaba de técnico en la Consejera, explicaba manifestando que «afectó en unas etapas muy tempranas a la población joven, pero rápidamente el virus evolucionó para convertirse graves sólo en los extremos, fundamentalmente en las personas mayores».

«Una pandemia gripal de alta patogenicidad suele tener una mortalidad y una morbilidad que conocemos en W, es decir en niños, adultos y jóvenes y personas mayores. La disrupción social que produce de enfermedad grave en personas jóvenes es muy superior a las que hemos sufrido», añadió a sus ya polémicas declaraciones.

Unas palabras que la llevaron en el día de ayer a presentar su renuncia ante el consejero de Sanidad tras la enorme polémica suscitada en las redes sociales con numerosas peticiones de dimisión. Una renuncia que ella misma realizó antes de ser cesada. De esta manera, la Junta, con Alfonso Fernández Mañueco a la cabeza, actuó con celeridad.

El propio presidente de la Junta de Castilla y León salió públicamente a pedir disculpas por estas palabras tan desafortunadas sobre la pandemia: «Creo que sus declaraciones han sido un error. Lo primero que tengo que hacer es pedir disculpas a toda la población en nombre del Gobierno de Castilla y León. Son un grave error solo por el dolor de las pérdidas de vidas humanas y



La ya ex directora general de Salud Pública, Sonia Tamames, en una foto de archivo. ICAL

el sufrimiento posterior de los que sufren secuelas sin entrar en consideraciones al daño del sistema público de salud y de la crisis social y económica que produjo la pandemia».

«Tengo que insistir en algo importante como es el nivel de exigencia que tenemos en la Junta. Ante un error se toman decisiones», sostuvo el jefe del Ejecutivo autonómico sobre este «error grave».

«Vuelvo a pedir disculpas a toda la sociedad de Castilla y León y especialmente a aquellos que por un motivo u otro han tenido algún sufrimiento en esta pandemia», concluyó Mañueco su intervención ante los medios de comunicación.

De la misma manera, el consejero de Economía y Hacienda y portavoz, Carlos Fernández Carriedo, pidió disculpas por las palabras de Tamames y, al igual que el presidente, calificó de «error grave» lo ocurrido. «Ella lo asume con esta renuncia y desde aquí seguimos insistiendo en nuestro compromiso y reconocimiento con la gravedad de la pandemia, las vidas perdidas, el dolor causado y los daños a todo el tejido social y económico de Castilla y León», expuso.

«Lamentamos esta entrevista y esas declaraciones, pedimos disculpas a todas las personas que se han visto afectadas y que ahora rememoran esos momentos. La renuncia refleja el nivel de exigencia de la Junta de Castilla y León en todas sus actividades», añadió Carriedo que en la rueda de prensa posterior al

Consejo de Gobierno quiso agradecer los servicios en los tres años que ha sido directora general de Salud: «Agradecemos todo el trabajo prestado durante estos años, que ha sido muy positivo».

A mayores, el portavoz autonómico reveló que no ha hablado con ella tras la polémica: «Creo que es consciente de la gravedad que supuso la pandemia en términos de impacto humano, gravedad para las familias, para las personas, el coste de vidas humanas. También el destrozo para la vida de muchas personas».

«El que haya cometido ese error, sin duda grave, lo es más por la responsabilidad que ocupa, no debe tampoco impedir no reconocer el conjunto de su trayectoria al servicio de la ciudadanía que durante muchos meses y años pues ha sido una trayectoria de vocación de servicio público y que tiene que ser reconocida», sentenció sobre esta dimisión.

Por otro lado, Fernández Carriedo indicó que el director de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, Álvaro Muñoz Galindo, estará al frente de Salud Pública hasta un nuevo nombramiento.

REACCIONES

Las reacciones por estas palabras y por su dimisión no se hicieron esperar cuando comenzaron a correr como la pólvora por las redes sociales. Uno de los primeros en reaccionar fue Ignacio Rosell. «No sé donde estuvo, pero en lo más duro de la #pandemia yo no la vi nunca. Y ahora dan-

do lecciones. En fin», señaló en su cuenta de X, médico de Medicina Preventiva y Salud Pública y secretario del comité de expertos contra el Covid durante la pandemia.

No es la primera vez que Sonia Tamames genera polémicas y alarmas sociales innecesarias. Aunque nada que ver con la terrible gravedad del Covid, es famosa su comparecencia a carcajada limpia en 2022 para indicar que el agua del Pisuerga en la playa de Moreras no era apta para el baño. En lo que quedaba claro que era un operación política contra el entonces alcalde y hoy ministro de Transportes, Óscar Puente.

El secretario general del PSOE de Castilla y León, Carlos Martínez Minguez, señaló que la valoración de Tamames es un ejemplo de «la pérdida de alma» de los responsables de la Junta. Antes de conocer la decisión, Minguez pidió que la echaran de su cargo: «No aspiro a que se vaya, porque la dimisión es un cese voluntario. Quiero que la cesen».

El secretario autonómico de los socialistas de la Comunidad tachó de «absoluto insulto a la ciudadanía» las valoraciones de la ex miembro de la Consejería de Sanidad. «Se les acaban contagiando las derivas autoritarias de comunidades vecinas, donde la pérdida del alma es insular a las víctimas, a los fallecidos y a sus familiares», indicó sobre los responsables del Ejecutivo autonómico.

«Indecentes, frívolas y con falta de sensibilidad», con estos tres adjetivos definió el portavoz del Grupo So-

cialista en las Cortes, Luis Tudanca, las declaraciones de la ya ex directora general de Salud Pública, aunque sostuvo que su marcha se produce porque les «ha pillado». Así, insistió en que la dimisión se produce por la denuncia pública y la «avalancha» en contra de sus palabras.

La salida de Tamames «nos e produce porque Mañueco piense que es grave, sino porque les hemos pillado tras unas declaraciones idecnetnes», sostuvo el socialista tras la Junta de Portavoces en unas declaraciones recogidas por Ical.

El procurador Francisco Igea llegó a ser expulsado de la Comisión de Sanidad por mostrar un cartel con las polémicas declaraciones al grito de «puta vergüenza».

Nada más comenzar la comisión, antes de que se conociera la dimisión, en la que comparecía la directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización, Silvia Fernández Calderón, para informar sobre la Estrategia de Asistencia en Salud Mental, la presidenta pidió a los grupos si tenían que comunicar alguna sustitución, momento que aprovechó Francisco Igea para mostrar un cartel de la red social 'X' que reflejaba las «desafortunadas» de Tamames. Prieto Sánchez llamó al orden al procurador al recordarle que estaban preguntando por las sustituciones y le ordenó que guardara el cartel, algo que Igea no hizo, por lo que fue expulsado. «Es una absoluta vergüenza que esta señora sea directora de Salud Pública en esta Comunidad», criticó según informa Europa Press.

Por el otro lado, el portavoz adjunto del Grupo Parlamentario Popular, Miguel Ángel García Nieto, pidió disculpas por el «error muy grave y bastante lamentable» de la ya ex directora de Salud Pública. García Nieto se refirió a Tamames como «esta señora», y reconoció que las declaraciones han sido «error muy grave» ya que, según recordó el 'popular', en la pandemia hubo «muchas muertes» y «mucho sufrimiento» que todavía permanece en algunos casos.

«Todos hemos sufrido los efectos de una crisis horrrorosa», admitió el portavoz adjunto que significó no obstante la dimisión presentada este jueves por Tamames, ante lo que García Nieto ha constatado el «grado de exigencia» del Gobierno de Alfonso Fernández Mañueco.

«El Consejo de Gobierno ha sido inmediato en tomar la decisión», añadió a preguntas de los periodistas por la dimisión este jueves de la directora general por unas declaraciones que realizó en la noche del martes en las que Tamames «metió la pata gravemente», sentenció.

PAPEL | SALUD



CÓMO LA FALTA DE MUJERES EN LOS ENSAYOS DE MEDICAMENTOS PERJUDICA SU SALUD

Investigación. Su exclusión en los estudios desde mediados del siglo XX genera lagunas del impacto de los fármacos: ellas sufren más efectos adversos y problemas de eficacia. "Nos pusieron en una posición de inferioridad", denuncia la directora del Cibersam

Por Naiara Brocal (Madrid)

Cada vez que una mujer toma un medicamento, hay muchas probabilidades de que la dosis, la seguridad y la eficacia hayan sido determinadas según estudios que se han realizado mayoritariamente en hombres. Durante décadas la investigación clínica las ha marginado en los ensayos, lo que ha generado un vacío de conocimiento sobre cómo los fármacos actúan en el organismo femenino.

Las consecuencias de esta brecha van más allá de la falta de datos. Ellas pueden sufrir más efectos adversos, presentar más problemas de eficacia o tener menos información en general sobre cómo les afectan los medicamentos. Desde mediados del siglo XX las mujeres fueron sistemáticamente excluidas. Ana González-

Pinto, directora científica del Área de Salud Mental del Ciber (Cibersam), explica que las razones son diversas, pero una principal fue el deseo de evitar riesgos fetales en el caso de que las participantes quedaran embarazadas, lo que dejó a las mujeres en una clara situación de desventaja: «Nos pusieron en una posición de inferioridad en términos de salud», afirma.

El año 1977 fue un punto de inflexión. La crisis de la talidomida, el fármaco para las náuseas que provocó malformaciones congénitas en miles de bebés, llevó a la agencia reguladora estadounidense FDA a recomendar que las mujeres en edad fértil no participaran en los ensayos. «Esta medida, aunque bien intencionada, derivó en su exclusión generalizada de la investigación médica durante décadas», lamenta la psiquiatra

Gemma Parramon, portavoz de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Pero no solo se trató de proteger a la descendencia. Parramon señala que predominaba una visión reduccionista de las diferencias biológicas entre sexos, conocida como «medicina biquini»: las únicas diferencias entre hombres y mujeres residen en sus aparatos reproductores. Esta concepción errónea contribuyó a que no se considerara necesaria la presencia de mujeres en los estudios.

Otro factor clave fue la percepción de que los ciclos hormonales femeninos podrían interferir con los resultados de los estudios, lo que añadiría complejidad y elevaría los costos de la investigación. «Aunque este argumento es científicamente cuestionable, reforzó la exclusión de las mujeres en los ensayos durante años», revela Parramon. Como consecuencia, los hombres fueron considerados la norma en la investigación médica, extrapolando los resultados obtenidos en ellos al otro 50% de la población.

Fue necesario esperar hasta la década de 1990 para que los reguladores comenzaran a promover una participación más equitativa de las mujeres en la investigación clínica. En 1993, EEUU aprobó una ley que obligaba a incluir mujeres en los estudios financiados con fondos federales. En Europa, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) emitió en 1997 directrices orientadas a fomentar la inclusión femenina en los ensayos. Sin embargo, como advierte Parramon, no fue hasta principios de los 2000 cuando estas medidas se implementarían de manera más rigurosa. Desde entonces, tanto la EMA como su homóloga estadounidense, la FDA, han impulsado normativas que exigen una representación equitativa y la desagregación de los resultados por sexo.

Hoy en día, Antonia Agustí, presidenta de la Sociedad Española de Farmacología Clínica, sostiene que el único criterio de exclusión basado en el sexo que aún persiste en muchos ensayos clínicos afecta a aquellas en edad fértil que no usan métodos anticonceptivos efectivos. No obstante, la cardióloga Leticia Fernández Frieria subraya que hay que tener en cuenta los factores sociales. La educación de las mujeres sobre la importancia de participar en los ensayos clínicos ha sido limitada, y en ocasiones, enfrentan más dificultades logísticas para involucrarse. A pesar de ello, reconoce que «la situación está mejorando».

La menor representación tiene un impacto significativo en el caso de los fármacos. «Aún hay una importante falta de información sobre el efecto de los medicamentos en las mujeres; una deficiencia que se extiende

a todas las áreas terapéuticas», asegura la experta del Consejo de COF Raquel Varas. Señala que pese a los esfuerzos para mejorar esta situación, la información disponible sigue siendo limitada.

Esta brecha de conocimiento es especialmente crítica en situaciones como el embarazo y la lactancia. Parramon corrobora que la falta de datos sobre la seguridad de los medicamentos durante la gestación «obliga a muchas mujeres a tomar decisiones médicas sin suficiente respaldo científico».

Uno de los principales vacíos en la investigación farmacológica es el impacto de las hormonas. Las variaciones en los niveles de estrógenos y progesterona durante el ciclo menstrual, y los cambios como el embarazo, la menopausia y el uso de anticonceptivos pueden modificar la absorción, distribución y eliminación de los medicamentos, afectando a su eficacia y seguridad. Sin embargo, los ensayos clínicos rara vez analizan cómo los cambios hormonales influyen en la respuesta a los fármacos.

Durante el embarazo, los cambios fisiológicos, como el aumento del volumen sanguíneo, pueden modificar también el metabolismo de los medicamentos. Parramon destaca que, aunque existe evidencia de estas diferencias en el caso de los psicofármacos, echa en falta investigación que aborde cuestiones clave, como el impacto de la menopausia en la farmacocinética y la farmacodinámica de estos medicamentos.

González-Pinto añade: «Las mujeres responden de manera diferente a muchos psicofármacos, pero los datos siguen siendo limitados». Un ejemplo claro es que las mujeres premenopáusicas suelen responder mejor a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), mientras que los hombres tienden a tener una mejor respuesta a los antidepresivos tricíclicos.

Si bien, ya pueden encontrarse muchos medicamentos que se

Una mujer sostiene en su mano un fármaco para tomarlo junto a un vaso de agua.
SHUTTERSTOCK

“Ellas responden de manera distinta a muchos psicofármacos, pero los datos son limitados”

La falta de datos sobre seguridad en la gestación “obliga a decidir sin suficiente respaldo científico”

sabe que tienen una efectividad o perfil de efectos adversos diferente. Varas señala que este listado incluye desde los antihipertensivos bloqueadores de los canales de calcio, antibióticos, aspirina, antihistamínicos, detabloqueantes, metotrexato, tiazidas, gabapentina, IECA, estatinas, digoxina, opiáceos y benzodiacepinas, así como hierro y antipsicóticos.

Fulminada la directora de Salud Pública de la Junta por despreciar la gravedad de la pandemia

Sonia Tamames cesa tras su polémica declaración al afirmar que «la pandemia del Covid no fue de gran gravedad, aunque alguno se revuelva en el sofá». Mañueco las califica de «grave error», pide disculpas, y pone en valor el «nivel de exigencia» de su Gobierno: «Ante un error se toman decisiones»

Pág. 11

CASTILLA Y LEÓN

Un nuevo fallo en la receta electrónica deja a miles de usuarios sin medicamentos

'Recyl' registra un «fallo total» por segundo día y obliga a activar el papel para fármacos urgentes

VALLADOLID

Nuevo fallo en el sistema de receta electrónica de Castilla y León. Un «fallo total» del sistema 'Recyl', que de-

ja a miles de usuarios sin medicamentos y obliga a activar el plan de contingencia para dispensar en papel los fármacos más urgentes. Pág. 17

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Sábado 8 de marzo 2025

EL MUNDO. Viernes, 7 de marzo 2025

15

ESPAÑA

Dimite la directora de Salud Pública de CyL tras su polémica con el Covid

Mañueco se disculpa tras rebajar Sonia Tamames la gravedad de la pandemia

SOLEDAD VALLE MADRID

«La covid afectó en unas etapas muy tempranas a la población joven, pero rápidamente evolucionó para convertirse en grave solo en los extremos de la vida». Estas fueron las declaraciones que Sonia Tamames, directora de Salud Pública de Castilla y León, pronunció en el programa de RTV de Castilla y León, y las que han motivado la dimisión de su cargo este jueves, precedidas de un gran revuelo.

Con estas afirmaciones se acusó a la responsable de quitar importancia a la pandemia. Fue el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, el que anunció su dimisión, en declaraciones a los medios, momentos antes de su intervención en un acto, en Valladolid, por el Día Internacional de la Mujer.

Mañueco pidió perdón por estas declaraciones, que las ha calificado de «grave error» y recordó «el dolor por la pérdida de vidas humanas durante la pandemia».

Será Álvaro Muñoz Galindo, director de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, el que sustituya a Tamames, en el hueco que deja su dimisión, según informó ayer por la mañana, en una rueda de prensa, Carlos Javier Fernández Carriedo, consejero de Economía y Hacienda y Portavoz de la Junta de Castilla y León.

Por su parte, el consejero Fernández Carriedo explicó que la dimisión de Tamames tuvo lugar por «decisión propia» y «refleja el nivel de exigencia que tiene el Gobierno de la Junta de Castilla y León».



La ya ex directora de Salud Pública de Castilla y León, Sonia Tamames, interviene en la televisión regional. CyLTV

Sonia Tamames (Valladolid, 1979) había sido nombrada directora de Salud Pública de la Junta el diciembre de 2021, tras la renuncia de Carmen Pacheco Martínez. Es licenciada por la Universidad de Valladolid y fue jefa de los Servicios de Epidemiología, entre febrero de 2014 y diciembre de 2019.

Desde la Junta, Fernández Carriedo reiteró «las disculpas» del Gobierno autonómico por unas de-

claraciones que «lamentan que se hayan producido», «ha sido un grave error» y «ha llevado a la responsable a tomar esa decisión». Sin embargo, también señalaron que este suceso «no puede empañar el trabajo» de la facultativa en el área de Salud Pública, del que, aseguraron, estar agradecidos.

En las sucesivas comparencias de los representantes de los grupos parlamentarios tras la Junta de

Portavoces reunida ayer, todos coincidieron al censurar la gravedad de las palabras de Sonia Tamames.

En el caso del portavoz adjunto del PP, Miguel Ángel García Nieto, lamentó «sin ninguna duda las declaraciones que hizo esta señora», en referencia a Tamames, a quien atribuyó un «error muy grave» por el que ahondó en las «disculpas a toda la población que se haya visto agraviada». En su opinión son unas declara-

ciones «bastante lamentables» porque durante la pandemia hubo «muchas muertes y mucho sufrimiento», además de una «crisis económica y social» que calificó de «horrorosa».

No lo vio igual el portavoz del Grupo Socialista, Luis Tudanca, quien cree que la dimisión llega «dos días tarde», ya que las declaraciones fueron realizadas hace dos noches en Castilla y León Televisión y únicamente presentó su dimisión tras generarse la polémica ayer: «Dimite porque la hemos pillado», remarcó el socialista, convencido de que lo dicho fue «incedente». En su opinión, se trata de «lo más ofensivo y grave» que se ha dicho acerca de la pandemia desde que la presidenta madrileña, Isabel Díaz Ayuso, manifestó que hubiera o no traslados desde las residencias a los hospitales las personas mayores se iban a morir igual.

Tras manifestar que «no se puede frivolizar con tanto dolor», Tudanca cuestionó que la televisión

El presidente de la Junta califica las declaraciones de «grave error»

Tudanca opina que Mañueco usa a Tamames «como cortafuegos»

haya optado por borrar la publicación que desencadenó esta polémica y opinó que Mañueco, «entregue su cabeza (la de Tamames) para ponerla como cortafuegos», aunque consideró que lo hace porque es una directora general y no haría lo mismo con un consejero por «frivolizar con el operativo de incendios» o por «ofrecer obras a un corrupto», en referencia a Juan Carlos Suárez-Quífonos. «Y ahí sigue», criticó.

PAPEL | SALUD



MUJERES QUE ROMPEN EL TECHO DE CRISTAL DE LA SANIDAD

Día de la mujer. En una profesión feminizada, la mayoría de los altos cargos los ocupan ellos. "Todavía persisten estereotipos y barreras estructurales normalizadas"

Por R. R. García-Abadillo / S. Valle (Madrid)

En la profesión sanitaria predomina la mujer, pero son pocas las que llegan a los puestos directivos. Ellas representan casi el 70% del personal en materia de salud y asistencia social a nivel global. En España ocurre lo mismo, y eso que en los últimos años se ha mejorado algo: más del 50% de los socios de las sociedades científicas son mujeres (58%), pero solo un 33% tiene a una como presidenta, según datos del Observatorio Mujeres en Medicina en España (WOMEDS), proyecto impulsado por la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (Facme). «Cualquier mujer que ha llegado a un puesto de responsabilidad, ya sea sanitario o de cualquier otra rama profesional, ha tenido que superar obstáculos, aunque algunos sean más evidentes que otros. En mi caso, el camino tampoco ha sido fácil, pero estoy satisfecha con mi trayectoria», reconoce la titular de Sanidad, Mónica García. Junto a ellas otras tres mujeres desvelan a este medio cuál es la situación en nuestro país.

En cuanto a los colegios de médicos, en 2021 solo un 10% de las presidencias las ostentaba una mujer, mientras que actualmente es un 20% (en torno a 10 de los 52 colegios oficiales de médicos que hay en España),

una leve mejora, según se puso de manifiesto ayer en la Jornada Mujer y Profesión Médica organizada por la Organización Médica Colegial (OMC). En la presidencia de la misma OMC, en más de 100 años de historia que tiene, nunca ha habido una mujer entre las 21 personas que han ocupado el cargo.

Lo mismo sucede en jefaturas de servicio, ámbito académico e investigación, en la participación de mujeres como ponentes invitados en congresos o en la industria farmacéutica (las mujeres son el 56% de las plantillas pero el 25% de las direcciones generales), por no hablar de la infrarepresentación de mujeres en los ensayos clínicos, con las consecuencias que ello conlleva.

Entre los obstáculos la responsable de la cartera sanitaria esgrime que «intentar encajar en un molde que no está pensado para nosotras en vez de cuestionarlo. No hay que demostrar que podemos ser 'como ellos', sino hacer valer nuestro propio liderazgo».

En este sentido, Concepción Saavedra, consejera de Sanidad de Asturias, que es la primera en ocupar este cargo, cree que la inseguridad o no dar un paso al frente cuando surge la oportunidad les frenan. «Las dudas que surgen en ellas mismas, sobre su preparación y su trabajo».

Ellas se ponen más cortapisas "porque creen que no están capacitadas o que deben asumir las cargas familiares"

Mónica García subraya que no "es ayudar", sino "eliminar las barreras que nos han impedido llegar"

Sobre esto, Sonia García de San José, directora-gerente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, argumenta que hay que saber decir que no cuando no hay preparación, pero si la hay, la situación personal debe convertirse en la tesis para declinarla. «Un error que siempre he intentado evitar, es dejarte seducir por propuestas de grandes puestos si te llegan en un momento en el que no tienes la formación ni la capacitación adecuadas. Una mala decisión puede ser muy perjudicial. Las mujeres debemos de ser capaces de compartir el trabajo dentro del hogar con nuestras parejas y nuestras familias y ser valientes a la hora de tomar decisiones sobre nuestra carrera profesional».

Aquí los techos de cristal se ven de distinta forma. Soledad Gallardo, directora gerente del Hospital Universitario Son Llàtzer, sostiene que el liderazgo sigue viéndose como algo más asociado a los hombres. Además, en su caso, por ser enfermera de origen, «todavía persisten estereotipos y barreras estructurales que dificultan la normalización», Gallardo.

Porque todas reconocen que en algún momento han tenido que saltar algún obstáculo. Y muchas veces son «invisibles», como asegura García, «a veces son

pequeñas piedras en el camino que hacen que tengas que demostrar más, que te cuestionen más, que la autoridad que se da por sentada en un hombre haya que reafirmarla constantemente si eres mujer».

La gerente del hospital del Gregorio Marañón prefiere hablar de esfuerzo en vez de superación de obstáculos en su caso, «porque ha sido una progresión continua desde el punto de vista de la adquisición de conocimientos y también de la experiencia». García de San José lleva toda la vida en el centro y ha ido adquiriendo responsabilidades desde que entró como médico intensivista.

La mochila que cargan las mujeres para llegar a la cima se llena de esas piedras que sortean en el camino. Pero hay que dejarse ver, como destaca la gerente del hospital balear: «Al final, no se trata solo de trabajar duro, sino también de hacerse visible, ocupar espacios y demostrar con hechos que el liderazgo femenino en sanidad no solo es posible, sino necesario».

Por eso, ellas apuestan por hacer visibles sus progresos a las nuevas generaciones. La consejera de Asturias lo tiene claro, «ahora hay un camino abierto y debemos seguir luchando para no dar pasos atrás. En un mundo como el sanitario donde más del 80% somos mujeres tiene que haber el mismo porcentaje de cargos directivos y jefaturas». Al tiempo, García es tajante: «No os conforméis, buscad referentes, tejed redes de apoyo y no dudéis en ocupar el espacio que os corresponde. Porque si no lo ocupamos nosotras, otros lo harán».

Todas tienen claro el enorme peso de conciliación. La ministra de Sanidad destaca aquí cómo el efecto de la «escalera de cristal» les favorece a ella «ya que ascienden más rápidamente a puestos de liderazgo incluso en profesiones dominadas por mujeres, debido a las barreras que siguen suponiendo la maternidad y la minusvaloración de las capacidades femeninas». Aquí García de San José puntualiza cómo las mujeres se ponen más cortapisas que los hombres «porque pueden creer que no están lo suficientemente capacitadas o porque tienen que asumir una serie de cargas familiares, de hijos menores o cuidado de mayores, con mayor frecuencia que los hombres».

Gallardo confía en que estos pasos llegarán a buen puerto. «La feminización intensiva del ámbito sanitario está generando un cambio paralelo en la gestión y dirección. Confío en que, en poco tiempo, se producirá un equilibrio más acorde con la realidad del sector». La ministra de Sanidad remacha con la idea de que «no se trata de ayudar» a las mujeres a llegar, sino de «eliminar las barreras que nos han impedido estar donde ya deberíamos estar».

Concepción Saavedra, Soledad Gallardo, Mónica García y Sonia García de San José.

CASTILLA Y LEÓN

Un nuevo fallo en la receta electrónica deja a miles de clientes sin medicamentos

Recyl registra un «fallo total» por segundo día consecutivo tras una caída en los servidores de Datinza y obliga a activar un plan de contingencia para dispensar fármacos urgentes

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
Por segundo día consecutivo, nuevo fallo del sistema de receta electrónica de Castilla y León. No hubo quien se excluyese de la caída del Recyl, como se denomina al software: desde pacientes, sin poder recibir su medicación por las vías más rápidas, hasta los propios farmacéuticos, en constante comunicación con el Consejo de Colegios Farmacéuticos de Castilla y León (Concyl) y Sacyl para garantizar el suministro de medicamentos urgentes a aquellos pacientes que la necesiten.

«Es horrible», aseguró una de las responsables de la Farmacia Alameda ante la situación que, como el jueves, se vivió tras los fallos en el Recyl. En su pantalla aún se vislumbraba un mensaje: «Sistema parcialmente activo». Pero si sonaba esperanzador, la realidad fue que siguieron sin poder solucionarse las peticiones de las decenas de clientes que se pasaron por su establecimiento durante la mañana y la tarde.

«Lo peor son las tardes porque es cuando más gente viene a la farmacia y algunos clientes montan el pollo porque no entienden que no podamos entregarles sus medicamentos», explicó esta misma trabajadora. Si el jueves fueron alre-



Una oficina de farmacia, en una imagen de archivo, E.M.

dedor de cinco horas las que limitaron a ambas partes, el contador se frenó ayer cuando los relojes marcaban las 17.00 horas, aunque se realizó un especial seguimiento para asegurar su funcionamiento.

CAÍDA DEL DATINZA

Mientras tanto, a cientos de ki-

lómetros técnicos e informáticos trabajaban por solucionar el Recyl. Y es que si se podría pensar que el sistema de receta electrónica de Castilla y León encontraría la raíz del problema en la misma región, la realidad fue que era en Zaragoza donde se originó tras una caída de los servidores que tiene allí

ubicados la empresa Datinza, contratada por el Concyl para gestionar el software de receta electrónica y su conexión con el sistema del servicio público de salud.

Si ayer ya se registró una caída de esos servidores, el patrón se repitió esta mañana, afectando no solo a las farmacias de Castilla y León sino también a las de Aragón y Extremadura, como confirman fuentes de Sanidad a este periódico. No obstante, no son las únicas comunidades a las Datinza presta servicio, llegando hasta otras diez regiones y una treinta de colegios farmacéuticos que, sin embargo, no registraron incidencias en sus sistemas de receta electrónica.

«Por desgracia, estos sistemas a veces caen», trasladaron desde el Concyl, que confirmó a su vez que el problema «no tiene que ver» con Sacyl, cuyo sistema de tarjeta sanitaria, SacylConecta, no registró ningún fallo.

PLAN DE CONTINGENCIA

Para prevenir este tipo de situaciones, ambas administraciones firmaron un plan de contingencia con «medidas de choque» para garantizar la dispensación urgente del fármaco con la emisión de la facturas en mano y con plena comunicación entre médicos y farma-

céuticos para garantizar la atención de los pacientes.

«Seguimos en constante comunicación con Sacyl para todo, y más ahora, que están difundiendo otra vez el mensaje de emitan las recetas en papel en los centros de salud», confirmó a lcal la presidenta del Consejo de Colegios Farmacéuticos de Castilla y León, Engracia Pérez.

Por tanto, ante un fallo total del sistema Recyl, se activa un protocolo que permite a las farmacias dispensar medicamentos urgentes utilizando métodos alternativos, como la hoja de medicación en papel.

Además de esa dispensación «offline», también se establece una coordinación con los médicos para que, durante la incidencia, emitan recetas en formato papel, garantizando así la continuidad del tratamiento de los pacientes. Mientras que, en casos urgentes, las farmacias pueden dispensar medicamentos basándose en la información disponible y regularizar la situación una vez restablecido el sistema.

Además, durante la incidencia, se debe llevar un registro manual de las dispensaciones realizadas para su posterior actualización en el sistema electrónico.

Con este nuevo fallo en el sistema Recyl, el segundo en dos días consecutivos y el más grave desde su implantación hace más de diez años, dejó un nuevo caos sanitario con miles de clientes afectados que, primero, vieron cómo en las farmacias no pudieron recibir su respectiva medicación sin un visado de recetas, que provocó a su vez cierto revuelo en las consultas médicas.

Mónica García buscará una solución a la falta de oncólogos en El Bierzo

E. M. VALLADOLID
«Haremos todo lo que esté en nuestra mano para resolver las carencias y falta de oncólogos en el Hospital del Bierzo». Con esta afirmación en su cuenta de X, antes Twitter, la ministra de Sanidad, Mónica García, se compromete a buscar una solución ante la falta de oncólogos en El Bierzo. Compromiso que Mónica García adquirió durante la reunión que mantenía en el Ministerio con los miembros de la plataforma Oncobierzo. Compromiso que, además de toda una declaración de intenciones, deja en evidencia a la Gerencia del Hospital berciano y a la propia Consejería de Sanidad.

Eso sí, la ministra de Sanidad se compromete, y así lo refleja en su tweet a «trabajar» con la Junta de Castilla y León para abordar esta falta de oncólogos en el Hospital del Bierzo. «Vamos a analizar la incidencia del cáncer en la comarca y coordinarnos con la Junta para dotar de medios y ofrecer condi-

ciones atractivas a los profesionales», puntualizó.

La ministra dio ayer un primer paso para conocer y buscar una solución a este déficit de oncólogos en el hospital berciano reuniéndose este jueves con representantes de la plataforma de pacientes y familiares Oncobierzo, a quienes recibía en el Ministerio. No como determinados estamentos sanitarios de la Junta, que no les han recibido.

Desde la asociación Oncobierzo explicaron, en un escrito, que la ministra había accedido a visitar el Hospital del Bierzo, «siempre y cuando tenga el visto bueno de la Junta» y fijaba una nueva reunión con Oncobierzo «dentro de unos meses».

El portavoz de la plataforma berciana, José Miguel Abraila, aseguró que la ministra de Sanidad, Mónica García, «conoce la situación del Bierzo» y que este compromiso es «únicamente una muestra de buena voluntad», ya que las com-

petencias en este ámbito están transferidas a las comunidades autónomas.

Abraila manifestó que el objetivo de su plataforma es que los pacientes «estén bien atendidos» y que para conseguirlo quieren «evitar enfrentamientos políticos y partidistas». «Queremos oncólogos, radiólogos y anestelistas, no problemas», añade.

PROPUESTAS

Entre las propuestas planteadas por la asociación a la ministra Mónica García se incluyeron la creación de una unidad de excelencia en Oncología en el centro hospitalario comarcal, o la puesta en marcha de estudios de Formación Profesional para que los profesionales quieran asentarse en Ponferrada.

También le pidieron la elaboración de un estudio de incidencia del cáncer en la comarca. En este sentido, García informó a Oncobierzo que a partir de este mes de



La ministra Mónica García, con los miembros de Oncobierzo. E.M.

marzo se realizará un estudio a nivel nacional sobre esta materia y que en él se incluirán los datos del Bierzo.

En líneas generales, desde la plataforma trasladaron que la sintonía con la miembro del Gobierno ha sido «buena» y recuerdan que el problema en el centro asistencial «va más allá de Oncología, ya que la falta de profesionales afecta a otros servicios como Cardiología o Ginecología».

Desde la plataforma de Oncobierzo, según detallaron ayer este

periódico, se solicitaba a la ministra que se ponga en marcha el Plan para zonas de difícil cobertura y que se dote al hospital berciano de medios que resulten atractivos para que los profesionales de la medicina apuesten por nuestro centro. «Esperando con estas acciones revertir la situación que estamos pasando en las comarcas de Cabrera, Bierzo y Laciana y tener acceso a la sanidad digna a la que todos los españoles, sin distinciones, tenemos derecho», concluyeron.

CASTILLA Y LEÓN

Casi 3.500 personas firman indicaciones para el final de su vida, un nuevo récord

Los testamentos vitales crecen un 18% en 2024. Desde 2008 suman 23.457, el 1% de la población. El nuevo formulario de Sacyl incluye epígrafes para eutanasia, sedación, cuidados paliativos, incineración o entierro

ESTHER NEILA VALLADOLID

Cada año son más las personas que se asoman al hipotético escenario de su propia muerte y deciden dejar por escrito cómo querían pasar sus últimos días en caso de no poder expresarlo llegado ese momento. El año pasado 3.451 ciudadanos registraron su documento de instrucciones previas de Castilla y León, un trámite también conocido como testamento vital que consiste en suscribir por anticipado qué tratamientos o cuidados le gustaría recibir (y cuáles no) ante una enfermedad terminal e irreversible así como dar indicaciones sobre sus órganos o sobre el destino de su cuerpo al fallecer. La cifra es un 18% superior al de 2023. Y la mayor de la serie histórica para un año.

El registro, iniciado en 2008, reúne desde entonces la voluntad de 23.457 personas ante el final de su vida en un documento que puede ser modificado o revocado en cualquier momento. La tasa es de 11,4 ciudadanos por cada millar (el año pasado eran 9,8 por mil habitantes). Superan así ya el 1% de la población.

El aumento de documentos en el registro ya venía siendo progresivo cada año, como muestra el gráfico con la evolución de los documentos otorgados, consecuencia de una creciente autonomía del paciente ante el derecho a decidir sobre sus procesos asistenciales y de una mayor preocupación y autorresponsabilidad por los cuidados. Desde finales del año pasado, además, la extensión a los centros de salud y la simplificación de la tramitación electrónica facilita el acceso a este procedimiento.

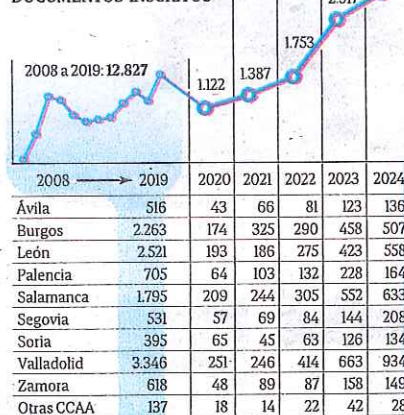
NUEVO MODELO

El nuevo decreto de la Junta entró en vigor en diciembre, sustituye a la anterior regulación de 2007, y conlleva una adaptación de las guías y formularios para asegurar una mayor claridad en los textos que recogen la voluntad de cada ciudadano y para la inequívoca interpretación de esos deseos por parte de los profesionales que deben aplicar esas pautas.

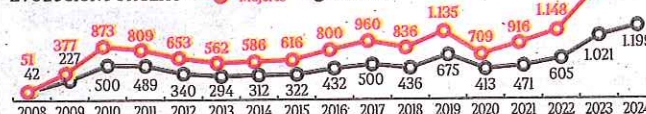
El nuevo modelo para firmar las instrucciones previas, por ejemplo, in-

REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS EN CASTILLA Y LEÓN

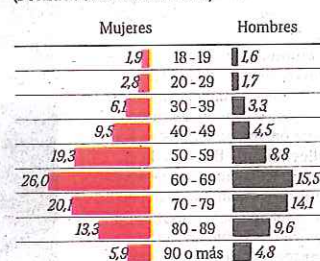
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DOCUMENTOS INSCRITOS



EVOLUCIÓN POR SEXO



REPARTO POR EDAD Y SEXO EN 2024 (Documentos x 1.000 habitantes)



FUENTE: Consejería de Sanidad

corporar de forma expresa un epígrafe para la eutanasia, según lo establecido en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, que regula en España esta prestación. A través del testamento vital, el ciudadano puede pronunciarse de manera anticipada sobre la ayuda a morir en caso de cumplir con los supuestos clínicos contemplados en esa ley (sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento crónico e irreversible según lo establecido en la normativa).

Nesa casilla ni ninguna otra es obligatorio rellenarla. El firmante puede dejar una o varias en blanco.

El nuevo formulario—que es un modelo orientativo—resulta más profuso en los aspectos sobre los que el paciente puede pronunciarse y añade acotaciones para facilitar su comprensión y la decisión informada. Añade así un epígrafe específico para la sedación paliativa, que el paciente puede rechazar o aceptar para aliviar el sufrimiento disminuyendo el nivel de consciencia. Otros apartados permiten decidir sobre los cuidados paliativos, sobre la aplicación de medidas artificiales de soporte vital, la admi-

nistración de procedimientos invasivos para prolongar la supervivencia o, por el contrario, la limitación del esfuerzo terapéutico. En cuanto a la alimentación, en caso de perder la capacidad de tragar o deglutir, el paciente puede decidir si quiere que se le administre alimentación artificial o forzada.

Otro bloque recoge instrucciones sobre la donación de órganos y tejidos, para trasplantes o con fines de investigación. Como novedad, el nuevo modelo incorpora un apartado para plasmar su deseo después de morir. «Si se produce el fallecimiento, en cuanto al destino de mi cuerpo, deseo: entierro, incineración, donación del cuerpo para la investigación y/o docencia». Y añade también un espacio para redactar «otras decisiones a tener en cuenta» tras el fallecimiento.

VALORES PERSONALES

Por último, el formulario incorpora un apartado para expresar los «valores personales y forma de pensar» del firmante, «para facilitar la interpretación de estas instrucciones». Ahí, el ciudadano puede marcar una o varias

afirmaciones que considere importantes de la siguiente lista: «mantener mi supervivencia todo el tiempo que sea médicamente posible, aún en ausencia de capacidades, físicas e intelectuales, mantener un cierto nivel de calidad de vida y no sólo alargar el tiempo de supervivencia, tener capacidad de comunicarme y relacionarme con otras personas, conservar mi independencia funcional sin que necesite ayuda de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria, no suponer una carga para los demás, y en particular para las personas de mi entorno, no tener dolor o sufrimiento continuado, ya sea físico o mental, y tener la compañía de mis seres queridos en mis últimos momentos de vida, si ello es posible».

Al final, un hueco en el folio deja espacio para expresar «otros valores personales o espirituales».

MUJER Y 60 AÑOS.

El último balance anual muestra que son, de nuevo, muchas más mujeres que hombres las que firman estos testamentos vitales. Casi el doble. El año pasado, 2.252 ciudadanas y 1.199

ciudadanos registraron sus indicaciones.

Poredades, la media es de 60,8 años. Y los datos acumulados del registro revelan que esa brecha entre hombres y mujeres se incrementa en los grupos etarios centrales (la proporción se llega a duplicar entre personas en la cuarentena, cincuenta y sexagenarios).

ANTE LA ADMINISTRACIÓN

Cualquier ciudadano mayor de edad puede dejar por escrito sus voluntades anticipadas. Para formalizar el documento existen tres vías de registro. La más común—utilizada por el 76%—es ante personal designado por la Consejería de Sanidad. Otra posibilidad es hacerlo ante tres testigos mayores de edad y con capacidad de obrar (de los cuales dos, como mínimo, no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni tener relación laboral, patrimonial, de servicio u otro vínculo obligatorio con el otorgante), opción escogida por el 12,3% el año pasado. La tercera posibilidad es hacerlo ante notario (otro 12,1%).

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko

12 | ENTREVISTA



THOMAS R. CECH
Bioquímico
estadounidense.
Ganó el Nobel en 1989.

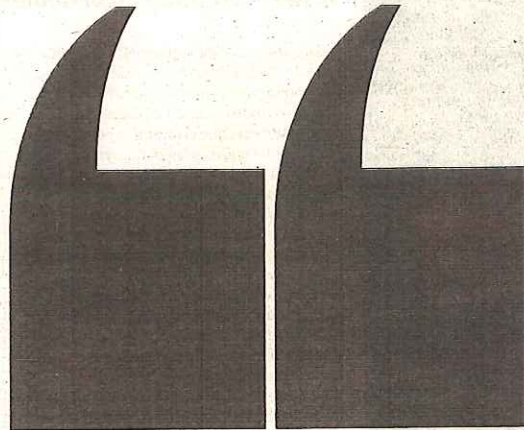
Lo hemos visto muchas veces en el mundo del espectáculo. La historia de ese actor secundario que tras años haciendo papeles menores consigue por fin un rol de protagonista con el que desarrolla todo su potencial. Después de años a la sombra de otros, finalmente se reconoce su talento y triunfa.

Algo similar a ese fenómeno frecuente en las tablas del teatro o el cine está ocurriendo también en el terreno de la bioquímica. Tras años relegado a un segundo plano, eclipsado por el esplendor de su hermano mayor el ADN, el ARN está ganando protagonismo en la investigación científica, aupado por su gran versatilidad y potencial terapéutico. Lo constata con orgullo el bioquímico estadounidense Thomas R. Cech (Chicago, 1947), uno de los primeros que se dio cuenta de que esta molécula no era un simple mensajero del código genético almacenado en el ADN. En 1989 recibió el Premio Nobel de Química junto a su colega Sidney Altman por descubrir que el ARN también tiene propiedades catalizadoras, lo que rompió un dogma preestablecido y abrió los ojos a la ciencia sobre la miríada de posibilidades que se podían explorar de la mano de esa diminuta molécula.

«El ADN dominó la investigación biológica en el pasado, pero el ARN ya se ha convertido claramente en el centro de atención del futuro», subraya Cech, quien recuerda que en los últimos 25 años, los avances relacionados con el ARN han dado lugar a 11 premios Nobel y se ha cuadruplicado el número de artículos publicados en revistas científicas sobre el tema. Hoy en día, subraya, hay más de 400 fármacos basados en el ARN en alguna fase de desarrollo y cada año se invierte más en las empresas que están explorando las fronteras de la investigación en este campo. «Ya se empieza a decir que el siglo XXI es la era del ARN, y a este siglo aún le queda mucho camino por recorrer», reflexiona Cech, que acaba de publicar en España *El Catalizador* (Ariel), una obra que repasa cómo el ARN «pasó de ser un tema misterioso que interesaba sobre todo a los bioquímicos a convertirse en un asunto de primer orden que está configurando el futuro de la ciencia y la medicina».

P. En su libro dice que el ARN se ha considerado durante largo tiempo «la corista bioquímica que trabajaba a la sombra de la diva, el ADN».

R. Bueno, por supuesto el ADN tiene el original, la copia maestra de nuestra información genética y la almacena. Puede usarse para trazar tu historia familiar, para identificar enfermedades hereditarias o incluso para resolver crímenes, gracias a las evidencias genéticas. Todo el mundo lo conoce. Lo tenemos tan incorporado que la gente usa la expresión «está en mi ADN» para decir que algo es esencial para ellos, ya sea que les encantan los aguacates o viajar por el mundo. El ADN es muy



EL SIGLO XXI ES LA ERA DEL ARN. ESTA MOLÉCULA CAMBIARÁ EL FUTURO DE LA MEDICINA Y DE LA CIENCIA"

THOMAS R. CECH *

Divulgación. El bioquímico estadounidense reivindica el papel del ARN como "la verdadera estrella del espectáculo" en el terreno de la bioquímica tras décadas en la sombra. "Su potencial terapéutico es enorme", afirma el Nobel de Química en *El Catalizador* (Ariel)

Por Cristina G. Lucio

famoso y eso es fantástico. Al ARN, en cambio, no se le ha prestado atención durante mucho tiempo.

P. ¿Por qué ha estado a la sombra?

R. Porque se creía que era un simple mensajero que se encargaba de transportar la información desde el ADN para fabricar las proteínas. Vamos, que tenía una función importante pero quizá no tan interesante como el ADN. Pero, la realidad, como se ha ido descubriendo, es que es mucho más que eso. El ARN puede almacenar información, igual que el ADN, pero también puede actuar como enzima, cortando y empalmado otras moléculas de ARN. Además, mantiene activas las células madre, previene el proceso de envejecimiento añadiendo ADN en los extremos de nuestros cromosomas, es clave en técnicas como CRISPR, que permiten la edición genética, y en otras terapias médicas... y algunos científicos creen que esconde el secreto del origen de la vida en nuestro planeta. Tiene un enorme

potencial. Decidí escribir el libro porque creo que el ARN ha sido un gran desconocido que solo ha adquirido un poco de reconocimiento por parte del gran público tras el desarrollo de las vacunas basadas en tecnología de ARN mensajero para el Covid-19 que llevaron a cabo BioNTech y Moderna.

P. ¿Esas vacunas pudieron desarrollarse en un tiempo récord por todo el trabajo que se había hecho previamente?

R. Así es. Una de las razones que generaban cierto nerviosismo en las personas no científicas con estas vacunas es que parecía que se habían desarrollado muy rápido, casi como si hubieran aparecido de la noche a la mañana. Pero no es así: la base, los trabajos previos para la fundación de estas vacunas han estado fundamentándose durante décadas. Y precisamente fue ese trabajo anterior lo que permitió que las vacunas se consiguieran de una forma rápida cuando llegó la pandemia. Yo suelo comparar estas vacunas con un rompecabezas. No digo que lo que hicieron BioNTech y Moderna fuera trivial ni mucho menos. Fue impresionante su labor. Pero ya tenían las piezas del puzzle, su reto era resolverlo. No tuvieron que diseñar ni crear cada una de esas piezas. Ya estaban sobre la mesa gracias al gran trabajo que se había hecho previamente. Ellos consiguieron ensamblarlas y que todo encajara. Y fue una bendición en ese momento.

P. ¿Cree que esa misma tecnología podrá ser útil para resolver otras amenazas biosanitarias en el futuro?

R. Absolutamente. Ya se están desarrollando, en primer lugar, vacunas frente a la gripe, que es una infección que sigue causando muchos problemas. La realidad es que las vacunas actuales son mejorables. A día de hoy lleva tiempo fabricarlas y seguimos sin ser muy buenos en pronosticar qué subtipo provocará la epidemia del año siguiente, por lo que a veces la eficacia no supera el 40%, lo que obviamente es mejor que no tener nada pero no es lo óptimo. Las vacunas



14 | ENTREVISTA

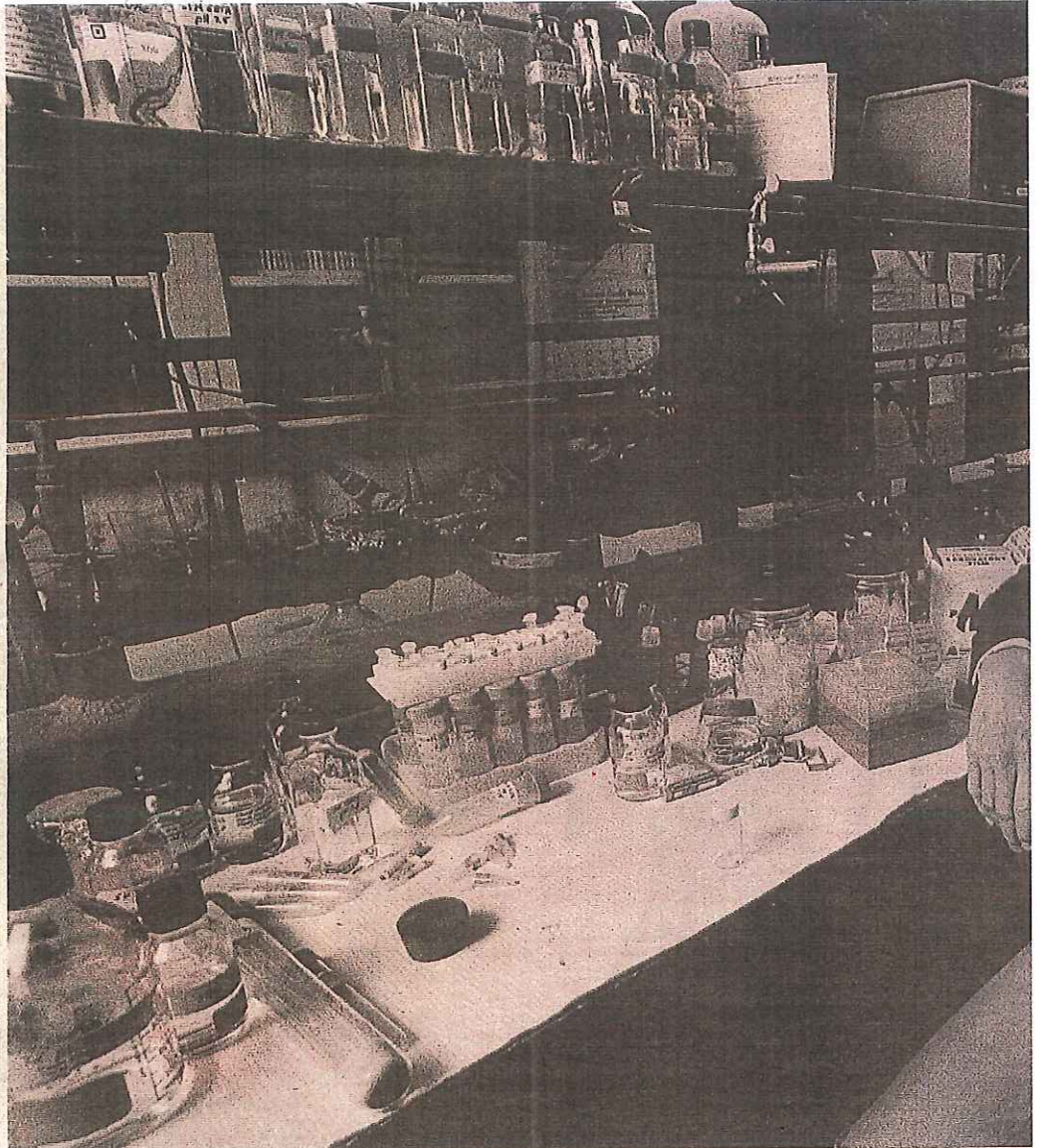
basadas en ARN mensajero, en cambio, pueden desarrollarse de forma tan rápida que no es necesario pronosticar cuál será la cepa causante de la epidemia. Se puede esperar más tiempo y crear una vacuna específica contra la nueva variante. Por tanto, la esperanza es que en los próximos años tengamos vacunas contra la gripe mucho más rápidas y efectivas. Y ese es solo uno de los usos de la tecnología de ARN mensajero. Otro de los desarrollos que se está llevando a cabo tiene que ver con su utilización contra el cáncer, lo que está mostrando muy buenos resultados en los primeros ensayos clínicos. No sabemos aún si tendrá éxito, pero tiene buena pinta. Soy bastante optimista sobre lo que puede aportar.

P. Aparte de la tecnología de ARN mensajero, ¿qué otros desarrollos relacionados con el ARN cree que tienen un mayor potencial para el futuro de la Medicina?

R. Hay muchísimos. En mi opinión uno de los más interesantes es el denominado ARN pequeño de interferencia, que es mucho más pequeño que el ARN mensajero y no se encarga de crear proteínas en tu cuerpo. Este ARN artificial es capaz de desactivar genes, puede regular su actividad. Por tanto, pueden usarse contra algunas enfermedades porque puede dirigirse a inactivar un ARN mensajero diana. Esta es una de las líneas que más evidencia está mostrando de su potencial. Se ha empleado para tratar enfermedades genéticas raras pero devastadoras y se está explorando su capacidad en enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer o la ELA. Otro tratamiento para mí muy prometedor es el que se denomina terapia antisentido. Lo sé, tiene un nombre que no ayuda. ¿Quién apostaría por una terapia que anuncia que no tiene sentido? Pero es solo el término científico para un tratamiento muy interesante. Y se escogió ese nombre porque lo que hace es utilizar la secuencia opuesta a un ARN, para cambiar su sentido.

UN CIENTÍFICO ENTUSIASMADO. Se aprecia el entusiasmo de Cech, sentado en el despacho de su casa en Colorado (EEUU), a través de la pantalla. Cierra un poco los ojos cuando sonríe y derrocha emoción hablando de un tema que le sigue apasionando décadas después de sus primeros experimentos. Reflexiona unos instantes antes de continuar con sus enseñanzas. «El ARN antisentido puede emplearse para manipular la expresión génica», aclara. Es decir, es capaz de bloquear la producción de una determinada proteína introduciendo un ARN complementario al ARN mensajero encargado de transportar la información necesaria para la fabricación de esa proteína. Al emparejarse con esa cadena, el ARN antisentido impide que la información llegue y se cortocircuita la síntesis. «Ya se usa de forma limitada para combatir enfermedades como la atrofia muscular espinal, que es una enfermedad neurológica infantil terrible en la que los niños apenas pueden sostener sus cabezas. El trastorno no les permite llevar una vida normal y muchos mueren siendo muy pequeños. Pero ahora hay una terapia antisentido que está suponiendo un cambio absoluto para estos niños», señala Cech, quien hace hincapié en cómo la ciencia está encontrando formas de usar «ARN contra ARN». «Gracias al ingenio humano, hemos sido capaces de utilizar la genialidad del ARN contra sí mismo», subraya. Y esto es solo la punta del iceberg, asegura el científico, quien augura un «futuro brillante» para la ciencia del ARN.

Antes de ser un apasionado de esta molécula, Cech fue un fiel amante del ADN, aunque su interés por la ciencia, reconoce, empezó muy lejos de la Biología. Desde niño quiso ser investigador, pero el camino hasta que encontró su verdadera vocación no fue recto. «Cambí varias veces mi campo de estudio cuando era estudiante», recuerda. «Pasé de la Geología a la Astrofísica, luego a la Química y finalmente a la Biología. Por eso mi consejo a quienes están empezando, desde mi propia experiencia, es que si no sienten pasión sobre una determinada área de la ciencia, si realmente no les encanta la materia en la que están trabajando quizás sea el momento de cambiar. No tienen que dejarlo.



Ya se están usando terapias basadas en ARN contra patologías terribles como la atrofia muscular espinal

“La tecnología CRISPR permite editar el genoma con una rapidez y especificidad nunca antes imaginadas”

“A quienes están empezando les aconsejaría que busquen un área de estudio que les entusiasme, que les haga querer ir al laboratorio cada día. La ciencia es dura”

Arriba, Cech en su laboratorio, en 1984. En la imagen a la derecha, durante la recepción del Premio Nobel de Química, en 1989. GETTY

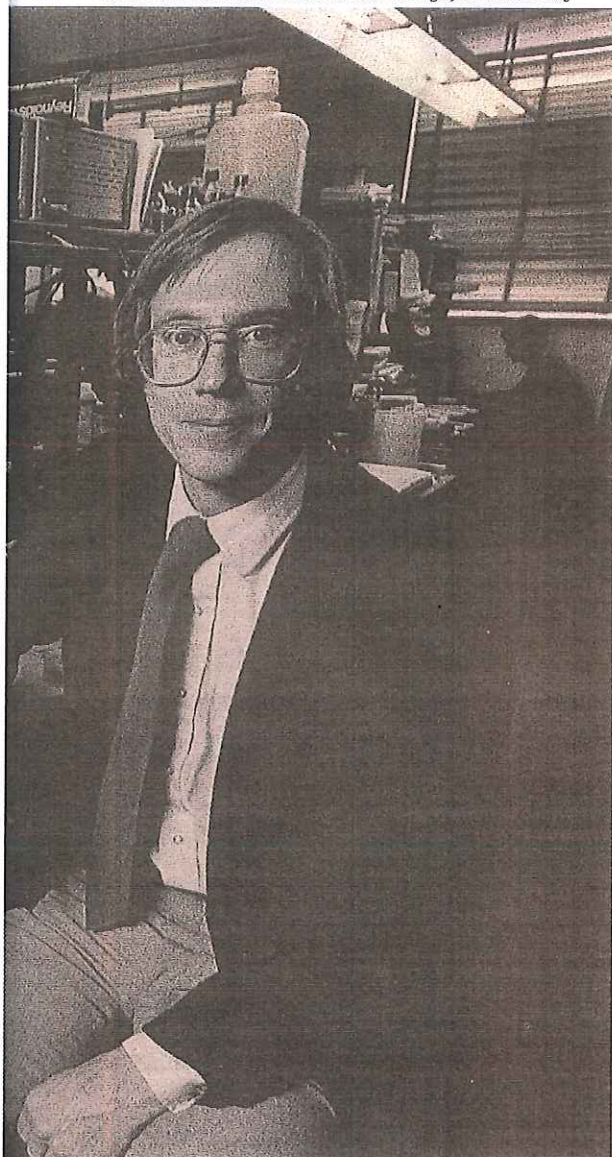
No significa que deban abandonar la ciencia, pero si les aconsejaría que busquen un área que les entusiasme, que les haga querer ir al laboratorio cada día. Porque la ciencia es dura. Hay muchos días que te desaniman. Y si no estás realmente emocionado con lo que haces no es ahí donde tienes que estar», remarca. Y sonríe de nuevo. A sus 78 años él sigue yendo a diario a su laboratorio en la Universidad de Colorado, en la ciudad de Boulder.

P. ¿Cree que las terapias basadas en el ARN superarán a las que se fundamentan en la manipulación del ADN?

R. Bueno, estas terapias tienen la ventaja de que funcionan a nivel del ARN, sin alterar los genes humanos. Poder resolver una enfermedad sin alterar el ADN puede aportar una ventaja desde el punto de vista de la seguridad. De cualquier forma, el ARN también es clave como guía en la tecnología CRISPR, que se ha transformado en una herramienta para editar el genoma de cualquier especie, incluida la humana, con una rapidez y especificidad nunca antes imaginadas. Y es el ARN quien está catalizando esa revolución.

P. ¿Esta tecnología CRISPR se usará en el futuro para cosas que todavía no somos capaces ni de imaginar?

R. A día de hoy ya se usa para tratar enfermedades como la enfermedad de células falciformes, un trastorno genético que hace que los glóbulos rojos de quienes la padecen adquieran una extraña forma de hoz, lo que provoca que se atasquen en los vasos sanguíneos y genera unas crisis muy dolorosas e



incapacitantes, además de distintas lesiones. Este uso ya es una realidad y creo que en el futuro se podrán abordar distintas enfermedades raras con esta estrategia de edición genética en la que el ARN es fundamental porque actúa como guía. Es el ARN el que encuentra la parte del ADN que hay que editar y, de hecho, es lo que proporciona a la herramienta su extraordinaria especificidad. Si somos capaces de averiguar cómo hacer llegar esta maquinaria al tipo exacto de células que necesita editarse en cada tipo de enfermedad, se podrá abordar un gran número de trastornos. Pero, además, esta tecnología también podría usarse para otros usos más allá de la Medicina. En el libro hablo de su posible utilidad para afrontar la crisis climática, por ejemplo haciendo que las plantas de cultivo puedan ser más resistentes a fenómenos como el calor o la sequía.

P. En el libro subraya varias veces lo fundamental que es apostar por la ciencia básica. ¿Por qué cree que es tan importante la ciencia que no tiene un fin tangible más allá de resolver una cuestión sin respuesta?

R. Su importancia está absolutamente demostrada. Hay muchísimas evidencias que prueban que todos los grandes descubrimientos se han producido gracias a trabajos previos realizados a un nivel muy fundamental. La historia del ARN demuestra que muchas de nuestras terapias más prometedoras han surgido de investigaciones impulsadas únicamente por la curiosidad científica. Le pondré algunos ejemplos. La tecnología CRISPR de la que hemos

hablado, que hoy se usa para tratar enfermedades y por la que Jennifer Doudna y Emmanuelle Charpentier recibieron el premio Nobel, es hoy una realidad porque el mecanismo que lo permite se descubrió en bacterias. [Se refiere a las investigaciones del español Francisco Martínez Mojica, cuyos descubrimientos sobre el sistema defensivo que utilizan algunas bacterias para hacer frente a los virus fueron clave para el desarrollo posterior de las tijeras CRISPR. De hecho, el propio Mojica acuñó el acrónimo que hoy se utiliza como verbo en cualquier laboratorio]. Hay muchísimos ejemplos. **P.** Dígame...

R. Otro llamativo es el de los microARN, que tienen un gran potencial terapéutico. En 1993, los investigadores Victor Ambros y Gary Ruvkin identificaron en unos gusanos minúsculos, denominados *Caenorhabditis elegans*, la existencia de este ARN que desempeñaban un papel importante en el proceso de desarrollo, desactivando la producción de varias proteínas en etapas críticas del proceso. En mi laboratorio trabajamos con una criatura que vive en los estanques, *Tetrahymena thermophila*, gracias a la que descubrimos la ribozima. La ciencia básica es fundamental, pero lamentablemente las entidades que financian nuestros proyectos están reduciendo su apoyo a este tipo de investigación. En mi opinión es posible abordar al mismo tiempo enfermedades específicas y las cuestiones fundamentales que plantea la ciencia básica. Debemos hacerlo con la humildad necesaria para reconocer que el próximo gran avance médico podría proceder de una fuente poco probable.

P. ¿Cree que todavía hay muchos tesoros escondidos en lo que usted llama «materia oscura» del ARN esperando a ser encontrados?

R. Sí, lo creo. Creo que tenemos en nuestra mano la oportunidad de quitar el velo que todavía recubre esta materia oscura del genoma para descubrir funciones que todavía desconocemos. Es lo que estamos tratando de hacer en mi laboratorio y en otros centros ahora mismo, aunque tengo que decir que es un asunto controvertido. Se considera que tres cuartas partes del genoma son materia oscura. Durante décadas se creyó que este volumen era ADN basura, porque su función era invisible para nosotros. En este tiempo hemos descubierto funciones que desconocíamos.

De hecho, sabemos que hay bastante ARN no codificante que lleva a cabo funciones críticas en nuestros organismos. Un ejemplo es lo que pasa con la telomerasa, la llamada enzima de la inmortalidad, en la que el ARN cumple un papel clave y que es fundamental para la salud de las células madre, aunque cumple un papel importante también en el cáncer. Una de las científicas que más ha aportado a su conocimiento es precisamente la española María Blasco. Yo creo que hay más funciones que todavía desconocemos. Otros investigadores, en cambio, piensan que la ARN polimerasa, la enzima que sintetiza el ARN a partir del ADN, a veces produce ARN basura a partir de ADN basura. Pero, como científico, yo siempre intento mantener la mente muy abierta y tener siempre presente que al menos parte de esta materia oscura puede ser funcional y estar implicada en la regulación de partes del ADN que se usan en algunos tipos de célula en particular.

P. ¿A qué se refiere?

R. Lo fascinante del genoma es que en una célula cerebral, en una de la piel o en una del corazón hay el mismo ADN. El genoma es el mismo en todas las células. Pero, obviamente, los genes que se usan en una u otra son diferentes. ¿Cómo se consigue esto? ¿Cómo se regula qué genes se encienden y cuáles se apagan en cada momento? Hay cada vez más evidencias de que esta materia oscura es clave a la



Creo que todavía queda mucho que explorar e investigar en la llamada materia oscura del ARN"

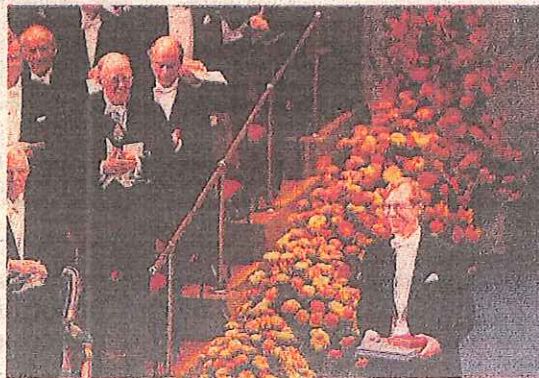
"La ciencia del ARN es como un equipo de rugby. Todos nos pasamos el balón para conseguir marcar un ensayo"

"La investigación básica es importantísima. Todos los grandes descubrimientos se han producido gracias a trabajos previos realizados a un nivel muy fundamental"

hora de decidir qué tiene que estar activo, aunque todavía no sabemos bien cómo lo logra.

P. Tiene experiencia en romper dogmas. En los 80 demostró la existencia de las ribozimas y que no todas las enzimas deben ser proteínas, como se creía. Quizás este sea otro dogma que deba romper.

R. Bueno, tengo muchos colegas en todo el mundo y todos estamos comprometidos en la tarea de resolver este misterio. Desde luego vamos a trabajar juntos en ello. Siempre digo que una de las grandezas de la ciencia actual del ARN es que la mayoría de los descubrimientos se deben a la colaboración entre distintos profesionales que constantemente se pasan el balón los unos a los otros, como si fuéramos un equipo de rugby. Como



pasa en estos partidos, a veces el juego se vuelve un poco caótico, los jugadores se amontonan y el balón parece perdido. Pero al final entre todos lo empujamos más allá de la línea de ensayo.

P. ¿Cómo fue el momento en que le llamaron para comunicarle que había ganado el Premio Nobel de Química?

R. Estaba en Boston, precisamente recogiendo un premio que me habían dado en la Universidad de Harvard junto a mi colega y amiga Joan Steitz. Compartíamos el premio, el Warren Triennial Prize y en el discurso de entrega mencionaron que muchos de quienes recibían el galardón eran también premiados con el Nobel en los 10 años siguientes. Ocho horas más tarde, cuando todavía estaba en Boston, recibí la llamada de Estocolmo que decía que me concedían el Premio Nobel en Química junto a Sidney Altman. Fue increíble, no tuve que esperar 10 años. Ni siquiera un día: Fue maravilloso.

CUÁNDO Y CÓMO ENVEJECEMOS: ESTE ES EL RELATO CRONOLÓGICO DE LA VEJEZ

Longevidad. La vejez no es exclusiva de los más mayores. El envejecimiento comienza mucho antes y de una manera más abrupta de lo que pensamos. La ciencia ha determinado en qué momentos de la vida experimentamos esos temidos 'bajones'

Texto e infografía de Gracia Pablos

Un día eres joven y al otro te alegras al ver el rayito de sol que asoma por tu ventana porque puedes aprovechar para poner una lavadora. Internet está repleto de memes como este, casi todos dirigidos a quienes se han adentrado en la cuarentena y observan, con una mezcla de asombro y temor, cómo el paso del tiempo se deja entrever incluso en los gestos más inocentes. El éxito de estos chascarrillos es que todos hemos tenido a veces esa sensación de haber envejecido de un día para otro. De repente, sin darnos cuenta del cambio que se ha producido, vemos en el espejo la cara de nuestros padres, o nos escuchamos decir frases de las que hace no tanto nos reíamos.

Un estudio publicado recientemente en la revista *Nature Aging* ofrece una explicación científica a esa sensación que todos los que ya no somos tan jóvenes hemos tenido alguna vez. Concretamente esta investigación, liderada por Xiaotao Shen, de la Universidad de Stanford (EEUU) habla de un par de *estallidos*, dos momentos claves en la vida en los que nuestro cuerpo envejece de forma acelerada. Estos hitos, según sus datos, tienen lugar en torno a los 44 y los 60 años de edad cronológica, dos puntos en nuestra biografía en los que distintos procesos relacionados con la pérdida de la longevidad se aceleran. En vez de seguir un curso lineal, nuestro organismo tiende a envejecer más de golpe, en torno a una especie de metas volantes que van sumando achaques y, en definitiva, pasan factura sobre los años vividos.

Y es que, aunque el paso del tiempo no nos sienta a todos igual, lo cierto es que el envejecimiento en sí es un denominador común, un peaje que en menor o mayor medida siempre pasa factura: los años pasan para todos y no hay dinero ni genética que pueda frenar el reloj biológico, por más que nos

¿CUÁNDO NOS HACEMOS MAYORES?

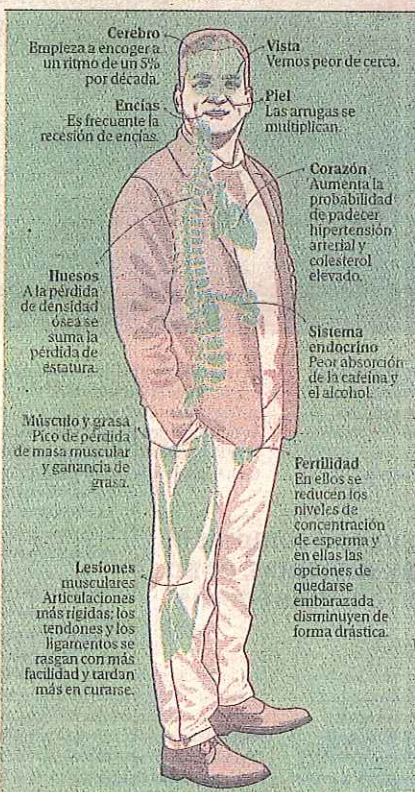
20 AÑOS



30 AÑOS



40 AÑOS



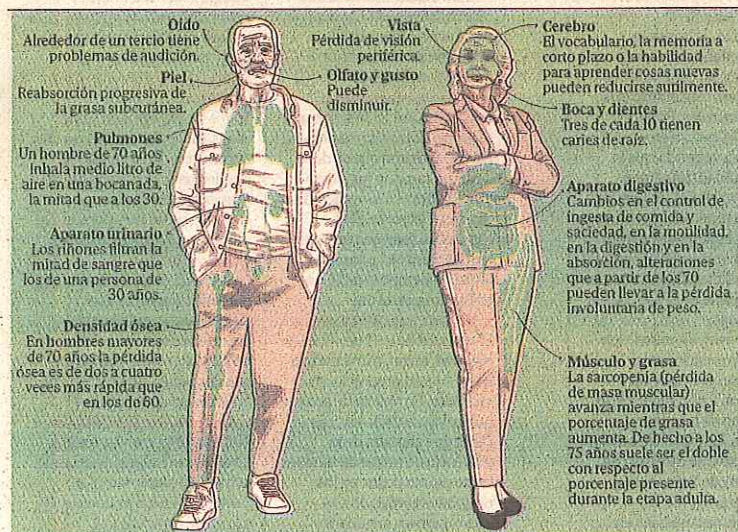
50 AÑOS



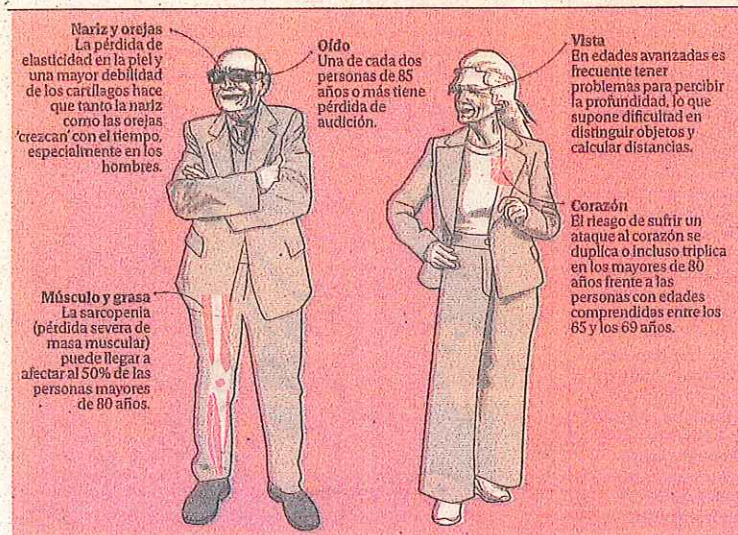
60 AÑOS



70 AÑOS



80 AÑOS O MÁS



guste soñar con distintas formas de burlarlo (tal y como ocurre en la reciente película *La sustancia*, protagonizada por Demi Moore y dirigida por Coralie Fargeat) o que nos dejemos cantidades ingentes en cirugías o productos cosméticos que intentan disimular con mayor o menor éxito los efectos externos que va dejando en nosotros el inexorable paso del tiempo.

Con 20 años, ¿quién piensa en el envejecimiento? Nadie. Y sin embargo nuestra piel ya está llevando la cuenta de cada abuso o maltrato que le infligimos para pasarnos la factura en los años venideros. Puede que el daño no sea visible a esas alturas de la vida (de hecho, no lo es), pero ese pago pendiente no caerá en el olvido. Eso sí, hemos de ser conscientes de que aunque la tratemos con todo el mimo que se merece, evitando la exposición solar, protegiéndola, hidratándola y limpiándola debidamente, la producción de colágeno ya está en descenso porque así está marcado en nuestra biología.

Pero el colágeno no es el único elemento de nuestro organismo que comienza su declive de forma prematura: el metabolismo, ese al que echamos la culpa de nuestros cambios de peso, también está en pleno proceso de ralentización, aunque permanecerá en un ritmo estable hasta casi alcanzar la edad de jubilación.

De cualquier manera, que no cunda el desánimo: tenemos herramientas para intentar que nuestro cuerpo resista de la mejor manera al envejecimiento, y cuanto antes las pongamos en práctica mejor para nosotros y para nuestra salud llegados a la tercera edad.

Por ejemplo, está demostrado que un buen entrenamiento y una buena alimentación siempre son bienvenidos para cuidar nuestro cuerpo, aunque no hemos de considerar estos cambios de hábitos como una batalla contra el tiempo.

Tampoco debemos creer los distintos bulos que prometen revelar de una forma sencilla nuestra edad biológica. En ese sentido, circulan por redes múltiples vídeos que nos invitan a contener la respiración para saber, según cuánto resistamos, cuál es la edad de nuestros pulmones. Pero la capacidad pulmonar, que comienza a descender a los 30 años, no se refleja en absoluto en esta prueba, que sólo sirve para comprobar un valor que puede entrenarse y que obedece a muchos otros factores que nada tienen que ver con la edad.

El primer *estallido* de envejecimiento que recoge el estudio se sitúa a la edad de 44 años. Las estadísticas refrendan esta teoría en algunos aspectos: la década de los 40 es el punto de inflexión para factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión o el colesterol elevado, si bien la enfermedad en sí aumenta su prevalencia en el segundo *estallido*.

Los autores del estudio explican este fenómeno por cambios en las proteínas del tejido adiposo o grasa, que también podría explicar esos kilos de más al entrar en la cuarentena. También se producen cambios en el metabolismo y en consecuencia cada vez nos cuesta más absorber la cafeína y el alcohol, lo

que podría ser la motivación definitiva para abandonar algunos hábitos. Y por ende, es también la época de nuestra vida en la que empezamos a sentir que nos lesionamos con más facilidad, y lo es por el mismo motivo que hace que la piel se vea más flácida y arrugada: cambios en las proteínas del tejido conjuntivo asociadas a piel y músculos.

En promedio, la mujer entra en la menopausia a los 51 años, pero esta sólo es la meta de una carrera de alteraciones hormonales que la preceden desde tiempo atrás. Tanto en su prólogo como desde su aparición, la menopausia supone un cambio a muchos niveles, y el hecho de que tenga lugar al mismo tiempo que el primero de los *hitos* hizo pensar a los autores del estudio que quizá podía ser un factor más determinante que los años en sí.

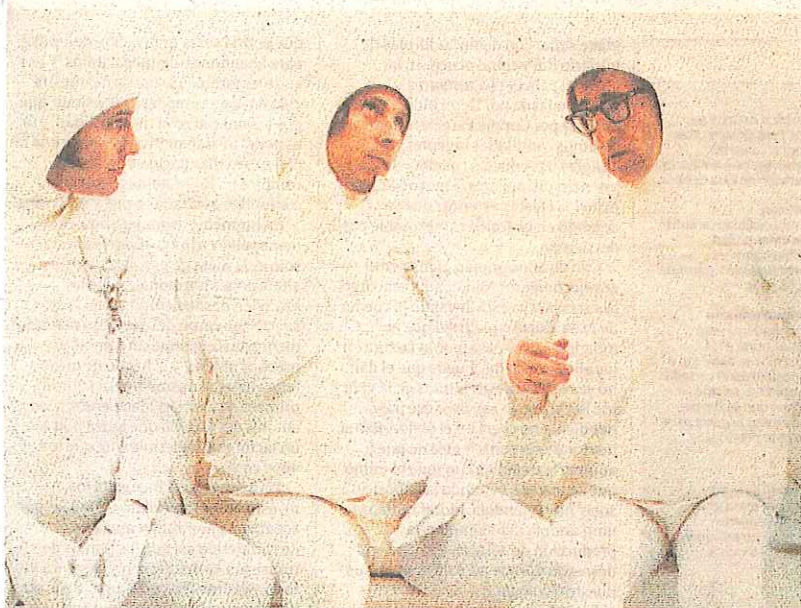
Para despejar la incógnita los investigadores decidieron analizar por separado a hombres y mujeres, descubriendo así que los puntos de transición se mantenían a pesar de todo. Sin embargo, el estudio tiene otro hándicap que no se ha tenido en consideración. Las edades de los *estallidos* se corresponden también con momentos de cambio vital: la famosa crisis de los 40 o, en el segundo punto de inflexión, el paso de una vida activa al retiro.

En el segundo *estallido*, a los 60, nuestro cuerpo ya muestra cierto deterioro acumulado que da paso a diferentes patologías como las renales, las cardiovasculares e incluso las oncológicas. En realidad es el momento en que el sistema inmune se vuelve menos eficaz, y ésa es la razón no sólo de que nos volvamos más propensos a enfermarnos de catarro, gripe o Covid-19, también de una menor protección por parte de las vacunas que pueden prevenirlas. Por supuesto, el aspecto también refleja este *bajón*, el pelo ya está encanecido, la piel arrugada y los sentidos empiezan a jugar malas pasadas.

En el estudio ningún sujeto tenía más de 75 años, por lo que si bien se sospecha de un tercer *estallido* entre la séptima y la octava década de la vida, no se ha podido confirmar.

Es la época en la que algunas funciones mentales comienzan a reducirse sutilmente, hablamos de problemas de memoria a corto plazo que pueden afectar al vocabulario o a la capacidad de aprender cosas nuevas. Esto, combinado con una peor audición y visión, puede hacer difícil que los más mayores formen parte de la vida diaria, y que se necesite un esfuerzo por parte de los demás para que se sientan incluidos.

El aspecto también sigue mutando, en esta época es habitual la pérdida de apetito y también de peso, si bien la masa grasa ha ganado mucho terreno a la masa muscular. La pérdida de densidad ósea no sólo explica un mayor riesgo de caídas, también una menor estatura, mientras que por el contrario la nariz o las orejas parecen seguir creciendo. Si bien éstas son las casillas de un tablero que todos (con suerte) recorreremos, tenemos cierto poder para marcar de qué forma hacemos ese viaje y también para ayudar a quienes recorren esa misma travesía a nuestro lado.



EL NÚMERO DE ESPERMATOZOIDES SIRVE PARA CONOCER LA LONGEVIDAD DE LOS HOMBRES

Predictivo. Hasta tres años más de vida se asocia a tener más de 120 millones de gametos. Un estudio danés apunta al uso del espermatozoide como indicador de salud masculina

Por P. Pérez

Los últimos estudios predictivos señalan que llegar a los 100 años empieza a ser complicado porque nuestros hábitos de vida frenan lo conseguido por los avances médicos y sociales. Ellas viven más y ellos menos. Una forma de medir la esperanza de vida de los hombres se encuentra en el semen. Así lo han descubierto un grupo de investigadores daneses. Su hipótesis bien podría titularse «dime cuántos *soldados* tienes y te diré cuánto tiempo vas a vivir». Aunque en la práctica resulta más compleja y aún tiene alguna limitación, como apuntan los autores del trabajo publicado en *Human Reproduction*.

Para probar su teoría siguieron a un grupo de casi 80.000 hombres durante casi medio siglo. Esto les sirvió para descubrir que aquellos con un número total de espermatozoides móviles (que pueden moverse o «nadar») de más de 120 millones podrían vivir de dos a tres años más que los hombres con un recuento total entre 0 y 5 millones. A la publicación le acompañaba un comentario editorial adjunto firmado por John Aitken de la Escuela de Ciencias Ambientales y de la Vida de la Universidad de Newcastle, Australia, que califica la publicación como «histórica», ya que se trata del estudio más grande que examina la relación entre la calidad del semen y la mortalidad.

La investigación fue dirigida por Lærke Priskorn, investigadora principal, y Niels Jørgensen, jefe de Andrología del Departamento de Crecimiento y Reproducción del Hospital Universitario de Copenhague-Rigshospitalet (Dinamarca). Su equipo analizó los datos de 78.284 hombres a los que se les

evaluó la calidad del semen entre 1965 y 2015 en el laboratorio público de análisis de semen de Copenhague debido a la infertilidad de la pareja.

Esto significa que la calidad oscilaba entre muy buena y la nula entre los que no tenían espermatozoides. La evaluación incluyó volumen, concentración y proporción de gametos que eran móviles. Priskorn apunta, a través de un comunicado, que ya en investigaciones anteriores se había sugerido que la infertilidad masculina y la baja calidad del semen podrían estar asociadas con la mortalidad. «Llevamos a cabo este estudio para probar la hipótesis y, al mismo tiempo, obtener una estimación absoluta de cuánto predice la longevidad de un hombre su calidad seminal y para comprender si las enfermedades diagnosticadas antes de la evaluación explicarían parte de la asociación informada», argumenta el andrólogo.

Durante el seguimiento, los investigadores usaron los datos contenidos en los registros nacionales daneses, para ver cuántos murieron por cualquier causa. En ese tiempo se produjeron 8.600 muertes, lo que representa el 11% de este grupo de hombres. De este grupo, 59.657 proporcionaron muestras de semen entre 1987 y 2015, y para este colectivo se disponía de más información, incluido el nivel educativo como indicador del estatus socioeconómico, y los diagnósticos registrados de afecciones médicas en los 10 años anteriores a la entrega de una muestra. Los investigadores ajustaron sus análisis para tener en cuenta la información adicional que estaba disponible para los hombres que dieron muestras a partir de 1987, ya que eso podría afectar los resultados.

«Calculamos la esperanza de vida de los hombres de acuerdo con la calidad de su semen y descubrimos que los hombres con la mejor calidad podían esperar vivir de dos a tres años más, en promedio, que aquellos con propiedades más bajas», explica Priskorn. En términos absolutos, los varones con un recuento móvil total de más de 120 millones vivieron 2,7 años más que aquellos con entre 0 y 5 millones. «Cuanto más baja sea la calidad, menor será la esperanza de vida. Esta asociación no se explicó por ninguna enfermedad en los 10 años anteriores a la evaluación de la calidad del semen o al nivel educativo de los hombres», puntualizó.

Los científicos sugieren que la mala-baja calidad sería un indicador de otros factores subyacentes que afectan tanto a la fertilidad como a la salud en general. Esto se presenta además como una oportunidad para detectar problemas de salud en el momento en que se estudia la calidad de los gametos. Para la investigadora es necesario mejorar la asociación establecida. «Este estudio sugiere la identificación de subgrupos que aparentemente están sanos cuando se evalúan, pero que hay un mayor riesgo de desarrollar ciertas enfermedades más adelante», apunta Jørgensen.

ENFERMERA SATURADA

SEIS MITOS SOBRE LOS TAMPONES MENSTRUALES QUE DEBERÍAS OLVIDAR

Higiene femenina. El uso de estos dispositivos no es el culpable directo de la infección grave causada por la bacteria 'Staphylococcus Aureus'. También puede suceder con copa o esponjas vaginales

Los tampones son una de las opciones, dentro la variedad de productos menstruales existentes como compresas, copas o bragas, que emplean más de 100 millones de mujeres en todo el mundo desde hace décadas. Muchas veces están rodeados de mitos y dudas que los profesionales de la salud tratamos de resolver.

1. Peligrosos para dormir. Según el número de horas que se vaya a dormir. En realidad el tiempo máximo que se debe llevar un tampón insertado es de ocho horas. Las estadísticas dicen que el 70% de las españolas duermen bastante menos. Pero ojo, porque ese límite de tiempo también se aplica durante el día.

2. Tienen metales peligrosos. El material de los tampones es algodón, rayón, o una mezcla de ambos en proporciones variables. En agosto de 2024 se publicó un estudio en *Science Direct* que alertaba de la presencia de trazas de metales como plomo o zinc en los tampones analizados, es cierto, pero las cantidades halladas eran en realidad inferiores a las que hay en el agua potable, las frutas y verduras o el pescado como resultado de la presencia de estos metales en el medio

ambiente y no porque se hayan añadido intencionadamente. No suponen por tanto un riesgo.

3. No es posible orinar con un tampón colocado. Si crees que este mito es cierto, una búsqueda rápida en Google sobre la anatomía genitourinaria femenina o incluso explorarse delante de despejará las dudas.

4. Hay una edad mínima para utilizarlo.

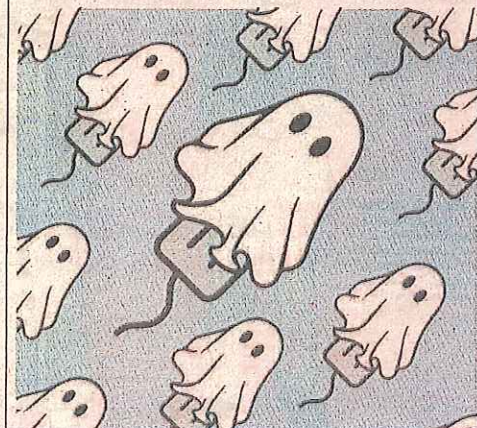
Todos los expertos en salud menstrual coinciden en que no existe una edad mínima. Se pueden usar incluso desde la primera menstruación siempre que se comprenda las pautas mínimas de cuidado.

5. El cloro los blanquea.

La realidad es que la mayor parte de las marcas que encontramos en el mercado llevan alrededor de 30 años sin utilizar cloro para blanquear sus tampones, un proceso que además era contaminante.

6. Síndrome de Shock Tóxico

Tiene su origen en las toxinas liberadas por algunas cepas de la bacteria *Staphylococcus Aureus*, no en los tampones. Es tan grave como raro: se producen 4 casos relacionados con la menstruación por cada millón de tampones. Puede producirse con cualquier dispositivo intravaginal como copas o esponjas.



> SORIA

El riesgo cardíaco del Alzheimer

Un estudio dirigido por un investigador soriano constata que las personas diagnosticadas con la enfermedad neurodegenerativa son más vulnerables a padecer patologías cardíacas, diabetes e hipertensión. Por N. F.

La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer sigue en ascenso. Se prevé que en 2050 alcance los 150 millones de casos. Por ello cualquier avance para descifrar la enfermedad, mejorar la atención terapéutica de los pacientes y la de sus familiares es un reto al que se enfrenta la comunidad sanitaria.

Un grupo de seis investigadores, dirigido por el soriano Diego Fernández Lázaro, ha realizado un estudio, dirigido por el Instituto de Biomedicina de la Universidad de León, en el que también ha participado la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

En la investigación se ha evaluado el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles en las personas con Alzheimer, centrándose sobre todo en la hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes y patologías cardíacas. Además se han establecido asociaciones con las características sociodemográficas y el sexo de los pacientes.

Se planteó establecer esta asociación porque las enfermedades crónicas generan una disminución de vida de los pacientes con unos elevados índices de morbilidad y también pueden influir de alguna manera a enfermos de Alzheimer.

imer.

Los resultados ofrecieron relaciones muy interesantes, a juicio de Fernández Lázaro. En primer lugar, ser mujer establece un riesgo significativo de padecer Alzheimer, pero además los diagnosticados con esta enfermedad neurodegenerativa son significativamente más vulnerables a desarrollar patologías cardíacas y también diabetes e hipertensión.

Para llevar a cabo la investigación se reclutó una muestra de 511 individuos, de entre 60 y 90 años, en centros de atención de pacientes de Alzheimer, ubicados en Soria, Salamanca, León y Ponferrada, de los que 260 estaban diagnosticados y los otros 251 fueron individuos sanos (sin Alzheimer), incluidos en grupo control.

Los participantes en el estudio con Alzheimer tenían una media de 83,9 años. Más de la mitad de ellos, el 76%, eran mujeres, de las que el 52% eran viudas. El 74% contaban con estudios primarios y la mayor parte también residían en zonas urbanas. Casi la mitad tenían antecedentes familiares con esta enfermedad.

Los investigadores recabaron datos clínicos y sociodemográficos de las personas que participaron

en la investigación. A los enfermos de Alzheimer se les realizó un exhaustivo estudio clínico para conocer la etapa en la que se encontraba la enfermedad, así como si presentaban otras patologías, como las cardíacas. Se cogieron datos sobre el nivel de estudios, profesión, localidad de nacimiento, residencia y antecedentes familiares de la enfermedad o de otras demencias, entre otros.

El investigador soriano, miembro del grupo de Neurobiología de la Universidad de Valladolid, Diego Fernández, explica que se abordó este estudio con el objetivo de ver si los enfermos de Alzheimer «tenían un riesgo significativo o mayor probabilidad de sufrir estas enfermedades crónicas que las personas sanas y además si el Alzheimer, por alguna alteración en el organismo inducida por estas patologías, podría instaurarse de una forma precoz o evolucionar aceleradamente».

La información obtenida fue sometida a un análisis estadístico, en el que se apreciaron datos porcentuales reveladores. El 19,5% de los enfermos de Alzheimer tenían además diabetes, frente al solo 7,2% de sanos evaluados, en cuanto a patologías cardíacas la relación fue

muy similar, el 20,4% de los que tenían Alzheimer presentaron este tipo de dolencias, un porcentaje que se redujo al 8,8% de los individuos del sin Alzheimer.

Diego Fernández subraya que se ha constatado que el ser mujer es el factor de riesgo más significativo para padecer Alzheimer frente al género masculino. «Antes de este estudio se justificaba la mayor prevalencia en el sexo femenino por que la mujer es más longeva, pero hay un componente hormonal importante» y añade que «sin embargo, la diferencia en la esperanza de vida no explica por completo las disparidades observadas, porque hay un componente hormonal estrogénico que lo justificaría y que desempeña un papel protector al reducir la acumulación de placas -amiloides, desencadenantes de la enfermedad de Alzheimer, mientras que la pérdida o disminución de estrógenos con la menopausia puede contribuir al aumento de la carga de placas -amiloides y el desarrollo de la neurodegeneración».

La investigación ha puesto de manifiesto que aquellos enfermos con un Alzheimer temprano y progresivo son más susceptibles a este tipo de enfermedades crónicas no transmisibles y con un riesgo signi-

ficativo a desarrollar patologías cardíacas, hipertensión y diabetes. Esta situación agravaría la calidad de vida de los pacientes de Alzheimer. Además, «el riesgo en la mujer se multiplica por cuatro respecto a los hombres», puntualiza el investigador.

Se trata de un estudio observacional y los resultados reflejan asociaciones, por lo que se necesitan de análisis más experimentales para aportar mayor información.

Los resultados se pueden tener en cuenta para planificar intervenciones clínicas prematuras, bien para regular las hormonas, controlar el azúcar, la hipertensión y el colesterol. La investigación partió de las necesidades que han trasladado las asociaciones de enfermos a la comunidad científica para conocer cómo se encuentran y mejorar su calidad de vida.

Además, Diego Fernández plantea la conveniencia de hacer estudios clínicos sobre patologías cardíacas a los diagnosticados de Alzheimer y controlarlos bien, la vez de supervisar la adherencia de los medicamentos, «porque si el paciente además de padecer la enfermedad neurodegenerativa es cardiopata y diabético pasa de ser vulnerable a ser muy vulnerable», concluye.



Diego Fernández Lázaro, director del estudio sobre enfermos de Alzheimer. MONTESEGURÓFOTO

> SALAMANCA

Un sistema para salvar tu corazón

El IBSAL desarrolla una herramienta para identificar a los pacientes que han sufrido un infarto y presentan un riesgo elevado de sufrir un trombo, una complicación que puede ser mortal. Por **María Bausela**

La aparición de un trombo en el interior del ventrículo izquierdo es una complicación relativamente frecuente, dándose en entre un 7% y un 20% de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio. Estos trombos a su vez conllevan un riesgo elevado de otras complicaciones como el embolismo y de ictus cardioembólico, que cuenta con una elevada mortalidad y se sitúa como una de las principales causas de discapacidad en los pacientes que sufren esta complicación. Es por ello que su detección mediante el seguimiento es fundamental para que las personas afectadas puedan iniciar terapias anticoagulantes y resolverlo. En este marco un estudio coordinado por el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) ha desarrollado un modelo innovador para predecir el trombo ventricular izquierdo.

Es por ello que su detección mediante el seguimiento es fundamental para que las personas afectadas puedan iniciar terapias anticoagulantes y resolverlo. En este marco un estudio coordinado por el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) ha desarrollado un modelo innovador para predecir el trombo ventricular izquierdo.

En la mayoría de los casos, estos trombos son de pequeño tamaño por lo que pueden pasar desapercibidos al realizar una ecogra-

fía de corazón, siendo la resonancia magnética cardíaca la técnica de elección para confirmar su presencia dentro del ventrículo izquierdo.

Desgraciadamente, esta es una técnica con un elevado coste y disponibilidad reducida en la mayoría de los centros, por lo que son necesarios algoritmos de estratificación de riesgo que nos permitan no dejar de hacer un estudio de resonancia magnética cardíaca a un paciente que realmente lo necesita.

Es por ello que el objetivo de este proyecto es identificar variables fácilmente accesibles que permitan valorar qué pacientes tienen mayor riesgo de sufrir un trombo intraventricular tras sufrir un infarto agudo de miocardio y que estos puedan ser priorizados para la realización de una resonancia.

La iniciativa ha estado liderada por el Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, el Hospital Clínico Universitario de Valencia y el área Enfermedades Cardiovasculares del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERCV), grupo con una experiencia larga en la caracterización del infarto agudo de miocardio por resonancia magnética cardíaca.

Estos han contado con la colaboración del Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial de Salamanca, un grupo consolidado en el CIBERCV, que cuenta con la mayor experiencia en el

país de la incorporación de un equipo de resonancia magnética cardíaca a la gestión de pacientes con enfermedades del corazón. Además, han contribuido también el IBSAL, el Hospital Clínico Universitario de Salamanca y los Hospitales Clínic y Universitario Vall d'Hebron de Barcelona.

Candelas Pérez del Villar Moro, cardióloga especialista en imagen cardíaca del Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, ha colaborado en la iniciativa que aporta una solución prometedora para optimizar la detección de estos trombos y avanzar hacia una medicina de precisión al haber identificado 5 variables en la historia clínica al alta de los pacientes.

La concurrencia de dos de estas variables de riesgo alto y al menos una de menor riesgo identifican a un conjunto de pacientes con una prevalencia de sufrir este tipo de trombos de casi un 20%, un 19,6%.

Además, el estudio dirigido por el doctor Víctor Marcos Garcés, investigador del Grupo de Investigación Traslacional en Cardiopatía Isquémica de INCLIVA, concluye que el trombo ventricular izquierdo puede predecirse en los primeros 6 meses tras el infarto a partir de variables fácilmente accesibles antes del alta hospitalaria.

En un principio, el modelo predictivo inicial se formuló a partir del conjunto de pacientes reunidos



El equipo del Servicio de Cardiología del CAUSA. E.M.

por parte del Hospital Clínico Universitario de Valencia y el resto de colaboradores. Más tarde se empleó a los pacientes de Salamanca

que habían sufrido un infarto y se les había hecho una resonancia magnética cardíaca para valorar si el modelo era aplicable a pacientes

BLOC OPINIÓN

¿Qué hace un matemático?

ISMAEL CALOMINO

Una respuesta inmediata ante esta pregunta puede ser por demás obvia: pues hace matemáticas. Esto conlleva a la siguiente pregunta, ¿qué es hacer matemáticas? El común denominador de la sociedad pensaría en «hacer cuentas» o «trabajar con números», sin embargo, hacer matemáticas es mucho más que aplicar una mera colección de técnicas para medir y contar.

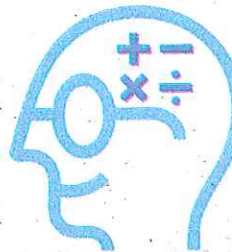
Para intentar responder a tal pregunta, tal vez sea conveniente repasar brevemente un interesante hecho histórico. A mediados del siglo XVIII, la ciudad prusiana de Königs-

berg (actual Kaliningrado, Rusia) era atravesada por el río Pregel dividiendo el terreno en cuatro regiones conectadas por siete puentes. Los pobladores se preguntaban si comenzando desde cualquier región era posible pasar por todos los puentes una sola vez y regresar a la región de partida. Fue el gran Leonhard Euler, uno de los matemáticos más relevantes de la historia, quien demostró que no importa qué camino recorramos, el problema no tiene solución. La resolución de este simple problema originó una importante rama de las matemáticas conoci-

da actualmente como teoría de grafos.

Por supuesto que podríamos continuar exponiendo diferentes anécdotas relacionadas con las matemáticas, pero de todas ellas extraeríamos la misma conclusión: hacer matemáticas es buscar soluciones a problemas concretos que surgen de manera natural en distintas áreas como la física, la medicina o la economía, y que en gran parte de los casos no sabemos a priori si dichos problemas admiten soluciones o no, lo cual agrega un plus de complejidad.

Como matemático, en diferentes ocasiones recibo preguntas como «¿para qué se utiliza lo que haces?» o «¿cómo se aplican tus estudios a la vida diaria?». Cuando se trata de investigadores que se dedican a la producción de ciencia con aplicaciones más



concretas, las respuestas a estas preguntas suelen ser más contundentes sin dejar margen a la duda. En cambio, cuando esas respuestas provienen de científicos que se dedican a la investigación básica, no suelen convencer al interlocutor, generando un mayor desconcierto y una sensación de desconexión entre la realidad y las matemáticas. Sin embargo,

su abstracción no debe ser un impedimento para comprender que hacer matemáticas es el cimiento de innumerables avances que dan forma a nuestra realidad, aunque su impacto no siempre es inmediato o evidente, así como Euler y sus puentes.

Ismael Calomino es doctor en Matemática y docente e investigador de la UCAV.

CANDELAS PÉREZ DEL VILLAR MORO, CARDIÓLOGA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

«Un modelo de riesgo de trombosis intracavitaria de fácil implantación en la práctica clínica»

«El Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) y el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) hemos trabajado como uno. La actividad asistencial se realiza en el Complejo Asistencial, y el IBSAL se encarga de dar soporte a los investigadores que formamos parte de ambas instituciones», apunta Candelas Pérez del Villar Moro, cardióloga especialista en imagen cardíaca del Servicio de Cardiología del CAUSA acerca de esta investigación en la que ha colaborado el CAUSA, el IBSAL, el Hospital Clínico Universitario de Salamanca y los Hospitales Clínic y Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. «Somos un equipo. El IBSAL abarca la parte técnica de apo-

yo a los investigadores, la solicitud de proyectos, organización y difusión de las iniciativas que tienen como objetivo la investigación y la innovación que buscan como fin una actividad asistencial de excelencia».

Con este estudio liderado por el Hospital Clínico Universitario de Valencia y el área Enfermedades Cardiovasculares del Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERCV), quieren «poner de manifiesto la necesidad imperiosa de implementar la resonancia magnética cardíaca como prestación en los pacientes con enfermedades del corazón y el compromiso, desde estructuras de investigación colaborativa, de crear esquemas de actuación que per-

mitan asignar los recursos de forma eficiente a los pacientes de mayor riesgo. En este caso particular a los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio».

Sus resultados clínicos directos suponen «la obtención de un modelo de riesgo de trombosis intracavitaria de fácil implantación en la práctica clínica. Este es, asimismo, un ejemplo de colaboración entre grupos pertenecientes a la estructura colaborativa de investigación más importante a nivel nacional que es el CIBER, que se ha visto plasmada en una publicación de alto impacto» incide la profesora asociada de la Universidad de Salamanca y secretaria científica del IBSAL.

cardíacas. Y, posteriormente, se les realizó una resonancia magnética cardíaca para analizar de forma exhaustiva la estructura y función del corazón, logrando detectar el trombo ventricular con mayor fiabilidad.

«Actualmente, nuestro grupo está valorando si técnicas más accesibles y más rápidas como la realización de una tomografía computarizada con tecnología espectral puede ayudar en este contexto», apunta la profesora asociada de la Universidad de Salamanca (USAL) y secretaria científica del IBSAL.

De cara al futuro tienen como objetivo final la implementación de los hallazgos a la práctica clínica, puesto que «este modelo se puede aplicar a modo de calculadora de riesgo de cara a priorizar la realización de ese tipo de resonancia en estos pacientes».

UNA COMPLICACIÓN GRAVE

El trombo ventricular izquierdo aumenta significativamente el riesgo de ictus y mortalidad, incluso años después de haber sufrido el infarto por lo que su identificación a tiempo es fundamental. La complicación surge, ya que la mitad de los trombos pueden pasar desapercibidos en las ecografías cardíacas, una herramienta utilizada más comúnmente que las resonancias magnéticas cardíacas debido a su alto coste y limitada disponibilidad.

«Tras la generalización de la terapia de perfusión en el infarto agudo de miocardio, el desarrollo de trombo intraventricular es la complicación más frecuente en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio».

«Este tipo de infarto se produce por oclusión trombótica de una ar-

teria coronaria que condiciona la necrosis del músculo distal a la oclusión de forma proporcional al tiempo de isquemia. Aquellos infartos con mayor territorio afecto desarrollan a medio plazo esta complicación que puede ser mortal o muy invalidante por lo que su manejo es una prioridad a atajar en estos pacientes», explica.

Es por ello que Villar Moro considera que «los resultados de este proyecto ponen en manos de los cardiólogos clínicos una herramienta para identificar a aquellos pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio con un riesgo elevado de presentar un trombo intraventricular, y priorizar la realización de las pruebas de imagen apropiadas, que en este caso es la resonancia magnética cardíaca, para identificarlo y tratarlo de forma adecuada».



con infarto agudo de miocardio y así validar los resultados.

Así, durante la investigación un total de 590 pacientes con infarto

agudo de miocardio fueron evaluados durante su ingreso hospitalario mediante historia clínica, electrocardiogramas y ecografías

BLOG
OPINIÓN

Fusiles sostenibles

PRUDENCIO HERRERO ACEBO

En medio de desafíos económicos sin precedentes, Europa se encuentra ante una encrucijada industrial buscando mantener competitividad en base a nuestra ventaja competitiva: la firme apuesta por la sostenibilidad. Sin embargo, la torpeza a la hora de aplicar políticas y la falta de apoyo de las otras grandes zonas económicas mundiales dejan a Europa al pie de los caballos.

Y llegó Trump. A la debilidad económica que ya teníamos ha sumado la enorme incertidumbre política que genera su segundo mandato. La crisis con Ucrania deja ver una ame-

naza real y es que Europa puede encontrarse sola, también en los aspectos de seguridad y defensa.

Ahora en Europa se habla sin tapujos de inversiones mil millonarias, casi 800.000 millones, curiosamente la misma cifra que Draghi proponía en su informe. Lo diferente en esta ocasión es que esa cantidad se pretende destinar a gasto militar.

La guerra en Ucrania ha evidenciado las deficiencias de la industria defensiva europea y la dependencia estratégica del continente. Los países europeos se han visto obligados a re-

plantearse sus políticas de defensa, incrementando significativamente sus presupuestos militares. Francia, Alemania y Polonia lideran esta tendencia, con aumentos sustanciales en sus inversiones en armamento.

Sin embargo, la idea de sustentar la economía productiva europea en la fabricación de armas plantea dilemas profundos. Por un lado, representa una oportunidad para revitalizar sectores industriales, crear empleos de alta cualificación y desarrollar tecnologías duales con aplicaciones civiles. Los ejemplos abundan: sistemas de comunicación, tecnologías de navegación, materiales avanzados y ciberseguridad son áreas donde las inversiones militares han generado beneficios civiles considerables.

Por otro lado, este camino conlleva riesgos importantes. Una economía excesivamente dependiente del sector armamentístico puede



distorsionar prioridades de inversión, desviando recursos de áreas como la salud, la educación u otros sectores productivos tradicionales. Además, ¿es éticamente sostenible fundamentar la prosperidad económica

para la producción de instrumentos diseñados para la destrucción?

Y ¿en qué lugar se encuentra España para reindustrializarse alrededor de la industria de la defensa?

La disyuntiva no es simple, pero el debate es necesario. Europa debe encontrar su propio camino hacia una economía competitiva que refleje sus valores fundamentales, incluso mientras refuerza su capacidad defensiva en un mundo cada vez más volátil fabricando los «fusiles sostenibles».

Prudencio Herrero Acebo es director de AENOR en Castilla y León.

> BURGOS

El guante que desafía al Parkinson

Investigadores de la Universidad de Burgos y el Hospital Universitario de Burgos han desarrollado una órtesis dinámica de tela elastomérica (DEFO) que mejora significativamente la destreza manual en personas con Parkinson. Por **M. Merino**

El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa crónica que afecta a millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por síntomas como rigidez, lentitud de movimientos y, especialmente, temblores incontrolables que dificultan tareas cotidianas como abrocharse una camisa, sostener un vaso o escribir. Aunque no tiene cura, la ciencia y la tecnología avanzan constantemente en la búsqueda de soluciones que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

En este contexto, la innovación juega un papel clave. Desde nuevos tratamientos hasta dispositivos tecnológicos, cada avance supone un paso más hacia la autonomía y el bienestar de quienes conviven con la enfermedad. Ahora, un nuevo desarrollo promete marcar la diferencia: un guante diseñado para estabilizar los temblores y devolver la precisión a los movimientos.

Investigadores de la Universidad de Burgos y el Hospital Universitario de Burgos han llevado a cabo un estudio innovador sobre el impacto de un guante ortopédico elástico en la destreza manual de personas con enfermedad de Parkinson.

DEFO son las siglas en inglés de esta solución, denominada órtesis dinámica de tela elastomérica en español, que ha demostrado mejorar significativamente la destreza manual de las personas con Parkinson.

La Coordinadora de este revolucionario proyecto es la Dra. Josefa González Santos, Fisioterapeuta con una trayectoria profesional de 20 años en el ámbito asistencial y profesora titular de la UBU, además de Coordinadora del Grado en Terapia Ocupacional.

Su labor se ha centrado en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, con especial énfasis en las alteraciones motoras. En este ámbito, ha participado en diversos proyectos de investigación relacionados con patologías neurológicas como el ictus y el Parkinson, así como en el desarrollo de estrategias innovadoras en telerehabilitación y el uso de nuevas tecnologías para la mejora del control del equilibrio en personas mayores.

González también ha trabajado ampliamente con prendas confeccionadas con material de elastómero, específicamente con las Prendas Dinámicas DMO (Dynamic Movement Orthotics). Según sus pruebas, éstas han demostrado ser eficaces en personas con ictus, contribuyendo a la reducción del tono muscular, así como en personas con parálisis cerebral, donde han favorecido la mejora de la postura y la disminución de los movi-



El diseño del guante permite mejorar la calidad de vida de las personas con Parkinson. SANTI OTERO

mientos involuntarios. Sin embargo, no había explorado previamente su aplicación en personas con Parkinson y al analizar su fundamento y mecanismo de acción, González consideró que podrían representar una estrategia prometedora para esta población, lo que motivó la iniciativa de probar su efectividad en este contexto.

La órtesis está fabricada con un material de elastómero y cuenta con refuerzos estratégicamente diseñados para optimizar su efecto terapéutico. El principal reto consistió en determinar su diseño adecuado para lograr una combinación eficaz con la propiocepción activa, de manera que se estimulara y ajustara el sistema neurosensorial. El objetivo era entrenar los músculos para que trabajaran con un tono, fuerza y rendimiento optimizados, explica González.

Para ello se trabajó en colaboración con la Dra. Cubo y el Dr. Trejo, neurólogos del Hospital Universitario de Burgos (HUBU), así como con la empresa DMO y los profesionales responsables del desarrollo técnico de la órtesis. Se llevó a cabo un análisis minucioso del temblor en personas con Parkinson, realizando múltiples pruebas y repeticiones para identificar la

posición en la que se lograba una mayor reducción del temblor.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron personas diagnosticadas con enfermedad de Parkinson. Por otro lado, se establecieron como criterios de exclusión aquellos casos en los que el temblor estuviera asociado a otra enfermedad neurológica, así como una puntuación en la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) igual o inferior a 26. A partir de estos resultados, se determinaron los receptores propioceptivos clave que debían ser estimulados para maximizar la eficacia del dispositivo.

Después se recopilaban todas las valoraciones de los usuarios, destacando aspectos clave de su experiencia. Los participantes señalaron que la órtesis es fácil de colocar, lo que les permite mayor autonomía en su uso. Además, valoraron positivamente el hecho de que representa una alternativa complementaria al tratamiento farmacológico, brindando una opción adicional para el manejo de sus síntomas.

Otro aspecto destacado fue que la órtesis no genera inmovilización, permitiendo el movimiento con mayor libertad. Asimismo, los usuarios apreciaron su diseño dis-

creto y personalizado, ya que se adapta a las medidas y necesidades específicas de cada persona, favoreciendo su comodidad y adherencia al tratamiento.

La diferencia de este dispositivo, respecto a otros utilizados es que se trata de una órtesis dinámica diseñada para su uso durante la actividad, momento en el que resulta más efectiva y necesaria. González explica que su diseño permite que cada paciente pueda colocársela de manera autónoma, favoreciendo así su uso diario. Además, está confeccionada con materiales lavables, lo que facilita su mantenimiento e higiene. Cada unidad se elabora a medida, siguiendo un proceso de medición altamente preciso y riguroso, lo que garantiza una adaptación personalizada a las necesidades específicas de cada usuario.

Además, ha sido diseñada para estimular el sistema somatosensorial mediante la activación de los propioceptores del sistema musculoesquelético. Su aplicación no solo contribuye a la mejora del control motor, sino que también facilita ajustes posturales, incidiendo en la corrección del desequilibrio muscular asociado a alteraciones del tono.

Esta órtesis combina principios neurofisiológicos y biomecánicos en su mecanismo de acción. A través de la activación de puntos proximales clave para el control postural, la inhibición recíproca y la estimulación del sistema sensoriomotriz, favoreciendo una respuesta neuromuscular más eficiente, optimizando la función motora y el rendimiento en pacientes con trastornos neurológicos.

Como próximos pasos de este proyecto, González prevé ampliar el estudio para evaluar su efecto en otros tipos de temblor, más allá del asociado a la enfermedad de Parkinson, de esta forma se permitiría determinar su aplicabilidad en un espectro más amplio de patologías neurológicas. González muestra entusiasmo por analizar su impacto en temblores esenciales, temblores cerebrales o temblores secundarios a otras afecciones, comparando los resultados y valorando si el mecanismo de acción sigue siendo efectivo en cada caso.

Para conseguir esta órtesis, González explica que es fundamental que los pacientes interesados lo comenten con su especialista, ya sea su médico rehabilitador o neurólogo. Además, pueden contactar directamente con su equipo; en la web de la Universidad de Burgos (UBU).

La revista diaria de EL MUNDO. Martes, 11 de marzo 2025

PAPPEL



THOMAS
NIEDERKRÖTENHALER

"PUBLICAR
MÁS
HISTORIAS

SOBRE
ESPERANZA

Desde hace 20 años, este profesor de la Universidad de Medicina de Viena está al frente de los principales estudios sobre el impacto en la sociedad de la cobertura informativa sobre suicidios. "Se trata de un acto de equilibrio". Por Yalza Perera

AYUDA
A PREVENIR
SUICIDIOS"

PAPEL EN PORTADA

Por Yutza Perera (Madrid)

Thomas Niederkrotenthaler (Linz, Austria, 1978) lee los periódicos desde una mirada única, entre la búsqueda de rigor científico y de esperanza. Pasó aquellas primeras páginas de investigación, hace ya casi dos décadas, cuando comenzó su doctorado sobre Salud Mental y Medicina del Comportamiento en la Universidad de Viena. Él era entonces parlamentario y su mentor, Gernot Sonneck, le abrió las puertas a conocer el periodismo desde una perspectiva que no imaginaba.

Motivados por la necesidad de reducir el creciente número de suicidios en un concurrido medio de transporte inaugurado en 1978 en la capital austríaca y el grave impacto emocional que causaba cada tragedia personal entre los testigos, Sonneck lideró entre 1980 y 1996 uno de los principales estudios sobre el efecto imitación que podía provocar en personas vulnerables publicar datos detallados en los medios de comunicación sobre esas muertes.

Su investigación, la primera específica sobre ese método y lugar en concreto, concluyó que el tratamiento informativo estaba relacionado con el aumento del número de fallecimientos por suicidio entre la población. Los datos fueron compartidos con la prensa y se realizó un trabajo de asesoramiento para que los periodistas supiesen qué pautas seguir para evitar ese riesgo. «Estas recomendaciones eran bastante breves y simples: no den detalles del método empleado, ofrezcan recursos de ayuda, no muestren representaciones de suicidio...», explica en una videollamada Niederkrotenthaler, profesor de Salud Pública y desde el pasado mes de enero máximo responsable de la revista especializada en suicidio *Crisis*. Los periodistas atendieron la demanda de los expertos y el resultado se vio reflejado en las estadísticas con un descenso del número de muertes de más del 80% entre la primera y la segunda mitad de 1987.

«En aquel momento ya se sabía que informar sobre el suicidio podía provocar más suicidios, pero no que estas muertes se podían prevenir con una



Marcha en Madrid en 2021 para exigir medidas frente al suicidio.
ALBERTO DI LOLLI

En función de cómo se realice la cobertura, ésta puede inclinar más la balanza hacia la vida o hacia la muerte. Un centenar de estudios ha certificado en los últimos 50 años la influencia negativa de los medios en la decisión de una persona vulnerable que se debate entre seguir adelante o no atrapa en un intenso sufrimiento psíquico al que no ve salida.

Esa conducta imitativa se conoce como *efecto Werther*, término que procede de una novela de Johann Wolfgang von Goethe de 1773, donde describe la forma en que su protagonista se quita la vida de forma muy explícita. La obra llegó a ser prohibida en varios países por la sucesión de muertes que trajo consigo, especialmente entre jóvenes. El concepto fue acuñado por el sociólogo estadounidense David Phillips dos siglos después tras revisar durante 20 años las páginas de *The New York Times* y constatar que la publicación de casos concretos de suicidio en su portada influyó en personas vulnerables con consecuencias devastadoras para ellas y su entorno.

En estas dos décadas de estudio Niederkrotenthaler, que capitanea varios grupos de investigación sobre prevención de suicidio a nivel europeo, ha observado una clara evolución en el tratamiento informativo. Tiene guardados artículos de los años 80 y cuando se los muestra a sus alumnos les resulta «sorprendente» la cobertura. «Hoy no veríamos nada parecido. Hay una enorme mejora en la calidad. También hemos observa-

do un aumento en las historias que presentan a personas que superan la crisis suicidas. Ese es un avance muy positivo porque sabemos que pueden ayudar a prevenir. Se ve una disminución en los suicidios después de la publicación, lo que llamamos *efecto Papageno*. Este término nace de la ópera de Wolfgang Amadeus Mozart de 1791 *La Flauta mágica*, donde tres niños sostienen al protagonista en su profundo dolor y le ayudan a encontrar alternativas a la muerte.

Hoy la prensa austríaca, junto a la australiana, es referente de buenas prácticas pero su ejemplo no se sigue en todo el mundo: «Hay una gran variación. En países asiáticos se publica información extremadamente sensacionalistas: métodos, explicaciones (simplistas)».

Este experto trabaja con los periodistas desde el respeto y la máxima comprensión hacia la compleja labor informativa: «Es importante resaltar que las directrices son recomendaciones voluntarias que pretenden ayudar a los profesionales a cubrir el suicidio de forma segura. Muchos no conocen el lado dañino de las informaciones y se muestran sorprendidos de que la información pueda desencadenar un suicidio adicional».

Percebe en la mayoría de ellos «mucha apertura» pero aún así, subraya, «es un acto de equilibrio y obviamente no es responsabilidad de un gobierno o de una persona de salud pública decidir sobre ello». «Si hay un suicidio de una persona muy conocida, es

obvio que siempre será publicado», añade.

Y en su vocación por formar, aprovecha la entrevista para proponer, por ejemplo, que en esos casos no se haga una cobertura prolongada, que el redactor se centre menos en los detalles del acto suicida y más en la vida de la persona y que incluya recursos de ayuda para otras personas que podrían verse afectadas por la muerte.

En su libro *Hablemos de suicidio. Pautas y reflexiones para abordar este problema en los medios* (Astrolabio Comunicación), el periodista Gabriel González Ortiz subraya que el 99% de los suicidios no deberían convertirse en noticia y concreta tres supuestos en los que podrían serlo y deben extremarse las precauciones para informar: en caso de muerte de celebridades, cuando el desencadenante está relacionado con un problema social y en el caso de que existan consecuencias públicas.

Niederkrotenthaler cree firmemente en el periodismo como agente de prevención frente al suicidio saliendo de la crónica de sucesos y centrándose en la esperanza. Para ello, es prioritario que el redactor o redactora ofrezca en sus crónicas ejemplos de superación: «Resulta extremadamente importante cubrir historias de otras personas que han logrado hacer frente a esos pensamientos suicidas, que tuvieron un intento de suicidio y regresaron a sus vidas o que perdieron a alguien por suicidio y han aprendido a vivir con esa pérdida porque

Un estudio en Viena en los años 80 constató por primera vez que una información adecuada evita suicidios

“Resulta clave cubrir historias de quienes lograron enfrentarse a los pensamientos y volvieron a sus vidas”

cobertura adecuada. Ese estudio en Viena fue la primera evidencia científica de ello», subraya. En 2006 Sonneck le mostró estos resultados y le lanzó la pregunta que ha marcado su trayectoria: «¿Es esto en lo que quieres trabajar?».

La pasión y convicción con la que habla de su labor de investigación y la divulga muestra que no hubo un ápice de duda en la respuesta: «Quedé realmente fascinado con el hallazgo porque fue una disminución muy pronunciada y era difícil imaginar que el tratamiento en los medios de comunicación pudiera tener un impacto tan poderoso».

Desde entonces este experto a nivel global ofrece una base científica a los periodistas para comprender la importancia de ser parte activa de la red de protección y conciliar el derecho a la información con la responsabilidad de no causar daño y ofrecer esperanza. «La información puede ayudar a las personas a superar una crisis. Esto es muy importante», explica.



pueden ayudar a otros a desarrollar formas de afrontar la situación por sí mismos. Es importante publicar más historias sobre la esperanza, la recuperación de la crisis, porque eso realmente puede ayudar a prevenir los suicidios».

Una de las principales barreras sociales para avanzar en esa dirección es el estigma. El silencio, el miedo y rechazo a hablar sobre los pensamientos de muerte impiden que las personas que viven atormentadas por ellos se animen a expresarlos y a sus seres queridos conocer su angustia y tener la oportunidad de acompañarlos a buscar ayuda especializada.

Dar visibilidad a ese sufrimiento y ayudar a la sociedad a comprenderlo y afrontarlo son pasos cruciales en los que los medios de comunicación ocupan un lugar prioritario, por su capacidad de transformar la opinión pública con una información sensible y responsable, tal y como promueve el primer «Plan de Acción de Prevención de Suicidio a nivel nacional», aprobado en España el pasado 14 de febrero.

Este experto vienés habla pausado en perfecto inglés y sonríe cuando la periodista trae a la conversación una de sus últimas investigaciones sobre el efecto Papageno enfocado en los medios de entretenimiento y que muestra el gran impacto que puede tener una buena comunicación sobre el suicidio.

El tema 1-800-273-8255 que el cantante de hip hop Logic lanzó en 2017 es un magnífico ejemplo de ello. Su título correspondía al número de atención telefónica en crisis que existía en aquel momento en EEUU y narraba el sufrimiento de un adolescente que da el paso de pedir ayuda y darse una segunda oportunidad. Durante semanas la canción estuvo en el top ten de las listas del país y el cantante lo interpretó en los MTV Music Awards junto a 50 sobrevivientes y en los Grammy. «La canción tuvo mucha exposición pública y era una oportunidad muy buena para averiguar cuál había sido el impacto. Descubrimos que hubo un aumento tremendo de

“Después de la publicación de historias de esperanza se ve una disminución de actos. Esto es el ‘efecto Papageno’”

Una canción sobre la superación de la ideación suicida de un adolescente logró salvar 245 vidas en EEUU en 2017

llamadas a la línea de vida, unas 10.000 más en el mes que más sonó en la radio. Y 245 menos de lo esperado. Eso es extremadamente poderoso porque muestra que un mensaje de intervención en crisis y de esperanza y recuperación puede tener un gran impacto en la búsqueda de ayuda».

Cuando su mentor, Gernot Sonneck, comenzó a investigar la cobertura del suicidio eran los expertos sanitarios los encargados de orientar a los periodistas sobre cómo podían proceder para no aumentar el riesgo de que una persona se quitara la vida. Hoy son los propios profesionales austríacos de la comunicación, con el apoyo constante de especialistas en la prevención y personas con experiencia vivida, los que orientan a sus compañeros en las redacciones para fortalecer esa red colectiva que proteja a personas vulnerables y convierta la información en fuente de esperanza y vida. Ese es el camino que comienza a abrirse ahora también en España.

Recreación de un satélite orbitando la Tierra.
SHUTTERSTOCK

MENOS SATÉLITES POR EL CAMBIO CLIMÁTICO

En 2100. Un estudio advierte que niveles altos de emisiones en la atmósfera pueden reducir a la mitad el número de satélites que orbiten la Tierra de forma segura

Por Teresa Guerrero (Madrid)

Reducir las emisiones de gases de efecto invernadero derivadas de la actividad humana no sólo es necesario para combatir el cambio climático en la Tierra, sino también para preservar la salud del espacio exterior y nuestro acceso a él —en otras palabras, poder seguir teniendo satélites que nos proporcionen todo tipo de servicios, desde telecomunicaciones a defensa—. Así se desprende de un estudio publicado ayer en la revista *Nature Sustainability*, que afirma que el calentamiento puede afectar, literalmente, al espacio que hay en el espacio para que operen los satélites de forma segura.

Según los cálculos del equipo del Instituto de Tecnología de Massachusetts (MIT) y de la Universidad de Birmingham que firma el trabajo, el aumento de emisiones puede encoger las capas de la atmósfera más externas —la mesosfera (50-85 kilómetros de altitud) y la termosfera (85-600 kilómetros)—.

La acumulación de grandes cantidades de esos gases de efecto invernadero provocarían un efecto de enfriamiento y contracción como el que causa de forma inevitable la radiación solar. La termosfera se contrae y se expande de forma natural cada 11 años en respuesta al ciclo de actividad regular del Sol. Cuando la actividad solar es baja, la Tierra recibe menos radiación y su atmósfera más externa se enfría y se contrae temporalmente antes de volver a expandirse durante el máximo solar. En la década de los años 90, los científicos se preguntaron si los gases de efecto invernadero influyen en la termosfera y ahora han podido precisar cuánto.

Esta contracción generada tanto por la radiación solar como por los gases de efecto invernadero de origen humano reduce la densidad del espacio orbital de la Tierra, lo que se traduce en un descenso de los satélites que deorbitan por fricción (van perdiendo altura poco a poco hasta que vuelven a entrar en la

atmósfera terrestre, donde se destruyen por las altas temperaturas en lugar de quedar vagando por el espacio generando más basura espacial). Esta fricción es útil porque reduce la energía orbital de los satélites, lo que favorece que vuelvan a la Tierra al cabo de varios años de quedar inutilizados.

Como consecuencia de la disminución de esa capacidad de deorbitar, se alargaría la cantidad de tiempo que los desechos de misiones espaciales permanecen en órbita. En la práctica, esto conllevaría una reducción en el número máximo de satélites artificiales que pueden orbitar la Tierra sin un riesgo grande de que haya colisiones entre ellos. Y según los cálculos de este nuevo estudio de modelización, para el año 2100 la capacidad de carga de satélites que trabajan a una altitud de entre 200 y 1.000 kilómetros podría reducirse entre un 50 y un 66% respecto a la que había en el año 2000 si se dan los peores escenarios de emisiones. El porcentaje final dependerá también de la cantidad de radiación solar.

Los desechos de satélites que quedan vagando por el espacio cuando dejan de estar operativos no dejan de crecer, y el problema se está agravando pues en los últimos años ha aumentado notablemente el número de lanzamientos espaciales. Como apunta William Parker, coautor del estudio, se estima que en los últimos cinco años se han lanzado al espacio más satélites que en los 60 años previos juntos. «Uno de los aspectos clave que estamos intentando comprender es si esta tendencia actual es sostenible», comenta el investigador en un comunicado de prensa.

Actualmente hay unos 10.000 satélites orbitando la Tierra. La Estación Espacial Internacional (ISS) en la que viven permanentemente astronautas está a 400 kilómetros y cada cierto tiempo hay que ajustar su órbita para evitar colisiones con algún fragmento de basura espacial.

La tecnología para que un satélite que orbita la Tierra se autodestruya al final de su vida útil reentrando en la Tierra ya existe, y también los protocolos internacionales que establecen buenas prácticas entre las agencias espaciales y empresas del sector para asegurarse de que sus artefactos no generarán basura espacial, pero no son de obligado cumplimiento. A esto se suman las colisiones que se producen entre piezas de chatarra espacial, que multiplican los fragmentos que vagan por el espacio. Por ello, a medida que aumenta el número de satélites en la órbita de la Tierra, los desechos espaciales persistentes plantean un problema creciente.

«Ya se está debatiendo cuántos satélites pueden ponerse en el espacio al mismo tiempo, ya que cada vez se lanzan más a la órbita baja terrestre», apunta Matthew Brown, otro de los coautores del estudio. «Si no se controla esta proliferación, corremos el riesgo de entrar en el llamado síndrome de Kessler, en el que una reacción en cadena de colisiones provoqu coastal la inutilización del espacio».



CASTILLA Y LEÓN

Igea y Tudanca se enzarzan por los muertos en las residencias en la pandemia

El procurador del Grupo Mixto asegura que nunca existió un protocolo que impidiese derivar a los mayores a hospitales / Mañueco defiende el «gran sistema sanitario» de Castilla y León

SANTIAGO G. DEL CAMPO VALLADOLID

El procurador del Grupo Mixto en las Cortes de Castilla y León, Francisco Igea, se enzarzó ayer con el portavoz socialista, Luis Tudanca, para recriminarle que el protocolo para no derivar a los mayores de las residencias en la pandemia «no lo hubo nunca en Castilla y León», algo de lo que había acusado el socialista al Gobierno autonómico en una intervención anterior.

Igea, que fue vicepresidente de la Administración autonómica durante la pandemia, mostró un informe de la Comisión Ciudadana por la Verdad en las residencias de Madrid que apunta que en Castilla y León hubo 40 veces menos defunciones de las esperadas en las residencias que en la capital de España, y aseguró que «de marzo a junio hubo más fallecidos por Covid en los hospitales que en las residencias, algo ya aclarado en los tribunales», antes de acusar al presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, de no tener liderazgo ahora ni haberlo tenido en la pandemia: «Hoy hace 5 años de una crisis en la que algunos se escondieron y aún hoy siguen escondidos», apuntó el procurador del Grupo Mixto.

Igea había formulado una pregunta al presidente: «Se cumple esta semana cinco años de declaración del estado de alarma. ¿Qué ha aprendido usted de aquellos días?». Mañueco respondió que destacaría «dos lecciones: una lección de humildad. No sé si sabe usted muy bien lo que significa esta palabra, pero humildad. Porque la pandemia demostró que tenemos que afrontar retos extraordinarios que a veces causan muchísimo dolor. Y la segunda que yo destacaría es la esperanza. Porque con tesón, con solidaridad, con responsabilidad, con el esfuerzo de todos, somos capaces de hacer frente a esos desafíos a los que se enfrenta la humanidad».

La respuesta del presidente no satisfizo al ex vicepresidente y ex representante de Ciudadanos, Francisco Igea, que en su turno de palabra le recriminó: «Veo que no aprendió oficialmente gran cosa. Lo ha demostrado hoy aquí». «Lo ha demostrado porque hoy, en la respuesta a la primera pregunta, a usted le han dicho que aquí hubo un protocolo que no hubo. Pero usted, como están humilde, llámese cobarde, que es mejor, se ha negado a contestar a esa acusación», le espetó a Mañueco, en referencia a la interpelación anterior de Tudanca.

«Y esa acusación se contesta. Mire, le voy a enseñar este informe, señor

Tudanca», continuó Igea. «Es el informe de la Comisión Ciudadana por la Verdad en las Residencias de Madrid. Poco sospechoso, le parecerá, Martín Pallín, ¿verdad? Bien. La diferencia porcentual entre el valor observado de defunciones y el valor esperado en las residencias. En Madrid, el 129%. En Castilla y León, el 3%. 40 veces más», apuntó. «Igual es que no es verdad lo que usted decía», le espetó a Tudanca.

«Y si no, ¿me va a explicar cómo es posible que de marzo a junio hubiera más fallecidos confirmados por Covid en los hospitales que en las residencias? No, perdón, no estaba el protocolo porque nunca estuvo, porque esto ya está aclarado judicialmente», remarcó Igea. «Nunca se dio esa orden».

«Pero como usted tiene delante a un señor que lo que no tiene es liderazgo, ni lo tuvo entonces, es incapaz de responderle a esa pregunta», dijo dirigiéndose a Tudanca. «Porque quien lideró la respuesta a esa crisis no fue aquel humilde señor que está en aquella esquina, fue una consejera que se dejó la piel por sacar las cosas adelante», apuntó en referencia a quien fuera consejera de Sanidad en el momento de la pandemia, Verónica Casado. «Hoy no tiene nada que decir porque nada aprendió, solo aprendió a esconderse, como ha hecho hoy», remarcó.

El presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, respondió a las

acusaciones de Igea: «Castilla y León tiene un gran sistema sanitario», remarcó. «La sanidad de Castilla y León es la segunda mejor valorada por sus propios usuarios. Repase usted dónde estábamos en otras épocas. Eso lo dice el barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad, no lo digo yo».

«Mire, le voy a decir que la razón y el liderazgo no se ganan ni dando voces, ni insultando, ni menospreciando al adversario para sentirse importante. Se gana con la seriedad, con la responsabilidad, como hacemos en Castilla y León la inmensa mayoría de los paisanos», concluyó Fernández Mañueco.

Por su parte el portavoz socialista, Luis Tudanca, no solo aseguró en su pregunta a Mañueco que el protocolo para no derivar a los mayores a los hospitales sí existió en Castilla y León durante la pandemia, sino que lo tuiteó en su cuenta de X después de su intervención: «En Castilla y León también hubo un protocolo de la vergüenza que impidió trasladar a los mayores de las residencias a los hospitales en la pandemia», escribió en un post. «Acordamos cambiar el modelo y Mañueco no lo hizo: primó el negocio antes que la salud», aseveró el ex secretario autonómico del PSOE. Tudanca aseguró durante su intervención en el hemiciclo que en Castilla y León «más de la mitad de los

fallecidos durante la Covid-19 en las residencias, del total de 4.406 personas, se produjeron durante la vigencia de ese protocolo en apenas un mes y medio. No podemos olvidar que acordamos cambiar el modelo de residencias de nuestra comunidad para proteger mejor a nuestros mayores. Usted no lo hizo», remarcó.

«Siguió primando el negocio antes que la salud y la protección de nuestros mayores», subrayó, para calificar después a la nueva Ley de Residencias de «absolutamente insuficiente e ineficaz».

Mañueco a Vox: «Han cambiado ustedes la bandera de España por otras banderas»

S. G. C. VALLADOLID

El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, recriminó ayer la actitud de los parlamentarios de Vox, a cuya formación acusó de haber «cambiado la bandera de España por otras banderas», en alusión a su apoyo incondicional al presidente de los Estados Unidos, Donald Trump, y sus apuestas por los cambios en el orden internacional.

El portavoz de Vox, David Hierro, había preguntado a Mañueco por cuál va a ser la acción del Gobierno durante el último año de legislatura, a lo que el presidente respondió escuetamente: «Vamos a seguir cumpliendo con nuestras obligaciones, con una gestión eficaz, con estabilidad y también creando oportunidades de futuro. Y por lo que se ve, los castellanos y leo-

neses a ustedes no les echan de menos en el Gobierno de Castilla y León», le espetó en referencia a su abrupta salida del Ejecutivo autonómico por orden de Abascal.

Hierro se mostró en desacuerdo, puesto que «están vendiendo ustedes precisamente son los logros conseguidos por Vox en el Gobierno», le respondió, a la vez que le acusó de no tener capacidad para legislar: «Tiene miedo a traer iniciativas legislativas a esta Cámara porque el miedo que tiene es que se la devuelvan por donde han venido», y puso como ejemplo los Presupuestos. «Pero usted no puede vivir continuamente de las rentas, señor Mañueco», añadió.

En su turno de réplica, el presidente del Ejecutivo autonómico aseguró que en Castilla y León «todos seguimos avanzando»: «Son

ustedes los que se han quedado atrás», le espetó a Hierro. «En Castilla y León todos seguimos trabajando por las personas de esta tierra. Son ustedes los que dejaron tirados a sus votantes».

«Son ustedes los que hacían y decían una cosa y ahora hacen y dicen lo contrario», le reprochó. «Defiendo, defendemos las mismas ideas, las mismas políticas, con los mismos principios y con los mismos valores que siempre. Son ustedes los que dan bandazos, los que han cambiado la bandera de España por otras banderas».

También le quiso recordar: «No se justifica. No fueron ustedes los que salieron del Gobierno. Fueron sus jefes de Madrid los que le dieron las órdenes para salir del Gobierno y renunciaron a la posibilidad de trabajar con seriedad por esta tierra».





La ministra de Sanidad, Mónica García, a su llegada ayer a la sesión de control en el Senado. DIEGO RADAMÉS / EUROPA PRESS

Adiós a las cervezas durante el partido de fútbol de los niños

Sanidad plantea una ley que aleja el alcohol de los espacios destinados a menores

PILAR PÉREZ MADRID

Ni cumpleaños infantiles en el parque con gintonic y tintos de verano para adultos, ni ver el partido de los niños del fin de semana con una cerveza en la mano. Sanidad presenta un marco normativo que aleja por completo las bebidas alcohólicas de los menores de edad. Ayer, el Consejo de Ministros dio luz verde al proyecto de ley de alcohol y menores que busca reducir el consumo en esta población limitando los espacios en los que se podrá beber, así como la publicidad, el patrocinio y la venta y dispensación.

Mónica García, ministra de Sanidad, manifestó que se trata de «una

legislación pionera y estatal para abordar de manera integral» el inicio de este hábito a edades cada vez más tempranas y de forma más intensa: el 22,5% de los alumnos de 14 años ya ha sufrido una intoxicación etílica aguda alguna vez. Por eso la norma va más allá de la simple prohibición del consumo y la venta de alcohol a menores de 18 años.

► **PROHIBICIÓN DEL CONSUMO:** Para todas las personas en centros educativos; centros de protección de menores y residencias de estudiantes que admitan a personas menores de edad; en espacios deportivos, de ocio o espacios dedicados

a espectáculos públicos cuando haya sesiones que estén destinadas a menores de edad.

► **PUBLICIDAD.** Se prohíbe el emplazamiento de publicidad de bebidas alcohólicas en la vía pública en un radio de 150 metros de centros educativos. Si se permitirá la difusión de aquellas bebidas fermentadas, como vino y cerveza, con niveles por debajo de 0,5% de alcohol.

► **PRUEBAS DE ALCOHOLEMIA.** La ley permitirá que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad puedan realizar test de alcoholemia en lugares y circunstancias específicas donde

el consumo de alcohol esté prohibido. Esto iría desde los típicos establecimientos infantiles de bolas, centros deportivos y parques al aire libre. Las pruebas se limitarán a métodos no invasivos como el etilómetro y podrán ser repetidas a petición de la persona afectada.

► **CONTROL DE LA VENTA.** Se prohíbe la venta ambulante y sin licencia administrativa en la vía pública. Las máquinas de vending no podrán situarse en la vía pública ni en espacios ya vetados por la presencia de menores y deberán contar con mecanismos eficaces para que no accedan a ellas los menores.

La Fiscalía avala la eutanasia a la joven de 24 años

Cree también que su padre, que la frenó, tiene «interés legítimo» como demandante

CRISTINA RUBIO BARCELONA

La Fiscalía avala la petición de eutanasia de Noelia, la joven parapléjica de 24 años de Barcelona, y considera que la decisión de la chica es «firme, libre y autónoma». Así se pronunció ayer el Ministerio Público tras la vista oral celebrada la semana pasada en la capital catalana para decidir sobre el fondo de la cuestión después de que su padre consiguiera frenarla *in extremis* el pasado mes de agosto.

El Ministerio Público presentó su

informe de conclusiones al Juzgado Contencioso Administrativo 12 de Barcelona en el que respalda la reclamación de la joven, pero expone también que el padre «tiene interés legítimo» para intervenir como demandante en el procedimiento. Por tanto, se posiciona a favor de que el progenitor (representado por Abogados Cristianos) pueda recurrirla, pero avala la petición de Noelia de recibirla y dice que cumple los requisitos para que se le aplique la ley. Entiende la

Fiscalía que la chica está capacitada para tomar esta decisión y que se encuentra en una situación prevista para recibir la eutanasia.

La vista oral por la vía contenciosa, la primera de estas características en España, se celebró la semana pasada en Barcelona después de que en agosto se detuviera cautelarmente la eutanasia concedida a la chica a raíz de la oposición del padre. La joven en cuestión —quien vive parapléjica en un centro sociosanitario y

se desplaza en silla de ruedas, siempre con ayuda— se reafirmó en su petición, denunció ante la juez «coacciones» de su entorno para que desistiera a lo largo de los últimos años y se mostró dispuesta a seguir adelante. La vista enfrentó a la Generalitat, que defiende la decisión de la Comisión de Garantía y Evaluación de dar luz verde a la eutanasia —por unanimidad de sus 19 miembros—, y al padre. Ahora, la juez deberá decidir sobre el fondo de la cuestión.

Un montañero sepultado y siete heridos por un alud en Armenia

MARINA PINA MADRID
C. RUBIO BARCELONA

Un montañero español quedó ayer sepultado por un alud registrado en la montaña más alta de Armenia, el Aragats, que supera los 4.000 metros de altura, y habría fallecido, según confirmó anoche a RTVE el alcalde de la Seu d'Urgell, Joan Barrera, a la espera de que hoy se reanude el rescate para encontrar el cuerpo. Debido al mismo accidente, otros siete españoles están hospitalizados, cuatro graves y otros tres leves, mientras que una octava persona se encuentra en perfecto estado. En total, eran nueve los alpinistas integrantes del grupo y víctimas de la avalancha, todos provenientes de Cataluña.

Los equipos de rescate del país supendieron a media tarde las labores de búsqueda del turista español desaparecido por las condiciones meteorológicas adversas. Según informaron a Efe en el Ministerio del Interior armenio, la falta de visibilidad y el mal tiempo hizo imposible continuar con la búsqueda, que se reemprende hoy a primera hora.

El alud de nieve afectó a un grupo de nueve españoles que estaba en ese momento en la zona, en pleno ascenso al Aragats. Según detalló el ministro de Asuntos Exteriores, José Manuel Albares, el miembro de la expedición que se encuentra en perfecto estado también participó en las mencionadas labores de búsqueda. Los otros ocho afectados que le acompañaban fueron evacuados por dos helicópteros de los servicios de salvamento armenios, que actuaron de manera muy rápida.

Todos los integrantes son alpinistas catalanes, confirmó la responsable de Interior del Govern de Salvador Illa, Núria Parlon, ayer al conocerse el accidente. De hecho, tres de los miembros del grupo son bomberos de la Generalitat: dos integrantes del Grupo de Actuaciones Especiales (GRAE) y un bombero voluntario del parque de Montferrer, en la zona del Alt Urgell, en el Pirineo leiridano.

Entre la expedición también hay varios miembros de la Unió Excursionista Urgellenca, un club de socios de esta zona del Pirineo. «Dentro del grupo de 9 personas hay socios de nuestro club. Los agentes del país están trabajando en el accidente y las familias afectadas ya están informadas», confirmó la entidad a través de un comunicado. Los integrantes del grupo se encontraban en Armenia para practicar esquí de montaña y alpinismo.

Mañueco anuncia la licitación de los centros de salud de Soria Norte y San Leonardo de Yagüe

El presidente de la Junta contesta a las preguntas de Soria Ya sobre sanidad e infraestructuras y avanza en el pleno de las Cortes de Castilla y León que el trámite se llevará a cabo «en las próximas semanas»

MILAGROS HERVADA SORIA

El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, anunció ayer en el pleno de las Cortes que «en las próximas semanas» se procederá a la licitación de los centros de salud de Soria Norte y de San Leonardo de Yagüe. Contestó así a las preguntas del portavoz de Soria Ya, Ángel Ceña, que le cuestionó sobre los proyectos prometidos por la Junta en la provincia en materia de sanidad y de infraestructuras, principalmente.

Ambos centros llevan años esperándose, en el caso del de Soria Norte, la parcela fue cedida por el Ayuntamiento de la capital en 2007 y desde entonces ha sido una demanda constante y se han sucedido partidas económicas para su realización en los diferentes presupuestos de la Junta. Algo similar ocurre con el de San Leonardo, cuya licitación para la redacción del proyecto se licitó el año pasado.

Asimismo, otro de los centros de salud pendiente es el de El Burgo de Osma, el más avanzado en tramitación. El presidente se refirió a él y según confirmaron después desde la Junta, lo que se hará próximamente será la adjudicación definitiva de las obras, ya que hasta ahora sólo cuenta con dicho trámite de forma provisional, por 5,8 millones de euros.

Fernández Mañueco recaló en su respuesta a Soria Ya el «potencial de Soria» y reiteró su «compromiso con la provincia», recriminando a los sorianistas su «pesimismo crónico» que les impide reconocer dicho «potencial».

Además de las inversiones en las obras del Hospital Universitario Santa Bárbara, aunque Ceña le recriminó los «19 años» que llevan esperándose, el presidente desta-



El presidente de la Junta en su intervención de ayer en las Cortes. ICAI

El centro de El Burgo espera su adjudicación definitiva

«Hay suelo industrial, van a venir empresas», dijo el presidente

có las realizadas en la unidad satélite de radioterapia.

Se refirió Mañueco igualmente a las actuaciones que se están llevando a cabo en educación, en concreto en los centros de Formación Profesional de Pico Frentes y La Merced, y a «los 200 proyectos de

vivienda en la provincia». También a la estación de autobuses de Soria y Almazán, recientemente reformadas, o a las travesías de Medinaceli y Berlanga de Duero, el regadío en Hinojosa del Campo o la concentración parcelaria en Ágreda, además del Plan Soria y los 100 millones de euros, «ejecutado en sus dos terceras partes», así como el «impulso al Parque Empresarial del Medio Ambiente, PEMA» y el suelo industrial en Langa de Duero. «Sin suelo industrial no pueden venir empresas. Hay suelo industrial, van a venir empresas, va a venir empleo, va a haber más oportunidades de futuro», recaló el presidente de la Junta en su intervención.

Para concluir, Mañueco aseguró que «Castilla y León funciona, Soria funciona y afortunada-

mente es sin ustedes», dijo en referencia a Soria Ya.

Los sorianistas habían reclamado al presidente «plazos y cifras concretas, no cosas etéreas, porque las palabras se las lleva el viento», dijo Ceña, quien preguntó también por el aeródromo de Garay, la variante de Yanguas o el polígono ganadero. «Mienten todo el rato. Me causa pesimismo verlo a usted ahí sentado sin hacer nada. Su epitafio político será así de grande: Las palabras se las lleva el viento», añadió el procurador soriano en su interpelación en las Cortes, a la que contestó Mañueco, recordando que Soria es la tercera provincia con la tasa de paro más baja de toda España y que «hay más gente trabajando que nunca en febrero que en toda la historia de la provincia».

PLANES FUNCIONALES DE MEJORA

El plan funcional del centro de salud Soria Norte, en la calle Cabildo de los Heros, contempla una zona destinada a consultas de 1.209 metros cuadrados y tendrá 13 de medicina general, 13 de enfermería, tres de pediatría, tres de enfermería pediátrica, dos de consulta polivalente, otras dos a la demanda, una de matrona, una de TCAE, una sala de urgencias y observación, cuatro salas de técnicas y curas, dos de procedimientos técnicos, una sala de cirugía menor y el espacio correspondiente a 36 salas de espera. La zona de extracciones, con 102 metros cuadrados, tendrá sala de extracción y laboratorio, de esterilización y almacén y una sala de espera específica. El plan funcional también ha incluido un área específica para pacientes respiratorios o infecciosos, con una superficie de 198 metros cuadrados. Por su parte, el nuevo centro de salud de San Leonardo, de 466 metros cuadrados, se levantará junto al actual. Contendrá siete consultas de medicina general, cinco de enfermería, una de pediatría, una de enfermería pediátrica, una consulta polivalente, una sala de técnicas y curas, otra de procedimientos técnicos y 17 salas de espera. Habrá otro espacio para la unidad de profilaxis obstétrica, la unidad de rehabilitación de fisioterapia, de salud bucodental, atención continuada y la reservada para la unidad de soporte vital básico.

Mañueco anuncia la licitación de los centros Soria Norte y San Leonardo

El presidente contesta que el trámite se hará «en las próximas semanas» a preguntas de Soria Ya en el pleno de las Cortes de Castilla y León

SORIA El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, anunció ayer en el pleno de las Cortes que «en las próximas semanas» se procederá a la licitación de los centros de salud de Soria Norte y de San Leonardo de Yagüe. Contestó así a las preguntas del portavoz de Soria Ya, Ángel Ceña, que le

cuestionó sobre los proyectos prometidos por la Junta en la provincia. Ambos centros llevan años esperándose, en el caso del de Soria Norte, la parcela fue cedida por el Ayuntamiento de la capital en 2007. Asimismo, otro de los centros de salud pendiente es el de El Burgo de Osma, el más avanzado en tramitación. El presidente se refirió a él y según confir-

maron después desde la Junta, lo que se hará próximamente será la adjudicación definitiva de las obras, ya que hasta ahora sólo cuenta con dicho trámite de forma provisional. Mañueco recaló en su respuesta a Soria Ya el «potencial de Soria» y reiteró su «compromiso con la provincia», recriminando a los sorianistas su «pesimismo crónico».

Pág. 7



CASTILLA Y LEÓN

Vázquez indica por carta a la ministra que 23 oncólogos de 5 provincias atienden el Bierzo

Tras la reunión de Mónica García con Oncobierzo, el consejero le pide que se ocupe de Ceuta y Melilla, «donde tiene competencias», y le recuerda que en la Comunidad «no las tiene»

E.M. VALLADOLID
Nuevo choque entre Consejería de Sanidad de Castilla y León y Ministerio, esta vez tras la reunión de la ministra Mónica García con representantes de la plataforma Oncobierzo la pasada semana. En ella, García se comprometía «a buscar una solución» para la falta de oncólogos en El Bierzo. El consejero Alejandro Vázquez le replica por carta que el departamento que él dirige está «realizando todos los esfuerzos posibles para solventar el grave problema» y le indica que 23 oncólogos, en concreto «siete de León, 3 de Salamanca, 8 de Valladolid, 3 de Burgos y 2 de Segovia, están prestando asistencia en el Hospital del Bierzo».

Esta es precisamente una de las cuestiones que los pacientes critican, que no se cubran las seis plazas que amplió Sanidad para este servicio del hospital, y tengan que venir profesionales de fuera.

Vázquez detalla que la cobertura está consiguiendo «la continuidad asistencial, sin demoras en la asistencia», aunque reconoce que no renuncia «al objetivo de cobertura definitiva de las seis plazas de la plantilla del hospital».

Con la crisis perpetua del centro hos-



El consejero Alejandro Vázquez y la ministra Mónica García, hace un mes. ICAL

pitalario ponferradino de fondo, en el que faltan especialistas de Oncología, pero también de otras especialidades, Vázquez le pide a la titular de Sanidad del Gobierno central que se ocupe de Ceuta y Melilla porque en ellas «tiene competencias», mientras le recuerda que en Castilla y León, «no las tiene».

En una carta de cuatro caras de folio de extensión, fechada a 11 de marzo, el consejero se refiere a una plataforma sanitaria de Ceuta y asegura que comparte «plenamente sus argumentos». «Les resulta paradójico e inadmisibles, como a mí, que interven-

gas en regiones donde no tienes competencias de gestión sanitaria, mientras ignoras y esquivas tu responsabilidad directa en Ceuta y Melilla, donde no sólo faltan oncólogos sino también especialistas en áreas esenciales como cardiología, pediatría, psiquiatría o anestesiología», refleja Vázquez en su misiva. En el escrito se remite también a otras entidades de Melilla para ahondar en su crítica.

El consejero carga contra García, le reprocha que no ha visto «una voluntad de coordinación real» [«situación que resultaba factible con tus antece-

sos», escribe] y califica el compromiso que manifestó la ministra con la plataforma de pacientes y familiares oncológicos del Bierzo de «un brindis al sol». «Esta situación es consecuencia directa de hacer partidismo con la sanidad en un momento en el que el Sistema Nacional de Salud está atravesando la encrucijada más importante de su historia, debido, entre otras causas, a la falta de especialistas sanitarios, entre ellos, oncólogos».

La Junta responde así a la declaración de Mónica García en la que aseguraba que haría todo lo que esté en su mano «para resolver las carencias y falta de oncólogos en el Hospital del Bierzo».

«Entenderás mi asombro y desconcierto sobre todo cuando en INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria), en tu ámbito de competencia, tienes el mismo problema y no has sido capaz de resolverlo, por el mismo motivo que nos sucede en Castilla y León: no hay oncólogos en las bolsas de empleo», expone el consejero.

Sostiene Vázquez que la inacción del Ministerio «es un hecho». «La realidad es que no has hecho absolutamente nada para solventar este problema, aun cuando en reiteradas oca-

siones, desde las comunidades autónomas hemos pedido soluciones para este auténtico problema de Estado que supone la falta de especialistas».

Contraponen, además, esa falta de resolución con la labor de la Consejería. «Te informo que en Castilla y León estamos en disposición de contratar a cualquier oncólogo que reúna los requisitos de titulación y/o esté dispuesto, en el libre ejercicio de su derecho, a trabajar en el Hospital del Bierzo».

A modo de despedida con pulla incluida, defiende que Castilla y León está realizando todos los esfuerzos posibles, pero añade que «es necesario que el Ministerio de Sanidad asuma su responsabilidad».

BRONCA EN EL PLENO

El procurador de Unidas Podemos en las Cortes regionales, Pablo Fernández, exigió ayer la dimisión del consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, por sus políticas «criminales» que aseguran «cuestan vidas y están dejando abandonados a su suerte a los enfermos de cáncer de la comarca del Bierzo», informa ICAL. El aludido, por el contrario, rechazó sus acusaciones y aseguró que las medidas adoptadas garantizan la asistencia de los pacientes.

Fernández tildó de «jeta, mentiroso e impresentable» al titular de Sanidad, con la queja del Grupo Popular quien pidió que constara en el acta de la sesión su rechazo a estos calificativos. El consejero también replicó al procurador que era «deplorable, deleznable y miserable» su intervención, que enmarcó en la competencia política con Sumar y la ministra Mónica García.

la Posada

Gastronomía
Turismo
Cultura
Vino



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

EL MUNDO
HERALDO-DIARIO DE SORIA

CASTILLA Y LEÓN

CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA. Tenía apariencia de gripe fuerte, pero acabó siendo la tragedia más reciente que vivió Castilla y León. Desde el silencio y el

aislamiento social, los contagios por el Covid-19 se multiplicaron minuto a minuto, hasta el punto de convertir los hospitales en verdaderos campos de batalla

La primera línea en la «guerra» del Covid

LOS HOSPITALES SOPORTARON SEIS OLAS DE CONTAGIOS POR EL COVID-19 QUE PROVOCARON COLAPSOS Y UNA PRUEBA DE VOCACIÓN PARA LOS SANITARIOS EXPUESTOS CARA A CARA AL VIRUS

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID Aunque parezca extraño, las puertas giratorias que sitúan la entrada principal al Hospital Universitario Río Hortega hubo un tiempo, hace cinco años, en que no giraban con el mismo frenesí. Nada fallaba en su sistema, con su engranaje impecable, pero entre los cristales intactos se apreciaba un vacío desolador al que, por turnos, se adentraban de uno a uno los sanitarios. En fila, todos se disponía a combatir a un mismo y minúsculo enemigo: el virus 'SARS-CoV-2'. Tan impronunciable como complejo en su análisis, el patógeno del Covid-19 fue el detonante de un nuevo mundo que solo se podía imaginar desde los libros de historia, con el recuerdo de la gripe española que originó una pandemia global con más de 250.000 muertes en España entre 1918 y 1919. Prácticamente un siglo después, esa misma palabra, la de pandemia, fue pronunciada por la Organización Mundial de la Salud como origen de una crisis sanitaria incierta y devastadora. Como las puertas del Río Hortega, se produjo una interrupción mundial que afectó a la economía, al empleo y al turismo por un cierre de fronteras acompañado de un eterno confinamiento. Así, la actualización de cifras y muertes fueron el reflejo de una realidad oculta desde las paredes de los hogares y que dependía de los esfuerzos de profesionales sanitarios, convertidos en héroes sin capa pero con mascarilla.

Antes de convertirse los hospitales en auténticos campos de batalla, todo lo que rodeaba al Covid-19 era una mezcla de escepticismo y sarcasmo. Y también de opacidad a partir de aquellos primeros casos reportados en China y con diversas hipótesis sobre su origen, desde su propagación en un mercado de animales vivos en Wuhan hasta su escape accidental en un laboratorio.

Si los casos fuera de China empezaron a aumentar, la incertidumbre aún seguía latente incluso entre los propios médicos. «Cuando hay una infección, sí preocupa, pero no sabías muy la bien la repercusión que iba a tener. Al principio se veía como algo lejano», relata Susana Sánchez, Jefa de Sección de Urgencias del Río Hortega.

Antes de que la OMS declarase el 30

de enero de 2020 la emergencia sanitaria internacional, ella ya había oído hablar del Covid-19 en una sesión clínica. Una «casualidad» dice sobre que este virus fuese la propuesta de conocimiento en aquella reunión, donde se informó en que consistía la afectación y la sintomatología. Y es que por síntomas - fiebre, tos, dolor de garganta y dificultad para respirar - podía parecer una gripe fuerte, pero pronto quedó claro que el Covid-19 era mucho más grave que la gripe común al presentar una tasa de mortalidad de aproximadamente entre 0,5% y 1%.

Si este nuevo virus ya llevaba meses conviviendo en nuestro mundo, España aún se consideraba al margen de su posible propagación. «A nivel asistencial, los compañeros y yo estábamos día a día con otras patologías.

«Nadie se imaginó que se podía producir una pandemia»

«Realmente fue una batalla. En ningún momento nos vinimos abajo»

No hablabamos de coronavirus ni nos preocupaba este asunto», afirma Mario Rodil, actualmente supervisor de Urgencias también en el Río Hortega. «Lo veíamos como algo lejano, que no iba a llegar a España aunque nos empezaron a preparar. Pasó algo parecido con el ébola, que nos formaron muy bien pero nunca llegó ningún caso. Entonces, pensábamos que con el coronavirus era igual».

Esa «preocupación» sí que se filtró en el cuerpo de Susana Sánchez, especialmente por el «alcance» que podía tener el Covid-19 mientras en los mapas iba acumulando puntos rojos de propagación por países asiáticos.

Hasta que, en febrero, los brotes saltaron a Italia, lo que hizo saltar las alarmas ante la proximidad entre penínsulas. «Es cuando creo que surge de verdad la preocupación, de decir 'esto

es real, esto va para adelante'», reconoce la médica.

Su intuición no le falló, convirtiéndose el día 27 de ese mes en el 'Día-D' en Castilla y León, registrando Segovia y Valladolid su primer caso ese mismo día, ambos relacionados con dos personas que habían regresado de Italia. Lo que no sabía Susana Sánchez es que atenderla en el Río Hortega al paciente 'cero' en la Comunidad, que se trataba de un ingeniero iraní que llegó a la provincia vallisoletana para concluir un ensayo en la Fundación Cidaut, en el Parque Tecnológico de Boecillo. Si le generó «respeto» e «incertidumbre», este primer contagiado aparentaba una «normalidad» no muy distinta a la de un resfriado. Pero las analíticas no mentían, era Covid-19, lo que supuso un auténtico «cambio de chip» para esta profesional sanitaria. «Fue como una sensación de nerviosismo interno. Pensar que esto es de verdad y tenemos ya aquí, entre nosotros, un caso. Que había que prepararse, ir más deprisa que el virus, organizarse para que no nos pille a nosotros ni a la población, a los pacientes que son a los que nos debemos...», recuerda.

Tras estos dos primeros casos, llegó la retahíla de diagnósticos positivos en las provincias de la región: León estrenó su casillero el 1 de marzo, Salamanca y Burgos al día siguiente, Zamora, el 10, Ávila, el 11, y Palencia y Soria, el 12. Solo dos días más tarde, el 14 de marzo de 2020, el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, aparecía en todas las televisiones para declarar el primer estado de alarma, una medida que solo se había decretado en una ocasión, con José Luis Rodríguez Zapatero y la crisis de los controladores aéreos en 2010. ¿Qué implicaba la nueva orden? Desde la suspensión de actividades educativas, el cierre de comercios no esenciales y limitación de la circulación tanto en horas y lugares determinados como para trabajadores de sectores 'esenciales', como podían ser los responsables de tiendas de alimentación y bienes de primera necesidad, de transporte y logística, medios de comunicación, y fuerzas de seguridad y defensa.

En ese grupo ajeno al confinamiento también se encontrarían los profesionales de sanidad y servicios socia-



les, entre ellos Susana, que no olvida ese primer día de confinamiento. «Yo no trabajaba, me tocó venir para poder organizar todo y no sé la de horas que me pasé con un EPI (Equipos de Protección Individual) puesto. No tengo recuerdo prácticamente de ese día pero sé que no comí, que no bebí y que hice horas, horas y horas. Fue el día que más trabajo tuve», detalla.

Mario, que sintió con «sorpresa» el anuncio del estado de alarma, tampoco sería una excepción para actuar en primera línea de la batalla. Un frente que ambos tendrían que afrontar desde lo desconocido, por un virus nuevo, sin tratamientos probados y sin conocer su evolución; los sobreesfuerzos, con turnos extendidos de 12 horas a nivel médico divididos en rotaciones de tres para atender a pacientes por encima del ratio habitual, con unas urgencias que se llegaron hasta las 60 personas diarias, según detalla Susana; y la soledad, alejados de sus familias ante el temor a ser su foco de contagio. «Mi hijo en esos momentos tenía ocho y junto a mi mujer, que es también enfermera, decidimos que yo me quedara aislado. Yo nunca tuve miedo de contagiarme, pero fue por

precaución. Esos momentos de descanso en casa sí que eran duros», admite el que actuó como enfermero en la pandemia.

Como el resto de hospitales públicos de Castilla y León, rápidamente pusieron en marcha sus planes de contingencia específicos para distintos niveles asistenciales con el objetivo de enfrentar posibles repuntes de la pandemia. «Había que organizarse bien y protegerse, porque si nosotros no nos protegíamos, primeramente podíamos caer nos quedábamos sin personal sanitario y podíamos contagiar. Entonces, se hizo organización y creación de equipo. Yo creo que es la vez que más he tenido sensación de pertenecer a un equipo y de tener una sensación de unión, de todas vamos a una, todo el mundo. Organizar cómo recibes al paciente, cómo te tienes que vestir, cómo te tienes que desvestir, medicaciones, no solamente desde el punto de vista médico, sino también desde el punto de vista humano, que era muy importante...», recuerda Susana.

En el caso concreto del Río Hortega, se instaló una carpa exterior para el triaje de urgencias con el fin de separar

CASTILLA Y LEÓN

durante la pandemia. En primera línea estuvieron médicos y enfermeros, héroes sin capa pero con mascarilla que hicieron frente a más de un millón de

contagios y 20.825 muertes. Si las vacunas trajeron una 'nueva' normalidad, miles de familias ya no volvieron a ser como antes, con despedidas que nunca llegaron.



Mario Rodil, supervisor de Urgencias en el Río Horteiga, junto a Susana Sánchez, médico de Urgencias. J.M. LOSTAU

a los pacientes con síntomas compatibles con Covid-19 de aquellos con otras patologías. Esa instalación es el primer recuerdo que le llega a Mario al rememorar la pandemia ya que, como enfermero, era uno de los encargados de hacer ese cribado con entrevistas individuales. «Eran unas colas kilométricas», expresa. Entonces, las urgencias se sellaron para crear circuitos diferenciados y evitar la propagación del coronavirus, mientras que otros espacios del hospital, como la sala de endoscopias o el gimnasio de rehabilitación, se

utilizaron para atender a pacientes sin infección. «Parecía que estábamos en guerra», apunta al respecto.

Ese plástico herméticamente cerrado era como la separación de los dos mundos que se enfrentaban entre la normalidad y el Covid-19. Detrás de él, como en la última fila del pelotón, los últimos que podían caer en la batalla. Al otro lado, como 'avanzadilla', los sa-

nitarios que se enfrentaban cara a cara al virus. Pero ni Susana ni Mario tenían presente ese peligro ataviados con mascarillas, gafas de protección y guantes de látex, tal vez por la 'adrenalina' que generaba esa situación, como ambos comparten, sabedores de lo que estaba en juego.

La sensación de «organización» superó la «caótica» primera ola, la del «miedo», la «incertidumbre» y la más mortal de las seis que se decretaron oficialmente. «Recuerdo estar equipado hasta arriba y pasar muchísimo calor. No venía gente con patologías como dolores torácicos, dolores renales, no lumbalgias... Los que venían pasaban directamente a la zona restringida», reseña Mario.

Y atravesadas las puertas de urgencias, las imágenes del terror con cientos de pacientes conectados a respiradores. «Eso sí que impresionaba, porque a veces dabas un paseo por el hospital y estaban todos los quirófanos anulados con esas personas y sus respiradores», admite el enfermero, capaz de expresar con palabras que le cuesta pronunciar a su compañera Susana. Tras varios segundos, lo consigue. «Tristeza» es el término que, con cierta duda, encuentra. «Porque empezabas a pensar en todo lo que ha ocurrido y todo lo que no sabes que iba a venir y el futuro de esas personas, porque son personas con nombres y apellidos».

Entrar en un hospital podía suponer el punto y final a una historia familiar, confinadas hasta el extremo de no poder despedirse entre ellos. Dentro, entre paredes blancas y mascarillas, todos parecían iguales, incapaces los pacientes de reconocer si quien les estaba agarrando las manos eran médicos, amigos o familiares. Para evitar esta confusión, a Susana se le ocurrió la idea de imprimir una foto suya para pegarla delante de su EPI. «Se trataba de acompañar, porque el paciente estaba enfermo y tenía miedo y estaba en nuestras manos confortarle», explica sobre esta medida personal.

Pasaban los días, y mientras el mundo seguía en 'stand by', los contagios no paraban de extenderse. De decenas a cientos, de cientos a miles. Y las muertes, aunque a menor ritmo, también sumando cifras por cada hora. La batalla, entonces, parecía que se

podía perder.

¿Qué mantenía la esperanza, entonces? Susana responde: la ciencia y sus avances para encontrar una vacuna. Hubo que esperar para que se llegasen esas dosis, comenzando por una desescalada de nuevos diagnósticos que empezó en mayo y que originó el final del confinamiento el día 2 de ese mes, cuando el Gobierno de España permitió salir a la calle para pasear y hacer deporte individual por franjas horarias y edades. No podía faltar la mascarilla como 'complemento' obligatorio y que representaba la 'nueva' normalidad. Y en menos de dos meses, la segunda noticia positiva: el fin del estado de alarma, decretado el 21 de junio.

Si se recuperó parcialmente la libertad, una segunda ola azotó al país con un repunte de casos que no cesó hasta octubre, lo que obligó al Gobierno a imponer un nuevo estado de alarma. Con menos limitaciones, eso sí, sin existir un confinamiento estricto y con toques de queda según la región, siendo en Castilla y León a las diez de la noche. «Fue lo peor de la pandemia, que existiera una segunda ola. Ya tenías fatiga mental y otra vez tenías que en estado de alerta», considera Mario.

El Covid-19 siguió como invitado no deseado durante la Navidad, pero el gran regalo llegaría tres días después con la primera vacuna administrada en Castilla y León. Aureo, de 88 años, se convirtió así en el reflejo de la esperanza, esa que tanto anhelaba Susana con la ciencia.

Esta noticia positiva llegó en un momento de «cansancio» mental y físico para la médico del Río Horteiga, que sumaba incontables horas de labores asistenciales junto a de organización. No bajó la guardia, como Mario, pese a que los ingresos no se frenaban en su hospital. Ante esos momentos, vuelven a incidir en la «organización» y en la «unión» de sus respectivos equipos en todo momento. «Éramos una pila y nos peleábamos por entrar», razona el enfermero, mientras Susana también recuerda que sus jefes les tenían que frenar sus ganas de trabajar para tomarse los adecuados descansos.

Los hospitales siguieron a pleno funcionamiento, algunos de ellos al

borde del colapso por los contagios mientras otras enfermedades pasaron a un plano casi invisible, pero entrado el 2021 los sanitarios recibieron sus pautas de vacunación junto a personas mayores y otros trabajadores esenciales. «No sabíamos cómo iba a funcionar, evidentemente, pero dio esperanza a esa incertidumbre que llevábamos arrastrando», expresa Susana, que aún guarda la foto del primer día de vacunación.

Y llegó el momento de llevar la organización a su máxima expresión, con la búsqueda de grandes espacios para convertirlos en 'vacunódromos' para albergar la vacunación de forma masiva a toda la población. Si la prioridad fueron las personas de avanzada edad, los últimos de ese pelotón fueron los veinteañeros y adolescentes, que pasaron a protagonizar los contagios hasta declararse la quinta ola, la 'ola joven'.

«Fue entendible que subieran los contagios, pero nosotros estábamos para ayudar, para cuidar y para tratar», expresa Mario. Y es que de pasar prácticamente 24 horas en los hogares, convertidas las habitaciones en clases particulares y los ordenadores en pizarras virtuales, se volvía a tener la sensación de libertad y que llegó de forma definitiva tras esquivar la sexta ola y la variante Ómicron.

A las terceras y cuartas dosis de refuerzo se les sumó la eliminación del uso de las mascarillas en todo tipo de espacios salvo en hospitales y residencias. Los bares parecían bares, los mercados parecían mercados, los colegios parecían colegios, y así cualquier lugar que antes se definía por los metros de distancia y los geles desinfectantes.

Los ciudadanos habían logrado pasar página de forma fácil y rápida, mientras Castilla y León dejaba un reguero de más de un millón de casos confirmados y 20.825 muertes en cinco años de una tragedia colectiva traumática (datos a 25 de febrero de 2025). Porque ahora el tiempo se define como el 'pre' y el 'post' Covid-19, un virus del que ya no se habla pero que sigue aún en la batalla. Y en ese frente, si se volviera a repetir en forma de pandemia, ahí estarán Mario y Susana. ¿Por qué? Lo tienen claro: «Porque es nuestra vocación, nuestro trabajo y no sabemos hacer otra cosa».

27/2

El día que comenzó todo. Un 27 de febrero de 2020 se confirmó el primer caso confirmado por Covid-19. Fue en Valladolid y resultó un ingeniero iraní que había regresado de Italia y fue diagnosticado cuando estaba de visita en Cidaut, en el Parque Tecnológico de Boecillo.

11

Personas fallecieron en Los Royales y que hicieron saltar las alarmas. Todavía no había llegado la primera ola, pero la muerte de once ancianos de una residencia soriana disparó las alarmas. Sin embargo, la exconsejera Verónica Casado aseguró que era una «mortalidad normal».

Áureo

La primera vacuna suministrada. Áureo López García, de 88 años, fue el primer vacunado de Castilla y León. Recibida un 27 de diciembre de 2020 en la residencia palentina Santa Eugenia, reconoció encontrarse «muy satisfecho» y «muy contento» tras ponerse la dosis.

6 olas

Distintas propagaciones de contagios. El año pasado perdieron la vida 136 personas por accidentes de tráfico en carreteras de Castilla y León, lo que supone un 40% más que en 2019. Entre ellas se encontraban 20 motoristas, 11 peatones y tres ciclistas.

49.709

El número de sanitarios que actuaron en algún momento de la pandemia. La pandemia supuso un antes y un después para los profesionales de la sanidad en Castilla y León. Una nueva forma de trabajo, con recursos limitados, turnos agotadores y enfrentados cara a cara contra un virus mortal.

SALUD | PAPEL

UN VIDEOJUEGO PARA
DETECTAR SIGNOS DE
DETERIORO COGNITIVO

Innovación. Científicos de la Universidad de Vigo desarrollan, con el apoyo de Samsung, una aplicación gratuita y fácil de usar que es capaz de detectar de forma precoz síntomas como la pérdida de memoria

Por Cristina G. Lucio (Madrid)

El deterioro cognitivo suele empezar de una forma sutil, con pequeñas pérdidas de memoria o fallos en la atención, el lenguaje y la capacidad de razonar. Estos signos no siempre indican el futuro desarrollo de una demencia, pero pueden ser la antesala de problemas como el Alzheimer. Científicos de la Universidad de Vigo han desarrollado, con el apoyo de Samsung, una aplicación basada en la inteligencia artificial que permite, mediante un videojuego, realizar un cribado a gran escala de signos de deterioro cognitivo.

La herramienta, una *app* gamificada denominada *The Mind Guardian*, puede servir como «alerta inicial» ya que ha demostrado un «97,1% de precisión en la detección de los signos tempranos de deterioro cognitivo», han señalado sus creadores durante la presentación de la tecnología. El rol de la aplicación es detectar posibles signos de deterioro cognitivo, en ningún caso hacer un diagnóstico, han advertido. «Un médico siempre tiene que ratificar los resultados», subrayó a este periódico Luis Anido, catedrático de ingeniería telemática, investigador en la Universidad de Vigo y uno de los líderes del desarrollo.

La herramienta cuenta con el aval científico-técnico de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y la Sociedad Española de

Psiquiatría y Salud Mental. El videojuego, al que ya puede accederse de forma gratuita desde cualquier tablet con sistema operativo Android, está dirigido a personas mayores de 55 años y combina diferentes pruebas que miden la memoria episódica, la procedimental y la semántica.

En una sesión de unos 45 minutos, el usuario puede someterse al test desde su casa, eliminando el llamado *síndrome de la bata blanca*, que puede alterar los resultados de las pruebas realizadas en entornos sanitarios debido al estrés que pueden producir esos ambientes.

Si el resultado es positivo, lo que la *app* te recomienda es repetir el test en un plazo de seis meses, además de ofrecerte «una serie de recomendaciones desde el punto de vista de la salud cognitiva», explica Anido. Si tras ese medio año el test vuelve a arrojar la existencia de un posible deterioro cognitivo, la recomendación es acudir a un profesional médico que pueda ratificar o no el diagnóstico. La *app*, añade el investigador, «proporciona un informe donde se detallan todas las bases científicas en las que se basa la aplicación».

«Creemos que puede ser muy útil», añade. «La detección precoz es clave hoy en día y el sistema no tiene la capacidad para realizar cribados de forma sistemática. Un test de estas características realizado por un profesional clínico exige un mínimo de 50 minutos», añade.



Detalle del
videojuego
'The Mind
Guardian'.
SAMSUNG

CASTILLA Y LEÓN

Blanco sobre la pandemia: «Atendimos a todos, en residencias y hospitales»

La vicepresidenta de la Junta recuerda que se actuó en un momento «duro y difícil», según las medidas de un «mando único», que correspondía al Gobierno de España

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

En mitad de la polémica por los protocolos de actuación en Madrid en residencias durante la pandemia del Covid-19, Isabel Blanco valoró la completa gestión en Castilla y León en aquellos «duros» y «difíciles» momentos. «Atendimos a todos donde lo necesitaban, en residencias y hospitales», aseveró al respecto.

La vicepresidenta de la Junta de Castilla y León, en la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno, aseveró que en la época pandémica se actuó conforme a lo que se iba conociendo sobre el Covid-19, aunque recaló que la Comunidad fue actuando según las medidas de un «mando único», que que correspondía al Gobierno de España.

Por ello, trasladó que Castilla y León no tuvo una gestión del coronavirus diferente al de resto de regiones. «Se actuó lo mejor que pudimos, con el conocimiento y los medios de los que íbamos disponiendo día a día», concluyó sobre esta cuestión.

Por otro lado, tras ser preguntada por la próxima concentración en León por la seguridad y dignificación del sector social tras el asesinato de una educadora social presuntamente a manos de tres menores en un piso tutelado de Badajoz, aseguró que el modelo de atención que existe en Castilla y León «no es el mismo» que en Extremadura. En esta línea, trasladó que los protocolos de actuación se revisan «continuamente» con las entidades que gestionan tanto los centros de menores como los pisos de cumplimiento de medidas de convivencia en grupo educativo.

Isabel Blanco entró en detalle sobre estos pisos, que son seis pisos y con «poquita ocupación», con 32 menores ocupando 39 plazas disponibles, siendo controlados por 39 profesionales. «Nos preocupan los menores y los trabajadores», afirmó, de forma que estos pisos están destinados «a medidas de convivencia en grupo educativo», no de reforma.

Si el objetivo es que estos menores vuelvan a la normalidad sin tener que derivarlos al Centro de Menores Zambrana, en Valladolid, Blanco manifestó que se da una información permanente a la fiscalía de incidencias o un cambio de conducta de los residentes en estos pisos de medidas de convivencia educativa, para que, en casos así, sea la autoridad judicial la que determine si cambia el régimen del afectado con el traslado a otro centro o se implementan medidas de seguridad.

Sobre el decreto que ultima el Ministerio de Juventud e Infancia para «blindar» los derechos de la infancia en el sistema de protección,



«TODO EL CARIÑO» A CARRIEDO. La vicepresidenta de la Junta de Castilla y León, Isabel Blanco, fue quien ejerció de portavoz en la rueda de prensa del Consejo de Gobierno, ante la ausencia de Carlos Fernández Carriedo, a quien Blanco expresó «todo el cariño» de la Junta tras el fallecimiento de su padre.

y también de las y los empleados que trabajan en los centros residenciales, la vicepresidenta de la Junta confió en que esta normativa del departamento de la ministra Sira Rego «no invada» competencias autonómicas.

BARÓMETRO SANITARIO

Preguntada por la manifestación convocada este sábado en Valladolid por los sindicatos y las plataformas para denunciar el deterioro de la sanidad, Blanco transmitió su

«profundo respeto» pero advirtió que el barómetro sanitario realizado por el Ministerio «no es sospechoso» y el cual situó a la Castilla y León como la segunda en valoración por los usuarios.

De la misma manera, respondió ante la manifestación celebrada en León el pasado 16 de febrero para pedir un plan que dinamice la provincia y el cumplimiento de las peticiones realizadas por los sindicatos y las personas que acudieron al acto reivindicativo.

En esta línea, aseveró que el compromiso de la Junta con León, así como con las nueve provincias de la Comunidad, es «inequívoco» y lo reflejó con inversiones y proyectos.

Entre ellas, y en el caso concreto del territorio leonés, destacó la apuesta industrial con el polígono de Villadangos del Páramo, que según la Junta será el mayor del Noroeste de España, y la petición al Gobierno para que designe a León como sede del Centro Nacional de Ciberseguridad.

La Junta no recurre la sentencia de la ayuda a CCOO y da por «superadas» las discrepancias

D. G. VALLADOLID

Desde el «respeto» a la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (TSJCyL) que condena a la Junta a pagar 1,3 millones a Comisiones Obreras (CCOO), la vicepresidenta del Ejecutivo autonómico, Isabel Blanco, trasladó que las «discrepancias» entre la Consejería de Empleo y los sindicatos están «superadas». Asimismo, informó que no se recurrirá al fallo del tribunal.

Si el miércoles desde el PP culparon a la «nefasta gestión» de VOX en la Consejería de Empleo, bajo Mariano Veganzones, de la sentencia del TSJCyL a favor de CCOO, Blanco no quiso hacer una valoración sobre las responsabi-

lidades que obligan a devolver 1,3 millones en ayudas a CCOO. «Respetamos las sentencias y las diferentes resoluciones judiciales», afirmó con rotundidad en la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno celebrado ayer.

En concreto, el TSJCyL reconoció el derecho de dicha organización sindical a recibir una subvención nominativa para su participación institucional en 2023 por importe de 1.237.702,00 euros, más la actualización anual correspondiente conforme al índice de Precios de Consumo (I.P.C.), con lo que la cifra final se elevará a casi 1.300.000. Al respecto, Mariano Veganzones no argumentó de ningún modo el recorte de la financiación pública hacia el sin-

dicato de CCOO.

Lo que sí admitió la vicepresidenta de la Junta fueron las «discrepancias» existentes entre la Consejería de Empleo y los sindicatos. «Está superado», dijo al respecto, para detallar a continuación que la cuantía a las organizaciones sindicales derivada de su participación institucional fue abonada el mes de noviembre de 2024, una vez que Vox ya no estaba en la Junta.

Es más, la Junta no recurrirá la sentencia como «primera recomendación» de los servicios jurídicos, aunque aseguró que no había dado tiempo a analizar en profundidad el fallo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

PRIMER PLANO

CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA

C.G. LUCIO / P. PÉREZ MADRID

Han pasado 1.825 días desde que, por segunda vez en democracia, Pedro Sánchez tomó la decisión de declarar el estado de alarma en todo el territorio español, en esta caso para abordar la emergencia del Covid-19. Si usted echa la vista atrás, seguramente recuerde qué estaba haciendo en ese momento y cómo fueron aquellos primeros días en los que todo cambió por la amenaza de un minúsculo virus capaz de ponerlo todo patas arriba.

No imaginábamos entonces que en junio de 2023, cuando la pandemia se dio por finalizada, las cifras oficiales hablarían de 13.914.811 casos y 121.760 muertes en España. ¿Qué hemos aprendido de lo que pasó? ¿Estamos mejor preparados para afrontar una posible crisis similar? ¿Qué medidas siguen pendientes? Con la perspectiva que da el paso de un lustro, repasamos de la mano de diferentes especialistas en Salud Pública, Microbiología, Virología o Vacunas las lecciones que dejó la pandemia y los retos que se plantean de cara al futuro.

► **APRENDIZAJE.** «De la pandemia hemos aprendido algunas cosas, como la importancia de la cooperación científica. Nunca jamás había habido una cooperación a nivel público-privada para desarrollar nuevas vacunas. Y que se desarrollaran tan rápido es un ejemplo de la importancia de esa cooperación. Ojalá esa inversión que se hizo, ese esfuerzo de cooperación y esa facilidad para evaluar las vacunas continuara. Porque ahora sería ideal, por ejemplo, que se hiciera lo mismo para obtener la vacuna contra la tuberculosis», arranca Ignacio López-Gofí, catedrático de Microbiología de la Universidad de Navarra.

Coincide con él José Antonio López Guerrero, catedrático y director del Grupo de Neurovirología de la Universidad Autónoma de Madrid. «Hemos aprendido la importancia de la coordinación internacional de los centros de vigilancia y también hemos aprendido a engrasar la maquinaria de cooperación público-privada a la hora de poner en marcha proyectos de desarrollo de nuevos fármacos», expone. En su opinión, el desarrollo de una vacuna efectiva contra el Covid-19 en menos de un año «fue el mayor hito del milenio» que además puso sobre la mesa «el potencial de la tecnología del ARN mensajero, que ya se está desarrollando no solo contra otros patógenos, sino en tratamientos y terapias contra el cáncer».

Otra lección aprendida, subraya López-Gofí es «la importancia de la

SALUD PÚBLICA. La pandemia puso de manifiesto el valor de la ciencia y de la cooperación global, pero cinco años después siguen sin implantarse medidas necesarias para hacer frente a una nueva amenaza epidemiológica

LECCIONES DEL COVID: «VAMOS PARA ATRÁS EN ALGUNAS COSAS»

estrategia *One Health*. Hoy sabemos que para evitar futuras amenazas hay que trabajar de manera conjunta la salud humana, la salud animal y la salud ambiental». En ese sentido, ambos especialistas señalan que se han producido avances para mejorar la vigilancia epidemiológica. Pero, lamentablemente, coinciden,

forzarse para poder reunir condiciones para contrarrestar la siguiente pandemia».

«La disciplina de Salud Pública surgió con fuerza tras la pandemia de 1918, la Gran Gripe que dejó 50 millones de muertos. Pero no está ocurriendo lo mismo tras la pandemia de Covid», lamenta.



Pilar Ruiz Seco, internista, y Carlos, paciente con secuelas Covid. SERGIO ENRÍQUEZ NISTAL

faltan más acciones asociadas a esas lecciones que dejó el Covid.

► **PREPARACIÓN.** «No evitaremos la siguiente pandemia, pero sí nos podemos preparar mejor», recuerda Rafael Bengoa, médico, ex director de las áreas de Enfermedades Crónicas y Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ex consejero de Sanidad y Consumo del País Vasco, quien subraya que «tanto la Salud Pública como la Sanidad pública necesitan re-

cientemente dotación, e independencia en sus órganos de gobierno». En general, continúa, «hay un poco más de preparación simplemente porque hemos experimentado el problema, pero la mayor parte de las acciones que debían realizarse no se han realizado».

En ese sentido, López-Gofí lamenta que pese a que la pandemia puso en jaque al sistema sanitario y mostró sus costuras, «demostrando la necesidad de una reforma, cinco años después esa reforma no se ha producido». Sigue siendo una tarea pendiente aumentar los recursos, mejorar el sistema, abordar de otra forma las enfermedades crónicas, etc., señala. «La sanidad pública está claramente desatendida pese a que es obviamente la línea de poder afrontar y abordar otra posible pandemia con ciertas garantías de éxito», coincide López Guerrero, que también lamenta que hayamos vuelto «a la casilla de salida o más atrás en cuanto a la concienciación de nuestros políticos sobre la importancia de la inversión pública en investigación y sanidad».

► **SECUELAS.** Del total de contagiados, y según la gravedad de la infección sufrida, entorno a un 10% de las personas pueden padecer síntomas persistentes 12 semanas después, que se mantienen durante dos meses y no se explican por ninguna otra patología.

Carlos se benefició de los avances científicos. Un ensayo clínico en el Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes (Madrid), dirigido por la internista Pilar Ruiz Seco, empleó propranolol (un antihipertensivo) para «hacer frente a la desregulación inmunológica que hacía que los pacientes experimentaran una cascada de inflamación». En el marco del ensayo clínico «reclutábamos pacientes con obesidad que sabíamos que iban a terminar intubados por la gravedad de una neumonía bilateral», explica la internista.

Al finalizar el ensayo, pudieron demostrar que redujeron un 20% las muertes. Carlos da gracias de poder haberse beneficiado, «aunque fue mi mujer la que dio el visto bueno, yo estaba muy malito». Con todo, este paciente recuerda que la recuperación de sus dos ingresos fue costosa. Además, «todavía me vigilan de cerca. Visito al neurólogo por una malformación de Chiari. No sé si la tenía antes del Covid y este virus ha tenido algo que ver».

La internista apunta que muchos como Carlos sufrieron taquicardias, temblores y debilidad muscular debido al paso del SARS-CoV-2 por su



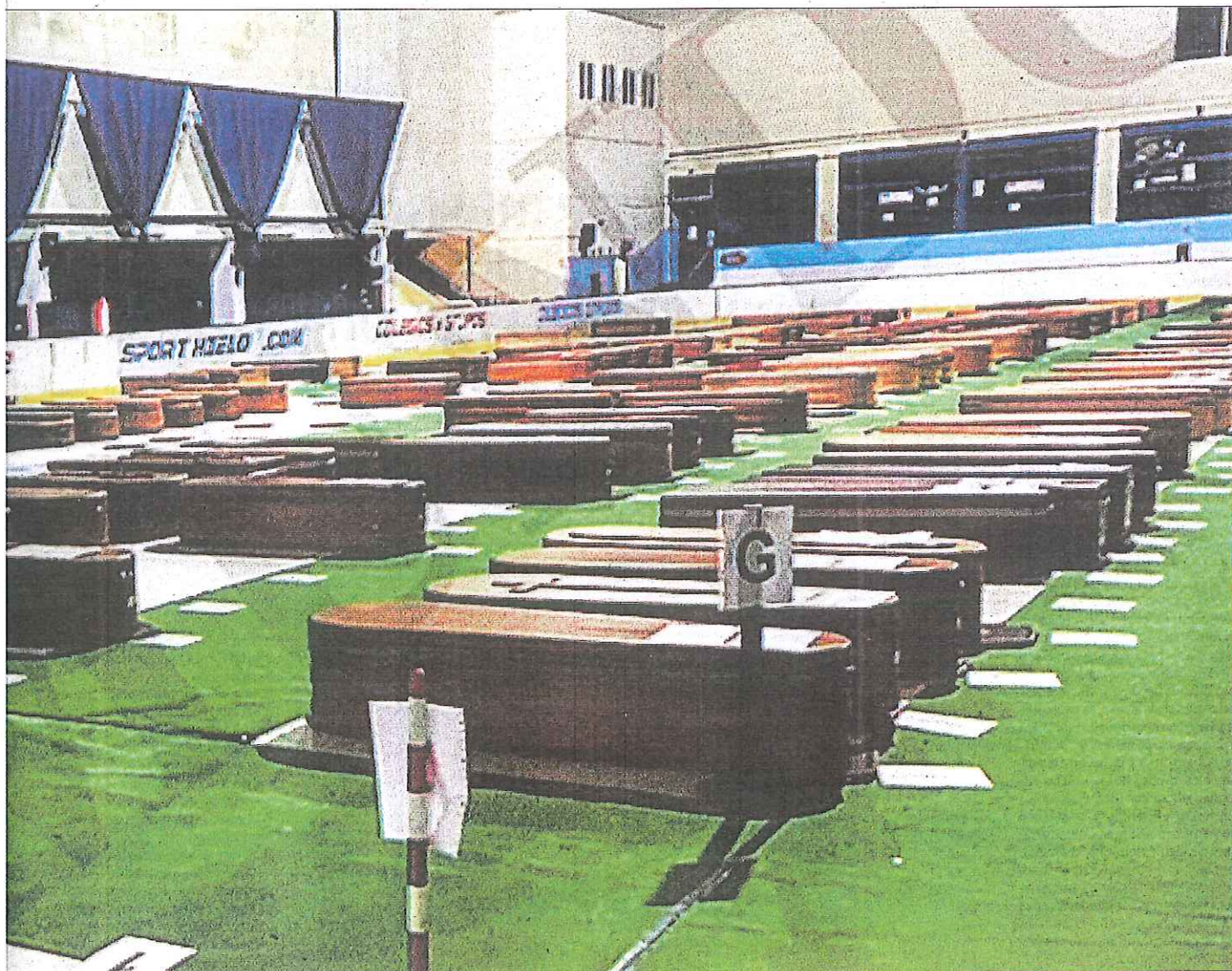
PENDIENTES

SEIS MESES PARA LA NUEVA LEY DE SALUD PÚBLICA

La Comisión de Sanidad del Congreso dio ayer luz verde al texto normativo que actualiza la Ley de Salud Pública de 2011 y contempla la futura de la Agencia Estatal de Salud Pública. La legislación diseñó hace casi 14 años un sistema integral con tres elementos clave: una estrategia de Salud Pública, una red de vigilancia y un centro estatal. Ayer la comisión mandó a tramitar al Parlamento la ley con 34 votos a favor (el único grupo que lo hizo en contra fue Vox). Javier Padilla, secretario de Estado de Sanidad, en una entrevista con este medio, asegura que «no tardará más de seis meses», porque el consenso «elevado» va a facilitar los pasos.

PRIMER PLANO

CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA



organismo. «Por eso, este tipo de pacientes aún precisa control de Cardiología y Neurología tiempo después», asegura Ruiz Seco. Secuelas que Carlos sufre junto a los recuerdos que no ha dejado a un lado: «En ocasiones me he tenido que salir del hospital porque se me venía todo lo malo: lo que se escuchaba en los pasillos, los lloros y los gritos; despertarte al siguiente día y que el compañero ya no estaba».

► **VACUNAS.** Para Martínez Olmos, otro hito fundamental para poder hacer frente a una posible amenaza microbiológica global es contar con «una autonomía estratégica en vacunas y apostar por hacer real que las compañías farmacéuticas que se comprometan puedan tener apoyo para asegurar el suministro de medicamentos esenciales».

«La pandemia puso en relieve que la industria biotecnológica, y más en concreto la de investigación, desarrollo y producción de vacunas, es

clave para la autonomía estratégica europea, máxime en un escenario global marcado por tensiones geopolíticas y posibles amenazas sanitarias; y debe ser un sector estratégico para España», apunta Carles Fàbrega, director de la División de Salud Humana de la compañía Hlpra. «La apuesta por este sector debería ser decidida y priorizada en los presupuestos gubernamentales a todos los niveles, y así posicionar a España como un referente en Biomedicina y Biotecnología en Europa», añade.

► **RETOS.** Ildefonso Hernández echa en falta distintas medidas de cara a futuras crisis, como el refuerzo de los sistemas de Salud Pública y de Atención Primaria, en los que «en lugar de ir hacia adelante se va para atrás porque las comunidades autónomas obvian ambas partes».

Además, también reclama «una política de salud digna de tal nombre que reduzca drásticamente la

carga de enfermedad crónica que convierte a millones de ciudadanos en personas en situación de vulnerabilidad ante otra pandemia».

Por otro lado, lamenta, tampoco «se ha avanzado en capacidades estratégicas nacionales en investigación y producción de vacunas, de pruebas diagnósticas, de dispositi-

vos de protección y tratamientos, etc.», indica. «Justo cuando se discute sobre inversión en seguridad, se podría estudiar cómo insertar dentro de la defensa cuestiones de prevención y respuesta a ataques frente a agentes infecciosos, tóxicos y similares para invertir en investigación, lo que daría más capacidades a España en este terreno».

En esta línea, López-Gófi añade que «ahora que se habla de invertir un 2% del PIB en armamento, hay que recordar que un pequeño virus puede ser mucho más peligroso y mortal que el dictador más sanguinario. No voy a entrar en si hay que hacer o no esa inversión en defensa, pero ojalá también invirtamos una cantidad similar en ciencia. Porque lo que sabemos es que fue la ciencia y la tecnología las que acortaron los tiempos y la intensidad

de la pandemia».

► POLÍTICA.

«Una cosa está clara: un lustro después, con la salida de EEUU de la OMS, el mundo es más débil en el abordaje de una nueva pandemia», señala Martínez Olmos, quien subraya que este hecho supone «un desastre para la salud global». Cuando se trata de alertas sanitarias globales «la respuesta local y nacional es necesaria, pero debe incardinarse en una estrategia global. En este momento, la crispación y la falta de cooperación entre los distintos sectores políticos es muchísimo mayor que hace cinco años. En ese sentido hemos ido para atrás tanto a nivel nacional como internacional. Y esa es la peor situación para nosotros y la mejor para los virus. Porque ya hemos visto que en estas crisis hay que actuar siempre de manera rápida y conjunta», concluye López-Gófi.

El Palacio de Hielo albergó los féretros de los fallecidos.

FERNANDO LÁZARO

«LA SANIDAD PÚBLICA ESTÁ DESATENDIDA PESE A QUE ES CLAVE PARA AFRONTAR ESTE TIPO DE AMENAZAS»

«CON LA SALIDA DE EEUU DE LA OMS EL MUNDO ES MÁS VULNERABLE A UNA PANDEMIA»

PRIMER PLANO

CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA

PILAR PÉREZ MADRID

Hace cinco años Javier Padilla sufrió los estragos de la pandemia como médico de atención primaria en un centro de salud de la Comunidad de Madrid. Hace más de un año que, tras su paso por la Asamblea de la región, llegó a la Secretaría de Estado de Sanidad como mano derecha de Mónica García. Su perfil técnico especializado en Medicina de Familia y Comunitaria, con un máster en Salud Pública, así como en Economía de la Salud y del Medicamento, le coloca como autoridad para desglosar los deberes y las fortalezas del sistema sanitario que hace cinco años se vio golpeado por la pandemia.

Pregunta. ¿Qué recuerda del inicio de la pandemia antes de la declaración del estado de alarma?
Respuesta. Tengo un recuerdo de la semana previa al decreto y de las anteriores. Era una sensación de una creciente indefensión, por decirlo de alguna manera. Estar en el centro de salud y como las recomendaciones estaban muy delimitadas a la procedencia geográfica, había una cierta sensación de calma. Pero llegó un momento en el que se vio que no era así, y en los centros de salud hubo un nivel de desprotección muy grande.
P. ¿Y cuando llega al confinamiento?
R. La gran mayoría de los pacientes iban a los centros de salud, también había atención telefónica y domiciliaria. Pero no solo por el Covid, porque recordemos había mucha enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca...) que no siempre podía posponerse y había que seguir viéndola presencialmente. Otro momento clave es cuando se abre el hospital de Ifema, porque las plantillas nos quedamos más mermadas, ya que en esa primera ola se contagiaron muchos profesionales sanitarios.

P. ¿Usted también?
R. Sí. Recuerdo pasarlo solo en casa con el pulsímetro en el dedo porque notaba que me faltaba el aire. Mi pareja, que estaba de excedencia porque mi hija nació prematura, se había ido con sus padres dos días antes del estado de alarma.

P. Como médico, ¿qué mensajes echó de menos entonces por parte de las autoridades?

R. Certezas. Lo que pasa es que cuando realmente no las tienes es una irresponsabilidad transmitir las. Pero, aquí hay opiniones para todos los gustos. Es verdad que todos queríamos saber cuándo iba a bajar la curva.

P. ¿Y en cuanto a las decisiones?
R. En realidad, aquí deberíamos pensar cuáles son las decisiones concretas que con anterioridad al Covid deberían haberse tomado. Durante la pandemia los sistemas de información mejoraron más que en la década anterior.

P. Llegamos sin preparación, pero ¿salimos mejores?

R. En cierto modo. Hay sistemas de información que están mucho mejor dotados para poder hacer segui-

Hace un lustro se enfrentó al Covid como médico de primaria. Hoy destaca las mejoras en vigilancia y reserva estratégica

«HOY EL MAYOR RIESGO DE VIRUS PANDÉMICO ES LA GRIPE AVIAR EN EL PEOR CONTEXTO POLÍTICO»

JAVIER PADILLA

SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD



SERGIO ENRÍQUEZ NISTAL

miento diario y la evolución de un proceso epidémico. Lo vimos este verano con la amenaza de mpox [antes víruela del mono], que pasamos de informes quinquenales a dos a la semana. Esto es gracias a la mejora de los sistemas de vigilancia y la estructura de colaboración entre el Centro Nacional de Microbiología, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Dirección de Salud Pública y las comunidades autónomas.

P. Pero seguimos sin la Agencia de Salud Pública...

R. En 2011 se aprobó la Ley General de Salud Pública y había tres ítems que tenían que transformar sus servicios de salud pública: la estrategia nacional, la red de vigilancia y la agencia/centro nacional. La primera se aprobó en junio de 2022, 11 años después; la red en junio de 2024, 13 años después; y la agencia la vamos a aprobar ahora, cinco años después de la pandemia. Irá por el trámite de urgencia y podría estar en unos seis meses.

P. Junto a Pedro Gullón, actual director de Salud Pública, publican en la primera ola *Epidemiología* (Capitán Swing Libros), donde reflexionan sobre todo esto. ¿Sigue vigente?

R. Hoy escribiríamos un libro muy parecido. Hay varios elementos fundamentales desde un punto de vista estructural para la preparación de los sistemas fuera de los momentos de crisis para afrontarlas cuando lleguen.

P. ¿Y hemos mejorado ya esas estructuras críticas?

R. Sí que se ha avanzado de forma notable en la preparación y la respuesta en los centros sanitarios con protocolos sobre qué hacer. También tenemos una reserva estratégica encomendada desde 2023 al Instituto de Gestión Sanitaria, conjuntamente con el Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo y el Ministerio de Defensa. De hecho, hay parte de ello almacenado en dependencias de esta cartera. No tener antibióticos ante un conflicto bélico o ante una gran catástrofe natural imposibilita la realización de una cirugía. Hay ciertos medicamentos que no podemos no tener y al tiempo depender de las cadenas de distribución internacionales.

P. Esto está vinculado a la propuesta europea de autonomía estratégica...

R. Sí, a través del proyecto de la ley de industria está la creación y desarrollo de la Recapi, que es justamente esa reserva estratégica de capacidades, que va de la mano de otros elementos que en el sector del medicamento están ahora mismo muy en boga, como es todo lo que está a nivel europeo con la *Critical Medical Act*. Se publicó una carta de 11 ministros y ministras de Salud, entre los cuales está Mónica García, pidiendo a Europa que la inversión y el gasto en medicamentos críticos sea considerado también un gasto de defensa. Son diferentes caminos que van hacia lo

PRIMER PLANO

CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA

mismo: mejorar la capacidad de producción regional de los fármacos que, en situación de crisis, son verdaderamente críticos.

P. ¿Aquí tenemos una fortaleza?

R. Tenemos 172 plantas de medicamentos humanos y veterinarios. Muchas de ellas hacen cosas únicas. Hubo dos aprendizajes muy concretos que fueron clave: la posibilidad de reconfiguración de farmacéuticas de veterinaria a humana, como Hipra, y que cuando hizo falta muchas vinieron a preguntar qué hacía falta. Eso nos muestra un tejido industrial con capacidad para poner al servicio de la población.

P. Sanidad ejerció el mando en sus competencias, ¿por qué Asuntos Sociales no lo hizo con las residencias?

R. Los centros sociosanitarios fueron un gran foco de mortalidad y ahora mismo sí que se ha avanzado durante la legislatura en una propuesta por parte de la cartera de Derechos Sociales sobre cómo tienen que ser estos centros y cómo se ha de garantizar que una persona en un centro sociosanitario en una situación de pandemia tenga los mismos derechos que si estuviera en su casa. Hay comunidades autónomas que hoy día no podrían garantizar esto todavía. Porque no debemos olvidar que la mayoría de las epidemias con las que nos vamos a topar en el futuro van a ser más lesivas y letales en la población mayor. En las residencias se dan tres elementos fundamentales: vul-

nerabilidad clínica (tienen otras enfermedades asociadas), social (la transmisión es más fácil) y de servicios públicos (hay que diseñar bien la coordinación entre atención primaria y estos centros). La labor del Ministerio de Sanidad no es comparable a ningún otro ministerio, ya que intentó con sus medidas frenar las dinámicas de transmisión.

P. En el mencionado libro, hace re-

te de todos. Ahora mismo hay mucho más conocimiento en todo esto como para hacer un uso torticero.

P. El sistema sanitario, sus profesionales, sostuvieron el golpe. ¿Su carácter resiliente lo salvó?

R. Las crisis forman parte de nuestro propio ADN: lo normal es que siempre esté en crisis. Esto significa que no va a tener nunca un sistema de confort. Si que hemos consegui-

do en 2020 por todo lo expuesto y por los aprendizajes sociales y personales. Pero nunca se está del todo. ¿Cuántos fallecimientos sería estar preparado? Nos resignamos a contestar. Si bien es cierto que si ahora mismo llegara una pandemia de este tipo (una infección respiratoria) en el caso de que se diera una saturación de los servicios de salud y de tener que adaptar las estructu-

P. Entonces, llegamos mejor, pero todavía con deberes pendientes...

R. Decir que estamos preparados y echarnos a dormir es una irresponsabilidad. Lo que toca es seguir mejorando las formas de coordinación, cómo ampliar esas reservas estratégicas y también continuar con los sistemas de salud pública. Pero no debemos olvidarnos de las personas que lo han de ejecutar todo: debemos mejorar las condiciones de los trabajadores de la salud para que estos servicios de vigilancia epidemiológica sean un lugar atractivo. La gente ya sabe lo que es un epidemiólogo, ahora queremos que decidan ejercer como tal. [La especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública dejó 12 vacantes en primera vuelta el año pasado en la elección de plazas MIR].

P. Y si la siguiente crisis sanitaria es de gripe aviar y llega de EEUU...

R. Ahora mismo, el mayor riesgo de virus pandémico es ese. Y lo es en el peor contexto político posible. Con un alto representante sanitario que dice que el sarampión se cura con vitamina A. Más allá, tenemos un problema de información. Porque un gobierno que se emancipa de los órganos de gobernanza globales en materia de salud es un riesgo. Recordemos todo lo que se escribió de China en 2020. ¿Quién garantiza ahora que EEUU sea más transparente? Estamos ante una crisis de las instituciones muy grave.



«ESTAMOS MEJOR QUE EN 2020. LA RESERVA ESTRATÉGICA DE MATERIAL ES UN ADELANTO NOTABLE»

«EN LA PANDEMIA LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN MEJORARON MÁS QUE EN LA DÉCADA ANTERIOR»

ferencia a la importancia de los datos. Fueron un talón de Aquiles y hubo un uso político...

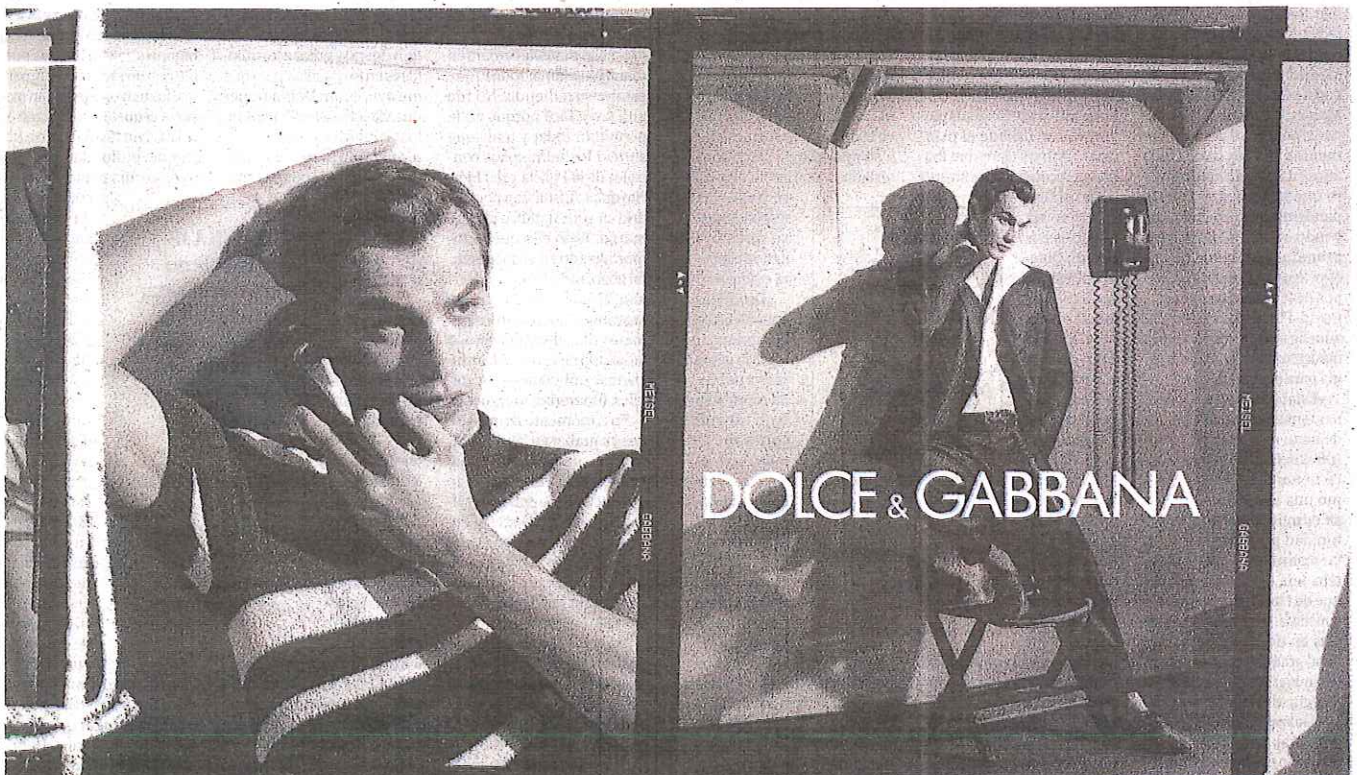
R. Hoy tenemos un nivel de acuerdo mucho mayor en cuáles son los indicadores que se recogen y, además, también creo que tenemos una familiarización mucho mayor por par-

do que sea más flexible. Trabajamos en la reforma del Estatuto Marco. Pero también debemos incentivar que haya más profesionales que se decanten por la Salud Pública.

P. ¿España está preparada ahora para la siguiente pandemia?

R. Estamos mejor preparados que

ras (unidades de reanimación, cuidado de enfermos críticos) no tendríamos el factor de restricción que hubo entonces: la ausencia de respiradores. Esto nos impidió ampliar nuestras capacidades. La reserva estratégica de material es una mejora muy notable con respecto a 2020.



PRIMER PLANO

CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA



JAVIER BARBANCHO

ALEJANDRO MONTERO BOMBERO

«LA LECCIÓN ES QUE NADIE DEBE MORIR SOLO»

ANA DEL BARRIO MADRID
«Recoger cadáveres fue lo que nos salvó». La frase suena con toda su crudeza mientras un diluvio universal azota las paredes de este parque de bomberos de la Comunidad de Madrid, situado en la localidad de Las Rozas. Alejandro Montero se dispone a recordar aquellos dolorosos momentos vividos hace cinco años cuando el mundo entero quedó atenazado por la pandemia del coronavirus. Él y todo su equipo fueron los primeros bomberos que se ofrecieron a trasladar los cuerpos de los fallecidos por el Covid. Paradojas de la vida, aquella terrible misión fue lo que les fortaleció y les dio energía para seguir adelante.

«Estaba todo parado y apenas teníamos salidas. No nos dejaban relacionarnos y nosotros necesitamos tener contacto humano. Y así fue cómo una situación durísima se convirtió en una oportunidad para conectar y estar más unidos», relata Montero, jefe de equipo del parque de Las Rozas. Su trabajo consistía en ir a las residencias en dos furgonetas con ocho ataúdes cada una para llevar los restos mortales a la morgue del Palacio de Cristal. Realizaban siempre el mismo ritual: primero, rociaban el cuerpo con lejía y lo metían en una bolsa con una crema-

ltera. Después, volvían a rociar la mortaja con lejía y la colocaban dentro de un sudario. Y, por último, echaban de nuevo lejía en el ataúd y allí introducían el sudario.

Este bombero quiere lanzar un mensaje tranquilizador a las familias que no se pudieron despedir de sus progenitores: «Desde el principio tuvimos claro que íbamos a recoger los cadáveres

MUERTES
«Recogimos cada cadáver como si fuese el de nuestro padre. Les dimos cariño»

CONTAGIOS
«Me dijeron que debía aislar en su habitación a mi hija de 5 años y me negué a hacerlo»

como si fuesen los de nuestros parientes. Quería que esto lo sepa todo el mundo. Tratamos a cada uno de los cuerpos como si fuese el de nuestro padre y te garantizo que eso fue así. Mirábamos sus fotos, las poníamos boca abajo y les dábamos todo nuestro cariño hasta que los depositábamos en sus ataúdes», relata emocionado.

También ellos —que parecen tan fuertes e invencibles— tuvieron que recibir ayuda psicológica para sobrevivir a la tragedia. «Los psicólogos venían y con ellos soltábamos

toda la mierda y el estrés acumulado. Pero la terapia en el cuerpo de bomberos parte siempre de nosotros. Estamos muy unidos y lo hablamos todo entre nosotros», explica.

A este bombero de 1,88 metros con 18 años de trayectoria a sus espaldas no le importa reconocer que se rompió y lloró más de una y de dos veces. «Hay que llorar también. Mi mujer me ha hecho más humano e igual que me ha enseñado a disculparme, también me ha enseñado a llorar. Y es algo que yo le digo a mi hijo: «Si lloras no eres más débil sino todo lo contrario, te estás fortaleciendo», confiesa. Todos los bomberos se contagiaron y él mismo lo hizo hasta tres veces. Sus hijos también se infectaron y el médico le dijo que tenía que dejar a su pequeña de cinco años aislada en una habitación. Él se negó y le respondió que se quedaría junto a ella para cuidarla.

¿Lecciones aprendidas de la pandemia? «Que la gente mayor no puede morir sola bajo ningún concepto. El miedo atenazó a la sociedad y abandonamos a los más desvalidos. Eso me destrozaba. ¿Por qué no les permitieron llevarse a casa a sus familiares? Si mi madre hubiera muerto así, yo estaría muy enfadado». Todavía espera que alguien pida perdón por lo que pasó y que pronuncie las palabras mágicas: «Lo siento, nos equivocamos».



ALEJANDRO LOAYZA

NEREA BARROS ACTRIZ Y ENFERMERA

«VER FALLECER A TANTA GENTE ME CAMBIÓ»

A.D.B. MADRID
Ella fue una de las pocas personas que nunca se quedó en casa. Desde el primer momento, Nerea Barros —ganadora de un Goya por *La isla mínima*— salió a la calle cámara en mano para filmar todo lo que estaba sucediendo. No fue una tarea fácil porque no le permitían rodar y tenía que sortear los numerosos controles de la Policía y del Ejército que se instalaron por Madrid en aquel fatídico mes de marzo. Todo ello quedó inmortalizado en el documental 2020, rodado junto a Hernán Zin —reportero de guerra argentino— que reflejó los primeros días de aquel estado de alarma desde todas las trincheras: ambulancias, hospitales, funerarias, morgues...

En el momento en que empezó a grabar en las residencias, fue cuando Barros se dio cuenta de la gravedad de lo que sucedía. Le dolía en el alma el goteo de muertes silenciosas de los ancianos y decidió volver a vestirse los hábitos de enfermera para trabajar en la residencia Santa Sofía de Las Rozas.

Si tiene que recordar lo que pasó en aquellos momentos atroces le viene a la cabeza el olor a lejía y a muerte y esa sensación dantesca de estar sufriendo el fin del mundo. Convivir todos los días con el horror es algo que te marca

para siempre. «Había momentos en los que el enfermo tenía una parada cardiorrespiratoria y no había oxígeno en la habitación. Entonces, tenía que salir a agarrar una bala de oxígeno y gritar a los auxiliares en los pasillos para que me ayudaran. Debía poner una vía a toda leche para intentar revivir ese pulmón como fuera. Al personal sanitario también le entraban ata-

ques de pánico», recuerda. El horror se traducía en esos instantes en los que lo único que podía hacer la intérprete era agarrar la mano de alguna persona mayor y decirle que estaba ahí. Y también en ese aterrador momento en el que había que marcar el número de teléfono de los familiares para comunicarles que su padre o su abuelo había fallecido: «Lloraban todos desesperados porque no habían podido estar ahí para darles un abrazo».

No se olvida de algunas caras, como la de aquella mujer

que padecía una úlcera de decúbito muy grande y Barros le practicaba una cura todos los días. «Yo ponía mogollón de empuño en tratarla y me despertaba muchísima ternura. Un día llegué y se había ido. Me pegué una llorera tremenda. Mis compañeros me decían que no me lo podía tomar así, pero somos humanos». La actriz también recuerda que muchos mayores le contaban que no querían seguir viviendo así porque no podían salir a la calle ni ver a sus hijos.

En medio de tanto espanto también se acuerda de algunos momentos de cierta felicidad cuando en la residencia organizaban un baile de pueblo con un radiocassette para que los mayores pudieran mover el esqueleto y distraerse.

El Covid ha marcado a Barros tan profundamente que toda su obra posterior se en-

HOMENAJE
«Este país no pone en el lugar que se merece a los abuelos. Habría que honrarlos»

OCIO
«Montábamos bailes de pueblo por las tardes para que los mayores se movieran»

cuentra basada en lo que sucedió hace cinco años. «Ver morir a tantísima gente me cambió por completo. Hay un legado de esas personas que estamos olvidando», reivindica. Por eso, actualmente está rodando *Raíces d'Agua*, su primer largometraje como directora en el que narra la historia de dos ancianos que inician un viaje por la costa valenciana a través de su memoria. «Este país no pone en el lugar que se merece a los ancianos. Habría que honrar a todos los que murieron», concluye.

PRIMER PLANO

CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA



ALBERTO DI LOLLI

JULIO RUIZ PALOMINO
MÉDICO DEL SUMMA 112

«CON EL ZENDAL ESTAMOS MÁS PREPARADOS»

A.D.B. MADRID
Este sanitario era de los pocos que estaba familiarizado con las graves enfermedades infecciosas, ya que fue el encargado de trasladar a los sacerdotes que contrajeron el ébola en Camerún—una dolencia con una mortalidad del 50%—desde el aeropuerto de Barajas hasta el hospital Carlos III, además de transportar también a enfermos de la fiebre hemorrágica de Crímea-Congo.

Pero por mucha experiencia que Julio Ruiz Palomino tuviera en su trayectoria nada le preparó para el tsunami del coronavirus que se avecinaba y que se llevó a su paso todo lo que encontró por delante.

Su tarea consistía en trasladar en ambulancia a los enfermos más críticos desde sus viviendas o de los hospitales secundarios hasta los grandes: «Levábamos a los enfermos más graves con neumonías bilaterales en los dos pulmones. A veces no sabíamos el grado de infección que tenían. Iba a las UVI llenas de pacientes gravísimos y volvía a casa, pero por mucho que te quitaras la ropa...», indica.

Por eso, Ruiz Palomino tomó la decisión de irse a vivir a una autocaravana que aparcó en la puerta de su residencia. Desde allí vigilaba a sus dos hijos y todavía tenía tiempo de regañarles y

decirles que no jugaran tanto tiempo a la PlayStation.

Lo más impactante era acudir a las viviendas y ver esas caras aterrorizadas o atender a familias enteras contagiadas. Allí vivió de primera mano la actuación heroica de muchos mayores que le rogaron que no les llevaran al hospital porque sabían que no tenían posibilidades. Todavía guarda en su retina algunos de esos rostros, como el de una señora mayor que le pidió el teléfono para hablar con su hijo. «Le dijo que estaba muy orgullosa de él y que le hubiese gustado ver más a sus nietos. Se estaba despidiendo y yo con el teléfono temblando en la mano. Estaba muy entera», evoca. La mujer se encontraba junto a su marido, los dos con fiebre y tosiendo, y allí les dejó con oxígeno para cuatro horas sabiendo que ambos iban a fallecer. «Acudíamos a cualquier aviso y se me moría la gente en los brazos».

DEFUNCIONES
«Íbamos en la ambulancia con cada aviso y se me moría la gente en los brazos»

POLÉMICA
«No se dejó morir solos a los ancianos en las residencias ni muchísimo menos»

de túnel. «Comenzamos a comprobar que los pacientes se curaban. Ahora estamos más preparados ante nuevas pandemias con el hospital Zendal, listo para activarse ante cualquier emergencia».

Nosotros teníamos oxígeno en la ambulancia, pero en los hospitales no había y, a veces, dejábamos a los pacientes sentados en una silla». Uno de los momentos más críticos que sufrió fue cuando tuvo que trasladar de urgencia a Puerta de Hierro a su propio compañero, que se encontraba en un quirófano en Arganda: «Le intubé y le puse un respirador. Si te equivocabas sabías que podía morir y un compañero es más que un familiar. Ahora está vivo y dando clases».

Ruiz Palomino desmiente que se dejase morir a los ancianos en las residencias y asegura que «se hizo muchísimo». Pero también admite que había que hacer un triaje para ver quién era el candidato ideal para subirse a cada UVI móvil. «Si hubiésemos llevado a algunos pacientes de 80 años a un hospital, se hubieran quedado dos meses en la UVI, y se hubiesen muerto. Estábamos quitando opciones a enfermos de 50 años. Pero si tenían alguna posibilidad y buena calidad de vida, sí que les trasladábamos», confiesa.

Cuando se montó el hospital de campaña en Ifema, este médico empezó a ver la luz al final

de túnel. «Comenzamos a comprobar que los pacientes se curaban. Ahora estamos más preparados ante nuevas pandemias con el hospital Zendal, listo para activarse ante cualquier emergencia».



ALBERTO DI LOLLI

JOSÉ PALACIOS
PATÓLOGO

«ME IMPACTABA QUE SE FUESEN TAN RÁPIDO»

A.D.B. MADRID
Este médico del hospital Ramón y Cajal tuvo la difícil misión de ser de los primeros en realizar las autopsias de los fallecidos por el Covid para entender mejor cómo actuaba esta enfermedad que sorprendió en su día a toda la comunidad científica.

En un principio no se realizaban autopsias por motivos de seguridad, ya que los cuerpos podían seguir contagiando una vez fallecidos. Tampoco había disponibilidad de trajes de protección EPI por lo que hasta mediados del mes de abril de 2020 no se practicaron los primeros exámenes anatómicos.

En aquellos tiempos las especialidades médicas saltaron por los aires y los sanitarios se pusieron a remar donde más se necesitaba. Los patólogos—que se encargan del estudio de las lesiones del cuerpo humano mediante las muestras extraídas del mismo—pasaron a reforzar las plantas o a dar soporte en los laboratorios de microbiología o de bioquímica.

Pepe Palacios se contagió de coronavirus muy al principio por lo que tuvo que permanecer tres semanas confinado tras declararse el Estado de Alarma. El jefe de Anatomía Patológica del Hospital Ramón y Cajal recuerda aquellos primeros días de

desconcierto como los más complicados: «Fueron tres semanas de mucho agobio. Eran momentos muy duros porque había muchos fallecimientos. La sala de autopsias servía como morgue».

Cuando los médicos clínicos lograron estabilizar la situación, empezaron a pedir a los patólogos que realizaran autopsias con el fin de contar con más datos sobre

el coronavirus e intentar averiguar los motivos de la muerte de enfermos que no ingresaban demasiado graves y, en cuestión de muy poco tiempo, sufrían un agravamiento. «Se iban a la UCI y fallecían de forma inmediata. Entre que pasabas la visita de un lado a otro, ya habían muerto. Eso me impactaba», asevera.

El Ramón y Cajal fue un hospital pionero en este sentido y el primero en realizar las disecciones de los fallecidos de covid y, luego, se fueron incorporando el res-

to de centros médicos. «En la primera autopsia se estudió la evolución de un paciente y cómo en su patología pulmonar había lesiones que iban de la fase inflamatoria a la fibrosis pulmonar y se explicaba por qué el enfermo no había podido salir adelante», explica Palacios.

Las autopsias de los hospitales tienen que ser solicitadas por los médicos clínicos y autorizadas por las familias y se realizan con fines médicos y científicos. Por lo tanto, no tienen nada que ver con las que ejecutan los forenses por orden judicial cuando hay una sospecha de muerte violenta o dudosa.

El departamento del Ramón y Cajal realizó más de 30 autopsias en un año, sobre todo, de los enfermos procedentes de las UCI que morían en fase aguda. «Tardamos alrededor de dos horas en llevarlas a cabo y en ellas participan dos patólogos, un técnico de apoyo y los residentes que se están formando en esos momentos», indica.

Palacios no descarta que lleguen nuevas pandemias en el futuro porque las enfermedades infecciosas siguen avanzando.

También se muestra convencido de que los hospitales están mejor preparados organizativamente y que los pasos que se dieron en su día se podrán implementar de manera más rápida.

ANÁLISIS
«Fuimos los primeros en practicar autopsias a los muertos de coronavirus»

HOSPITALES
«Estamos mejor organizados para las pandemias que vengan»

La nueva Plataforma por la Sanidad Pública de Soria anima a su adhesión

La entidad, que busca defender un «derecho fundamental», hace un llamamiento ciudadano / La próxima asamblea será el 27 de marzo, donde se avanzará en la estructura

MILAGROS HERVADA SORIA
Soria ya cuenta con su Plataforma por la Sanidad Pública. En la segunda asamblea ciudadana celebrada el 13 de marzo, se tomó la decisión de constituir la formalmente con el propósito de defender una sanidad pública, gratuita, universal y de calidad en la provincia. La iniciativa surge tras la convocatoria de los sindicatos UGT y Comisiones Obreras, como respuesta a lo que consideran creciente deterioro del sistema sanitario tanto en Soria como en el conjunto de Castilla y León, y busca unir a la ciudadanía en la lucha por garantizar este derecho fundamental.

La Plataforma hace un llamamiento a toda la población, así como a colectivos sociales, asociaciones, sindicatos y partidos políticos, para que se sumen a esta causa común. «Porque la sanidad pública es un derecho, no un privilegio, defendámosla juntas y juntos», declararon sus impulsores.

El germen de la plataforma se gestó en la primera asamblea ciudadana del pasado 6 de marzo en el Palacio de la Audiencia, que contó con la presencia de ciudadanos, asociaciones, sindicatos y partidos políticos. El interés y compromiso mostrado en aquella reunión llevó a la convocatoria de una segunda asamblea, en la que se dio el paso definitivo para formalizar la plataforma y establecer sus objetivos prioritarios.

Principalmente exigir un modelo de sanidad pública, gratuita, universal y de calidad, así como garantizar el acceso equitativo a la sanidad en todo el territorio, incluyendo la reapertura y dotación suficiente de consultorios rurales. El movimiento ciudadano incide en la necesidad de poner en marcha la unidad de radioterapia en Soria



La Plataforma por la Sanidad Pública de Soria nació en una asamblea ciudadana. MARIO TEJEDOR

El germen de la plataforma se gestó el pasado 6 de marzo

Exige un modelo sanitario público, gratuito, universal y de calidad

con los recursos técnicos y humanos necesarios, además de reducir las listas de espera en atención primaria y especializada mediante medios públicos.

Entre sus objetivos está mejorar la atención en especialidades como salud mental, fisioterapia u odontología. «hoy frecuentemente derivadas al sector privado», lamenta la plataforma, así como incentivar los puestos sanitarios de difícil cobertura para evitar la fuga de profesionales y garantizar servicios como el transporte sanitario público eficiente.

Además, reclama el mantenimiento y aprovechamiento funcional del hospital Virgen del Mirón, la cobertura de plazas sanitarias en todas las zonas básicas de salud y medidas de apoyo a pacientes y familias, como la indemnización por desplazamientos o la cobertura de gastos en caso de fa-

llecimiento fuera de la provincia.

Para adherirse a la iniciativa, se ha habilitado el correo electrónico plataformasanidadsoria@gmail.com y la próxima asamblea ciudadana está programada para el jueves 27 de marzo, a las 18:00 horas, en los locales del Ayuntamiento de Soria, donde se avanzará en la organización y estructura del movimiento.

Con esta constitución, la Plataforma por la Sanidad Pública de Soria se posiciona como un actor clave en la defensa de un sistema sanitario que priorice a las personas sobre los intereses económicos, abogando por una provincia donde la salud sea accesible para todos.

El PP reclama a la ministra Saiz que se reúna con los empresarios

SORIA
Los portavoces del Partido Popular en la Comisión de Despoblación y Reto Demográfico, Emma Buj de Teruel y José Manuel Hernández de Soria, han escrito a la ministra de Inclusión Social, Seguridad Social y Migraciones, Elma Saiz, el motivo por el que no se reúne con los responsables de las patronales de las tres provincias más despobladas del país.

Buj y Hernández recordaron que la ministra Saiz citó a los representantes empresariales de Teruel, Cuenca y Soria el pasado 21 de mayo de 2024, el mismo día que se debatía en el Senado una moción presentada por el Partido Popular para incrementar las Ayudas al Funcionamiento de las empresas hasta el 20 por ciento, porcentaje máximo permitido por la UE y en la cual el Partido Socialista se abstuvo.

«En aquel momento ya denunciábamos que la coincidencia de fechas daba a entender una maniobra de distracción del Gobierno de Sánchez más que un interés sincero por abordar de una vez un tema clave para las tres provincias, lamentablemente el tiempo nos ha dado la razón», afirmó Buj, quien recordó que en aquella cita de mayo la ministra no adquirió ningún compromiso sobre el incremento de las ayudas y se empezó a volver a reunirse tras el verano.

A fecha de hoy, según la parlamentaria turolense, ese encuentro sigue sin fecha, y el Gobierno sigue dando largas a un tema que podría ser un balón de oxígeno para las tres provincias con menos densidad de población de España. Por su parte Hernández afirmó que cada día que pasa sin que se aplique al máximo las Ayudas al Funcionamiento es un día perdido para que los empresarios y autónomos puedan generar empleo.

Junta de Castilla y León

PROCESO DE ADMISIÓN DEL PRIMER CICLO DE

Educación Infantil

Del 14 al 31 de marzo de 2025 (hasta las 14.00 h)

Castilla y León, nuestra Educación la primero

educacyl Portal de Educación

CASTILLA Y LEÓN

Movilización en defensa de la Sanidad

La capital del Pisuerga alberga la manifestación de protesta, convocada por UGT y CCOO y en la que participarán también plataformas sanitarias y otros colectivos

VALLADOLID
Las calles de Valladolid serán hoy sábado escenario de una manifestación en defensa de la sanidad pública de Castilla y León convocada a finales de enero por los sindicatos UGT y CCOO y a la que, paulatinamente, se han ido adhiriendo formaciones políticas y otros colectivos para exigir a la Junta que actúe ante las «listas de espera interminables», una ley de blindaje «que es un paripé» y una «mala retribución» de los profesionales, tal y como detallaron las organizaciones convocantes el día del anuncio de esta movilización.

De la mano de las plataformas en defensa de la sanidad, se trata de una movilización en la que tanto usuarios como sanitarios saldrán a las calles para protestar por la «acción de la Consejería de Sanidad y del Gobierno regional». Los motivos, según los convocantes, son «porque el presupuesto que se comprometió el presidente no existe, porque la ley del blindaje de la sanidad pública no es más que un paripé, porque no hay mejoras laborales para los trabajadores, sino todo lo contrario, porque las listas de espera cada vez son mayores, porque la Consejería de Sanidad no invierte en recursos pro-

prios y cada vez hace más derivaciones para capitalizar el sistema de sanidad privado y descapitalizar la sanidad pública de nuestra región y porque, además, hemos entrado en una dinámica en la que las listas de espera han entrado en una situación de un modelo nuevo y diferente».

El día del anuncio de la manifestación, tal y como recogió este periódico, los sindicatos convocantes explicaron que hay consultorios «donde a estas alturas no se presta atención sanitaria, donde están cerrados y donde las coberturas de vacantes, tanto en atención primaria como en atención especializada, cada vez se van incrementando más».

«Estamos pasando de que hemos tenido muchos problemas en atención primaria a que el problema se vaya focalizando en los hospitales, donde ya también es difícil encontrar este tipo de profesionales para cubrir las especialidades. Y todo esto se traslada a los ciudadanos».

El procurador de Unidas Podemos y coordinador de Podemos en Castilla y León, Pablo Fernández, hizo ayer un llamamiento a toda la ciudadanía de la Comunidad para que hoy acuda a las 12.00 horas

a la manifestación por la sanidad pública convocada por UGT y CCOO en la plaza de Colón de Valladolid. «Nos sobran los motivos», dijo para salir a las calles y expresa una «rotunda defensa» del sistema público.

En una comparecencia en las Cortes, Pablo Fernández aseguró que los ciudadanos de Castilla y León deben decirle al PP que sus políticas están «destrozando» y «erosionando» la sanidad pública para «privilegiar» a la privada. «La sanidad pública no se vende, se defiende», insistió el procurador 'morado' quien recordó que no es un «negocio» como consideran los 'populares'. De esta forma, denunció el aumento de un 40% en el gasto en la sanidad privada, que ha pasado de 342 a 542 millones de euros.

Esto, continuó el dirigente de Podemos, es una apuesta política del PP por «favorecer» y «privilegiar» a la sanidad privada, mientras deteriora el sistema público. «Sobran los motivos», dijo Pablo Fernández para que hoy haya una afluencia «masiva» a la manifestación que la convierta en «histórica», informa Ical.

Al respecto, el procurador recordó el cierre de consultorios mé-

dicos, la «lacerante» y «sangrante» falta de profesionales, así como las «interminables» listas de espera, que a su juicio obligan a que las consultas de especialistas se dilaten hasta año y medio. A todo ello unió la situación de la Atención Primaria, que recalcó está «al borde del colapso». «La sanidad no se vende se defiende», apostilló Pablo Fernández, que mañana acudirán a la manifestación, junto a dirigentes del PSOE.

Precisamente, el PSOE de Castilla y León hizo este jueves un llamamiento a la población, las organizaciones y los sanitarios «maltratados» para que haya una «movilización masiva» en Valladolid. «Razones no nos faltan», dijo el secretario de Organización del PSCyL, Daniel de la Rosa, para animar a acudir a la protesta, prevista a las 12 horas en la plaza de Colón de la capital del Pisuerga, ya que consideró que el PP «no ha aprendido nada» de la pandemia del coronavirus, que se cobró 20.000 vidas en la Comunidad cuando se cumplen cinco años de su inicio.

Será una nueva jornada de protesta por las calles de la capital vallisoletana, en defensa de una mejora en la Sanidad pública de la Comunidad.

Fernández cree que Mañueco debería ir «a prisión» por el «protocolo de la vergüenza»

VALLADOLID
El procurador de Unidas Podemos y secretario de Organización de Podemos, Pablo Fernández, aseguró ayer que tanto en Castilla y León, como en Madrid, se aplicó un «protocolo de la vergüenza» que impedía, a su juicio, derivar a personas mayores de las residencias a los hospitales durante la pandemia del COVID-19, de la que ahora se cumplen cinco años. Por este motivo, aseguró que el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, debería, en su opinión, estar «en prisión», como la madrileña Isabel Díaz Ayuso.

En una comparecencia en las Cortes, tras la emisión el jueves en Televisión Española del documental '7291' sobre las muertes en residencias de la Comunidad de Madrid en los primeros meses de la crisis sanitaria del coronavirus, Pablo Fernández recordó que en Castilla y León también hubo un protocolo que impidió en su opinión que algunas personas mayores fueran enviadas a los hospitales, por lo que expresó que ojalá también se hiciera un trabajo audiovisual sobre lo sucedido en la Comunidad.

De esta forma, censuró la gestión hecha por la Junta entonces y añadió que el «mayor responsable» de aquello fue el presidente Alfonso Fernández Mañueco, así como la vicepresidenta Isabel Blanco, también consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades. «Parece que en esta comunidad se premia a gente lleva a cabo protocolos de la ignominia», dijo. De esta forma, señaló que Fernández Mañueco, como Díaz Ayuso, deberían estar en prisión porque sus decisiones condujeron a «miles de muertes».

Fue este jueves cuando la consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, Isabel Blanco, valoró la completa gestión en Castilla y León en aquellos «duros» y «difíciles» momentos. «Atendimos a todos donde lo necesitaban, en residencias y hospitales», aseveró al respecto.

La vicepresidenta de la Junta aseveró que en la época pandémica se actuó conforme a lo que se iba conociendo sobre el Covid-19, aunque recalcó que se fue actuando según las medidas de un «mando único», que que correspondía al Gobierno de España.



Toma de posesión de la nueva directora general de Salud Pública. Ical.

Vázquez reconoce «margen de mejora» en una sanidad de «excelente» calidad

VALLADOLID
El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, aseguró ayer que la sanidad pública «tiene margen de mejora» en la Comunidad, a la vez que reconoció «dificultades pun-

tuales» derivadas de la falta de médicos especialistas en el sistema de salud. No obstante, aseguró que estos problemas se están superando gracias a la respuesta de los profesionales y al trabajo en red

por el que unos centros apoyan a otros. En este sentido, aseguró sentirse «orgulloso» del trabajo de todos los sanitarios, a los que agradeció su esfuerzo y compromiso. Además, rechazó la «versión ca-

tastofista» que algunos partidos políticos se «empeñan en trasladar deliberadamente» a la opinión pública, y exigió respeto para el trabajo de los profesionales y de los gestores del sistema sanitario, que son los «verdaderos artífices de nuestra excelente sanidad».

Alejandro Vázquez, que realizó estas declaraciones durante el acto de toma de posesión de la nueva directora general de Salud Pública, Cristina Granda Castro, celebrado en la sede de la Consejería de Sanidad, también refirió a los resultados del Barómetro Sanitario, que sitúan a la sanidad pública de Castilla y León como la segunda mejor valorada y la primera, en el caso de comunidades autónomas pluriprovinciales. El consejero remarcó que los resultados del Barómetro han venido mejorando en los últimos años gracias al trabajo diario de todos los profesionales y recalcó que el objetivo de su departamento es seguir mejorando la «sanidad de todos», informa Ical.

Al mismo tiempo, en el día en el que se cumplían cinco años de la declaración del estado de alarma provocado por la Covid, el consejero hizo referencia a la pandemia y afirmó que «hay que seguir aplaudiendo a los profesionales sanitarios, ya que son el mejor valor que tenemos en Castilla y León».

CASTILLA Y LEÓN

Y el Covid se quedó entre nosotros

UN MILLAR DE PERSONAS SUFREN A DÍA DE HOY DE COVID PERSISTENTE, SÍNTOMAS QUE PUEDEN DURAR AÑOS: «MI VIDA HA CAMBIADO POR COMPLETO»

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
Han pasado cinco años, pero hay quien todavía es incapaz aquellos días pandémicos. Por ese aburrimiento que parecía eterno entre cuatro paredes y que solo se rompía con videollamadas entre amigos, por el inicio del teletrabajo y de clases virtuales, o por esos últimos abrazos que en muchas casas nunca llegaron en forma de despedida. 98 días de encierro total que nos recordaban a Bill Murray en *El día de la marmota*, con la diferencia de que no había tantas posibilidades para cumplir aquello que nos brinda la vida. Si hubo un momento en que Phil Connors logró despertarse en un nuevo día tras superar la confusión y desesperación y encontrar una nueva forma de vivir, hay miles de personas que siguen en un bucle pandémico como afectados por el Covid persistente, un conjunto de síntomas que duran semanas o meses después de la infección inicial, incluso cuando el coronavirus ya no está presente en el interior del cuerpo.

Es un minúsculo organismo es el que hizo temblar los cimientos de la vida de Rosario. A sus 55 años, compaginaba dos trabajos, uno durante los fines de semana como cocinera de un bar en Torrecilla de la Orden -un «negocio familiar» de 36 años, como detalla-, y el otro de lunes a viernes como conserje en la Junta de Castilla y León. Pero en octubre de 2020, la fiebre y

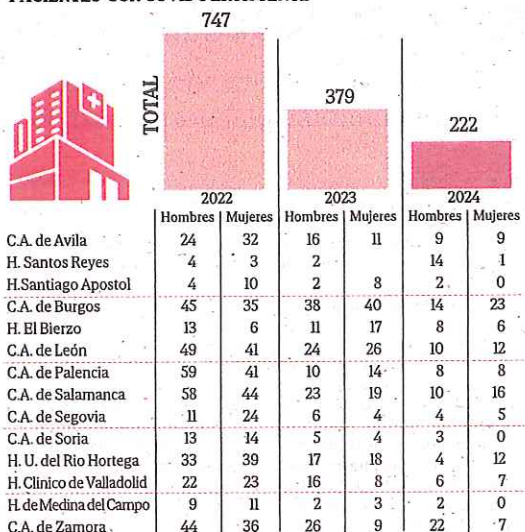
tos que empezó a sufrir tras contagiarse su marido y su hijo, supuso el comienzo de su historia de sufrimiento: estaba infectada con el Covid-19.

Si sus palabras fluyen como si estuviese leyendo su propio diario, hay una parte que cuenta con páginas en blanco. «Desde que di positivo, yo no me acuerdo. Me dijeron que tenía muchísima fiebre, que me llevaron a Medina del Campo y estuvieron buscando una UVI porque no había sitio en Valladolid. Y me llevaron a Salamanca, a su UVI, donde estuve 16 días en coma», rememora según los testimonios de sus más allegados.

Alejada cientos de kilómetros de Torrecilla de la Orden, entre tubos y paredes blancas, fueron hasta tres las llamadas que recibieron su marido y sus hijos para comunicarle que no contará con su regreso. Pero sus graves recaídas provocaron nuevas entubaciones que agregaban horas a su contador vital.

Tras largos suspiros y sollozos que Rosario no podía escuchar, también debido a las restricciones sanitarias que impedían el acompañamiento en hospitales y residencias, no fue hasta el decimosexto día de su ingreso cuando despertó. Todo parecía como antes, con un cuerpo y rostro mínimamente cambiados, pero en su interior se hallaba el devastador resultado del coma. «No podía comer sola, no podía mover los bra-

PACIENTES CON COVID PERSISTENTE



FUENTE: CMDB de Castilla y León

EL MUNDO

zos, no podía andar, tenía poca fuerza...», recuerda sobre esas primeras secuelas pese a convertirse en una auténtica superviviente.

El 1 de abril recibió el alta, «sin estar bien», como asegura al sufrir «inestabilidad», lo que obligaba a su hijo a llevarla a trabajar. Y fue en ese regreso a su vida laboral donde volvió a encontrarse con el terror del minúsculo virus tras un nuevo contagio y que trajo un nuevo problema: fibrosis pulmonar. «Me pusieron oxígeno 16 horas y adá de hoy todavía lo sigo usando», apunta.

Este segundo contagio tampoco acabó pero sí con parte de su vida tras tener que cerrar el bar en Torrecilla de la Orden. A raíz de esta decisión, su matrimonio se quedó sin ingresos -salvo la pensión de su marido- tras destinar la mayoría de ahorros en la rehabilitación de Rosario para que volviera a poder andar y recuperar la memoria. «Se acabó el dinero, se acabó todo», lamenta.

En su relato, esa pérdida del que fue un negocio montado con «esfuerzo» centra la emoción con la que Rosario habla, pero los dolores físicos aún persisten en su cuer-

po. Especialmente por un brote de artritis que sufrió en verano y por el que le diagnosticaron otra enfermedad autoinmune: artritis reumatoide. «No he podido moverme ni ducharme. Lo pasé muy mal hasta que los médicos encontraron un medicamento que me dan en el hospital cada mes. Los dolores grandes han desaparecido», apunta.

En su caso es artritis reumatoide, pero podría ser cualquier otro tipo de «síntomas crónicos atribuibles a la infección previa por SARS-CoV-2», explica José Ignacio Martín González, internista en el Complejo Asistencial de Salamanca que ha atendido la consulta de Covid persistente desde su inicio.

Aunque cualquier persona puede desarrollar Covid persistente, también llamado 'Long Covid', según indica este profesional el predominio actual se presenta en mujeres más jóvenes que habían presentado una infección aguda leve. «De hecho, es llamativo el cambio en el espectro de los enfermos con dicha afectación objetivada durante la evolución de la pandemia», añade al respecto, con un patrón que define como «errático» al exis-

tir enfermeros que mejoran a lo largo del tiempo y otros que permanecen con síntomas limitantes, como Rosario.

Si el abandono de un hospital no fue el final en la historia de esta vallisoletana de 60 años, otras 1.348 personas sufrieron episodios similares al ser dadas hospitalarias por la sintomatología presentada sin tener el coronavirus presente en su cuerpo. No obstante, las cifras en descenso según el paso de los años, registrando 747 en 2022, 379 al año siguiente y 222 en 2024. «Tenemos muchas dudas sobre las bases fisiopatológicas de esta enfermedad. En todo caso, la epidemia claramente ha descendido, por lo que al haber menor número de casos la perspectiva es que el número de enfermos con Covid persistente aminore», explica Martín González.

Rosario, como miembro del Colectivo oficial de afectados por Long Covid de Castilla y León, reclama una consulta «post-Covid» en la que se investigue y para curar los diferentes trastornos de los afectados. Pero no es fácil ya que, si no existe un tratamiento específico para esta enfermedad, depende de la situación clínica generada por la misma. Eso sí, el internista del Complejo Asistencial de Salamanca menciona tres medidas para evitar su desarrollo: un buen estilo de vida, una buena higiene de sueño y realizar ejercicio físico moderado adaptado al nivel de entreno. Lo mismo que le trasladan a Rosario: «Me dicen que adelgace, que haga paseos cortos a menudo y una vida tranquila».

También es recomendable seguir las diferentes pautas de vacunación, un aspecto que sigue al pie de la letra Rosario, que también sufre insuficiencia respiratoria post-Covid. «Yo antes de toda la pandemia, a pesar de que tenía otras enfermedades, las tenía controladas. Yo conducía, trabajaba, me ocupaba de la cocina en mi bar y era feliz con mi negocio que habíamos sacado adelante entre todos. Pero a partir de ese día (el primer contagio, mi vida ha cambiado por completo», concluye. Porque el suyo sí que es un «día de la marmota» que ni Bill Murray podría aguantar.

14/3/2020

2/5/2020

13/6/2020

31/2/2021

9/5/2021

5/7/2023

ESTADO DE ALARMA

Pedro Sánchez apareció en todas las televisiones para anunciar el estado de alarma y que dio inicio al confinamiento de los ciudadanos

FINAL CONFINAMIENTO

Del encierro total se volvió a ver el sol desde las calles. De forma parcial, eso sí, con franjas horarias y de edad para pasear y practicar deporte

MASCARILLA OBLIGATORIA

Un mes después de finalizar el estado de alarma, Castilla y León aprobó el uso obligatorio de la mascarilla con o sin distancia

VACUNACIÓN MASIVA

Si el 27 de diciembre se suministró la primera vacuna en una residencia, la población general tuvo que esperar tres meses para recibir las dosis

FIN DEL SEGUNDO ESTADO DE ALARMA

Duró otros seis meses y supuso el final del toque de queda impuesto y de los cierres perimetrales

TERMINA LA CRISIS SANITARIA

El anuncio del Gobierno de España marcó el término oficial de las restricciones y medidas excepcionales

ESPAÑA CINCO AÑOS DEL COVID LA POLÉMICA

Ayuso irá a los tribunales contra el Gobierno

Pide amparo ante las duras críticas del delegado por su gestión en el Covid

PABLO PARDO LONDRES
CARLOS GUIASOLA MADRID
La tensión política entre el PSOE y el Gobierno madrileño alcanzó ayer una cuota inusitada. La presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz-Ayuso, calificó de «comisario» al delegado del Gobierno, Francisco Martín, y aseguró que irá a los tribunales para pedir amparo, no sólo para ella, sino para todos los profesionales. «Nos acusa prácticamente, como ha estado haciendo estos días, de asesinato», afirmó Ayuso, en referencia a la controversia por las muertes del Covid en las

das las líneas. Lo hace desde todos los estamentos, desde la Fiscalía General del Estado, desde los Ministerios, desde Radiotelevisión Española...», sostenía. En este último caso se refería a la retransmisión del documental 7.291 por TVB coincidiendo con el quinto aniversario de la pandemia del coronavirus.

El secretario general en Madrid, Alfonso Serrano, anunció también a través de una carta firmada el cese de toda relación institucional con el delegado del Gobierno, a excepción de los contactos de carácter técnico. Un movimiento que fue secundado desde el Ayuntamiento de Madrid, donde tomaron una decisión análoga con el Grupo Municipal Socialista, tras las declaraciones de su portavoz, Reyes Maroto, quien se refirió el jueves a «asesinatos» durante la pandemia en las residencias de la Comunidad. Casi 24 horas después y con una



Isabel Díaz Ayuso, ayer, en Londres. EFE

PARADA MILITAR

PROHIBICIÓN. Isabel Díaz Ayuso afirmó ayer que el Gobierno le ha comunicado que «van a prohibir» la tradicional parada militar que se celebra en la capital cada 2 de mayo, algo «dolorosísimo» porque «el Ejército es muy querido en Madrid».

ATAQUES. La presidenta madrileña señaló ayer que esta «inconcebible» decisión es «la última» de una serie de ataques del Ejecutivo de Sánchez contra la Comunidad de Madrid, que celebra su festividad el 2 de Mayo.

residencias de la Comunidad. Para Ayuso, Martín «ha pasado unos límites que son inasumibles», por lo que la Comunidad ha decidido suspender cualquier tipo de relación con él. «Es mejor que esta relación no continúe», manifestó la presidenta de Madrid desde Londres.

Ayuso extendió sus críticas al Gobierno y al PSOE. «Han pasado to-

querella en su contra anunciada por el Ejecutivo de Ayuso, la ex ministra se retractó de sus palabras: «No fue mi intención acusar a nadie de asesinato, sino destacar que estas personas fallecieron en las residencias madrileñas sin recibir tratamiento médico adecuado».

En respuesta, el alcalde de Madrid, José Luis Martínez-Almeida, publicó un vídeo en su cuenta de X: «Hasta aquí hemos llegado. No podemos permitir que el sanchismo y Reyes Maroto sigan haciendo de la política madrileña un auténtico lodazal y sigan retorciendo el dolor de las víctimas».

En el caso de la Comunidad, el detonante de la decisión de los populares fue un mensaje en redes sociales por Martín Aguirre, en el que aseguraba que el Gobierno de Ayuso «abocó a 7.291 mayores a una muerte cruel e indigna» e «hizo de Madrid la región con mayor exceso de insultos a las víctimas», al tiempo que «se retuerce en su miseria».

En un tono especialmente duro, Serrano acusó al delegado del Gobierno de «salivar con cada desgraciado fallecimiento», en referencia a la pandemia, la dana de Valencia y los atentados del 11-M.



Mónica García, ministra de Sanidad, junto a Fernando Simón en el acto del quinto aniversario, ayer. EUROPA PRESS

Fernando Simón: «Los técnicos paramos propuestas políticas»

Evalúa la gestión del Covid cinco años después de la pandemia

PILAR PÉREZ MADRID
Las declaraciones del director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) siempre dejan huella. Hace cinco fue el encargado de transmitir la información a la sociedad, primero de forma diaria, luego semanal, hasta que su figura se diluyó como el SARS-CoV-2. Ayer hizo balance de aquello junto a la actual ministra de Sanidad, Mónica García, en el marco del acto «5 años después: memoria, aprendizaje y futuro de la Covid-19», en la sede del Instituto de Salud Carlos III. Fernando Simón aseguró este viernes que «nunca» defendió posturas políticas contrarias al criterio científico. Sin embargo, sí admitió que «hubo propuestas políticas que se pusieron sobre la mesa y conseguimos entre los técnicos del ministerio, de las comunidades, del Instituto de Salud Carlos III que se pararan, se cambiaran o se pospusieran a momentos donde no hubiera impacto grave sobre la salud».

En la conversación con la titular de Sanidad, Simón también admitió que se podría haber «afinado mejor» con las medidas de salud pública que se implementaron durante la pandemia de Covid-19, aunque ha asegurado que «se hizo lo mejor que se pudo en aquel momento». García puntualizó que esas decisiones se tomaron con la evidencia científica que había en cada momento. «Y eso me recuerda que es como la Medicina misma, según vamos conociendo más sobre algo, podemos tomar otras decisiones más ajustadas».

Otro de los puntos a los que Simón aludió fue la decisión que se tomó con la declaración del estado de alarma. «Un confinamiento como el que se hizo quizás se podría haber hecho más suave en algunas situaciones o en algunas circunstancias. No tiene sentido que una persona que vive sola en el monte esté confinada en su casa», puntualizó Simón.

Del mismo modo, reconoció que en aquel momento era «muy difícil» plantear acciones diferentes a las que se hicieron con la información de la que disponía. «Si que es verdad que me hubiera gustado haber hecho cosas no durante la pandemia, sino antes de la pandemia, y son las que ahora mismo estamos haciendo», puntualizó Simón.

«El confinamiento podría haber sido más leve en algunos casos»

Y para eso puso en valor la existencia de la Agencia de Salud Pública. Si hubiera estado en funcionamiento en 2020, la pandemia habría tenido quizá «marginamente un impacto menor», pero sí habría habido «una diferencia muy importante», y es que «no tendríamos ahora tantos profesionales de salud pública quemados, saturados y agobiados» y hubiera supuesto una dotación de «recursos mejor formados» que habrían impedido el

sobreesfuerzo que se tuvo que hacer en aquel momento.

Carecer de este centro fue una de las asignaturas pendientes que complicó la situación en la pandemia. «Para responder bien a una pandemia el trabajo no se hace durante la pandemia, también, obviamente, pero se hace sobre todo en el periodo interpandémico», subrayó Simón.

Ahora, cinco años más tarde, se va a tramitar por la vía de urgencia la norma legislativa que dará lugar al centro estatal. Esta semana, la Comisión de Sanidad del Congreso dio luz verde con un amplio consenso (solo votó en contra Voto a la norma. Por eso, como comentó el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, en una entrevista en EL MUNDO, puede estar lista en unos seis meses. Tan solo quedarían los detalles de su ubicación, que recae en la cartera dirigida por Ángel Víctor Torres, Política Territorial y Administración Pública; y la dirección de esta.

Sobre esto, Simón también se pronunció, sin descartar que se presente al proceso de selección, para lo que necesitaría ver antes para poder estudiar la oferta. Pero que no aceptaría «jamás» la dirección si el cargo «se elige a dedo». El director del CCAES subrayó las necesidades de la futura institución: «Tiene que tener, además de un nivel técnico científico, máximo, mucha credibilidad. Esta no se consigue poniendo a gente a dedo ni haciendo que el director sea fulano o mengano como pago por amistad o por la razón personal que sea».

El coche Loryc del doctor Ramiro de la Llana

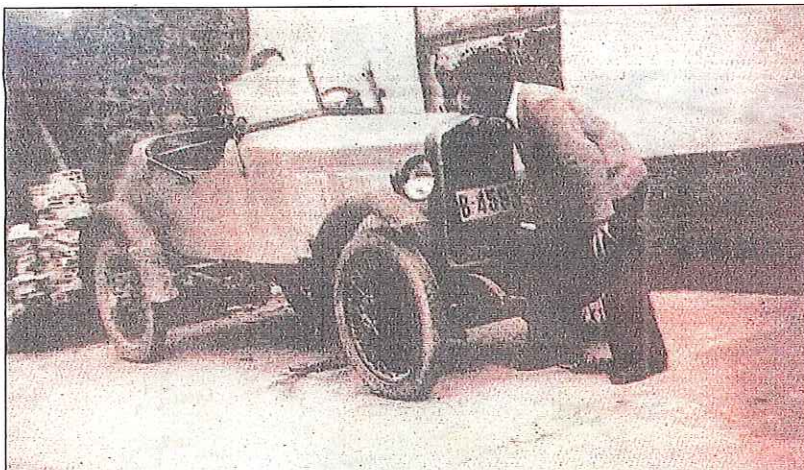
UNA FOTOGRAFÍA DEL FONDO TORIBIO HERRERO, DEPOSITADA EN EL ARCHIVO HISTÓRICO PROVINCIAL Y DATADA EN 1945, NOS PERMITE RECORDAR A UNA SAGA DE MÉDICOS SORIANOS Y HABLAR DE UN CURIOSO COCHE MALLORQUÍN DEL QUE SÓLO SE FABRICARON UNAS 130 UNIDADES

A JULIÁN DE LA LLANA DEL RÍO,
incansable fuente de amistad,
cultura y conocimiento

JAVIER MARTÍNEZ ROMERA SORIA
Uno de los elementos más valiosos del Archivo Histórico Provincial de Soria es su fondo fotográfico, que ilustra y complementa el amplio fondo documental. Desde su embrión originario del Archivo Carras-cosa y considerablemente acrecentado por incorporaciones provenientes de acreditados fotógrafos, como Salvador Vives Soriano y Manuel Lafuente Caloto, o de aficionados incansables y entusiastas como Casimiro Rodrigo, además de otras muchas aportaciones de instituciones o particulares, totaliza, por el momento, 47.800 instantáneas en constante crecimiento que conforman una memoria gráfica imprescindible de la fisonomía de Soria capital y provincia y de sus habitantes.

Una de estas colecciones de extensión considerable, 878 fotografías, y muy significativa por su contenido es el fondo de la colección de Toribio Herrero García, donada en 2016 y presentada en sociedad mediante la exposición titulada: «Una parte de nosotros: Covaleda», que mostró 160 imágenes entre diciembre de 2022 y febrero de 2023 en el histórico patio cubierto del propio archivo. La curiosidad meticulosa del coleccionista, que le llevó a recopilar y conservar fotografías de sus vecinos desde muy temprana edad, nos permite contemplar la vida de Covaleda y la comarca de pinares a lo largo de varias décadas del siglo XX, con una contextualización perfecta plasmada en unos simpáticos marcos de cartulina negra que, con cuidada caligrafía, identifican los eventos, personas y lugares retratados.

No hablaremos aquí de las fotografías escolares, de bodas, fiestas con trajes de pifiorra o escenas cotidianas, ni de las de paisajes, tipos indianos o hacendosos leñadores, carreteros y trajinantes con sus carros, buyes y yuntas, sino que nos detendremos, solamente, en una de las fotografías, que presenta varios elementos singulares, quizás no tan llamativos a simple vista. En ella, un hombre se dispone a arrancar a manivela un simpático coche descapotable, probablemente en actitud fingida, mientras una señorita, también en pose fotográfico, sonríe al volante. De fondo apreciamos un indistinguible edificio, tal vez el garaje del coche, probablemente en construcción por los ladrillos apilados. La leyenda, con la característica caligrafía en plata sobre fondo



El doctor Ramiro de la Llana Arguedas, médico de Covaleda durante más de cuarenta años, condujo un exclusivo coche español marca Loryc «Sport» por las carreteras sorianas de 1945. (FOTOGRAFÍA AHPSO, FONDO TORIBIO HERRERO GARCÍA)

negro, nos aclara el resto, «Coche de Don Ramiro de la Llana Arguedas, Médico de Covaleda, Covaleda, 1945».

No resulta complicado localizar coordenadas personales y profesionales de Ramiro de la Llana Arguedas. Es el eslabón intermedio de una saga de médicos extendida durante tres generaciones. Su hijo Ramiro de la Llana Ducrós es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid, doctor en Medicina por la Universidad de La Laguna y, durante muchos años, jefe clínico de Cirugía Cardiovascular del hospital Universitario de Canarias.

El padre de Ramiro de la Llana Arguedas, Ramiro Mariano de la Llana Hernández (Barca, 1879; Tarra-sa, 1971) llegó a coincidir en el tiempo con su hijo en el ejercicio de la actividad médica y fue un personaje muy conocido en la Soria de la época, ya que fue asiduo articulista y corresponsal de «El Avisador Numinantino» mientras ejercía en Bel-tejar, Almajano, Cidones y, en 1920, substituyó a Juan Antonio Gaya To-var, padre del crítico de arte y escritor Juan Antonio Gaya Nuño, como médico de Tardelcuende. Llegó a ser alcalde de esa localidad y presidente del Colegio de Médicos de Soria entre 1938 y 1949.

Tuvo Ramiro de la Llana Arguedas cinco hermanos: Araceli, Julio, Aurora, Heraclia y una hermana de nombre singular, «una soriana llamada Numania», de la que Juan Antonio Gómez Barrera trazó completo perfil biográfico («Diario de Soria», 25-6-2014). La joven, nacida en 1905 en Beltejar y titulada maestra nacional, como su hermana Ara-

celi, disfrutó de corta vida, puesto que murió en Tardelcuende en 1933.

Por el expediente académico de 1924 de Ramiro de la Llana Arguedas, depositado en el archivo del IES Antonio Machado, sabemos que nació en Madrid el 12 de junio de 1908. El 8 de junio de 1932 «El Avisador Numinantino» informaba de que «en la Facultad de Medicina de Zaragoza, y con notas brillantes, ha terminado la carrera de Medicina don Ramiro de la Llana Arguedas». Poco después, en la «Numancia Sanitaria» del 1 de junio de 1932, «el joven médico, «residente en Tardelcuende», se ofrecía para «cubrir substituciones durante los meses de verano». Ya terminada la Guerra Civil, «El Avisador Numinantino» del 14 de octubre de 1939, al reseñar fiestas en Tardelcuende, nos lo sitúa como «excombatiente y médico de Arenillas». Para 1945, aún era un joven médico, pero con una carrera ya consolidada que no le apartaría de Covaleda, donde prestó servicio durante más de cuarenta años como médico y odontólogo, lo que le valió que la localidad le dedicase una calle, como expresión de afecto de toda la comarca de pinares.

Conjugando trabajo y placer conduciría don Ramiro por las boscosas carreteras que rodean Covaleda ese airoso coche descapotable. Un primer vistazo a la fotografía nos permite clasificarlo como un «cy-clocar» o, mejor, como una «voiturette», uno de aquellos pequeños automóviles que, al comienzo de los años veinte, proliferaron en Francia y proporcionaron a un público deseoso de desquitarse de los muchos sufrimientos de la recién terminada Primera Guerra Mundial una mo-

torización sencilla en cuanto a cilindrada y potencia pero muy elegante, con sus carrocerías de aire deportivo que imitaban, como los Amilcar y los Salmson, las líneas de los lujosos y carísimos Bugatti o Delage, muy alejados de las economías medias francesas de la época y, aún más, de las españolas.

Una mirada más atenta a la fotografía, ya focalizada a identificar la marca del coche, despierta el palpito de que nos encontramos ante un vehículo muy exclusivo y singular, y más en tierras sorianas. Impresión que será necesario confirmar de forma documental, algo que lograremos gracias a mi apreciado amigo Luis Cascante Gomis, con la consulta de un anuario de matrículas de Barcelona. La placa incompleta que se ve en la fotografía nos proporciona, de entrada, un año de matriculación, 1930, pero nos falta un número, que no tardamos en encontrar, es el B-45.932, y nos encontramos, nada menos que ante un LORYC-EHP, un vehículo nacional montado en Palma de Mallorca y matriculado por primera vez a nombre de Álvaro Bartolomé Fiato, residente en Falset, provincia de Tarragona.

Los automóviles Loryc fueron, según nos recuerda Joaquín Ciu-ró en su estupenda «Historia del Automóvil en España», principalmente el resultado del genio empresarial de Rafael de Lacy, Alberto Ouyard Dury, un ingeniero parisino que había trabajado en Renault e Hispano Suiza, Antonio Ribas y Fernando Alzamora que dieron nombre a la marca con las letras iniciales de sus apellidos y construyeron, con un precio de venta en torno a las 8.000 pesetas, estos ligeros y

atractivos vehículos en Palma de Mallorca a partir de 1920. Estaban dotados de un cambio de tres velocidades y eran impulsados por motores franceses de cuatro cilindros, en torno a los 900 centímetros cúbicos, de marca Ruby, SCAP, CIME y, en nuestro caso, EHP, es decir, Etablissements Henri Precloux, fabricados en Courbevoie, a las afueras de París.

El Loryc de don Ramiro, por la fecha tardía de matriculación, debe tratarse de uno de los 54 que los Talleres Hermanos Darder actualizaron y finalizaron de construir en torno a 1929, después del cese de la actividad inicial de la marca en diciembre de 1923. Sea como fuere, nos encontramos ante uno de los poco más de 130 Loryc fabricados y ante una de las versiones más deportivas, la carrocería denominada «Sport» de dos plazas, y que, en la fotografía de 1945, todavía conservaba los elementos más característicos del coche, como el arquillaje de la capota, las aletas o el bajo y partido parabrisas deportivo, algo no tan usual en un vehículo ya con bastante antigüedad y una guerra y varios años de dura posguerra a las espaldas.

Imposible saber cómo llegó tan singular coche a manos de don Ramiro, pero sí podemos imaginar la independencia y la autonomía profesional que le proporcionó en unos años de difícil motorización, así como los paseos y excursiones que pudo disfrutar con él en una zona especialmente propicia para rodar a cielo abierto en un vehículo ya veterano, pero de marcado aire deportivo y juvenil, mucho más que el serio Citroën «Traction Avant» negro que don Ramiro padre mantuvo en activo durante muchos años.

Nada hemos podido averiguar del destino posterior del Loryc. No sabemos si se mantuvo muchos años activo por las carreteras sorianas, si acaso en Soria pereció achataado o carnavalesado como tatarro en las Fiestas de San Juan. El censo de vehículos supervivientes que el magnífico y recién presentado libro del gran aficionado balear Antonio Batle Manresa, «Loryc. Un pequeño coche nacido para correr» no lo recoge, pero una antigua fotografía nos demuestra que, en años tristes, un alegre y exclusivo Loryc recorrió las carreteras de Soria, para admiración de sus contemporáneos y sorpresa de los que hoy amamos los vehículos históricos.

Javier Martínez Romera es doctor en Traducción e Interpretación y profesor de Geografía e Historia en el IES Antonio Machado.

El Día de Soria

Número 476

Fin de semana 15 y 16 de marzo de 2025

VIVESTIVAL

La segunda edición del concurso de música emergente de Vivel Radio repartirá 4.000 euros en premios. PÁG. 25

MONOGRÁFICOS

LA VIDA EN SORIA

Los lugares que hacen de Soria una tierra de oportunidades



MARINA MUÑOZ, TRIATLETA Y COLECCIONISTA DE MEDALLAS

DEPORTES



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

RIBERA DEL DUERO



LA VIDA AL OTRO LADO DEL PUENTE

MÁS DE QUINIENTOS DE SAN ESTEBAN DE GORMAZ ESTÁN AISLADOS POR EL DERRUMBE DEL VIADUCTO ROMANO PÁGINA 14 Y 15

FOTO: LUCIANO GUTIÉRREZ

SOCIEDAD | CINCO AÑOS DE LA CRISIS SANITARIA

Memoria de la covid: la pandemia que desafió a la sanidad y paralizó la vida

PACIENTES, SANITARIOS, EMPRESARIOS, RESPONSABLES INSTITUCIONALES... DESEMPOLVAN LOS RECUERDOS DE AQUELLOS FATÍDICOS DÍAS PÁGINAS 9 A 12

SANIDAD

El hospital se libra del virus tras más de 1.000 muertes

La incidencia se reduce a mínimos, se presenta con menor virulencia y comporta como un virus estacional

ECONOMÍA

Las empresas sorianas tuvieron que reinventarse para sobrevivir

INVERSIÓN | CENTRO DE PROCESO DE DATOS

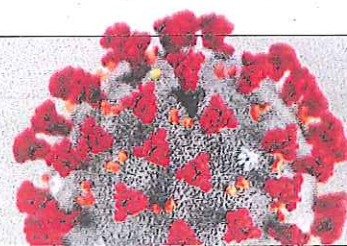
El CPD avanza en su estructura y el Gobierno trabaja ya en la RPT PÁGINA 16

EDUCACIÓN | NUEVA MODALIDAD

El IES Machado estrena el Bachillerato General con once alumnos PÁGINAS 22 Y 23

COMUNICACIONES | SERVICIOS FERROVIARIOS

Soria se queda sin tren de abril a diciembre y un bus cubrirá el servicio PÁGINA 29



TEMA DEL DÍA | CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

Covid: un lustro, algunos avances y... demasiados recuerdos tristes en Soria

LA COVID-19 'DESAPARECE' DEL HOSPITAL TRAS MÁS DE 40.000 CONTAGIOS Y UN MILLAR DE MUERTES



SANIDAD: GERENCIA

«No se olvida, es imposible. Fueron momentos dramáticos»

«Todo el mundo lo dio todo. No hubo que pedir a nadie nada», agradece

ENRIQUE DELGADO Era gerente de la GASSO

Han pasado cinco años pero «no se olvida y creo que nunca se olvidará». Las palabras son de Enrique Delgado. Las pronuncia desde su retiro por jubilación, pero en ese momento, en marzo de 2020, estaba en el 'ojo del huracán' ya que era el gerente del Asistencia Sanitaria de Soria y, sobre él, recalca el grueso de las decisiones sanitarias que se adoptaban. «Fueron unos momentos dramáticos», asume. «Lo más duro fue evidentemente al principio, porque fue cuando se produjeron los fallecimientos y cuando las olas tuvieron su mayor virulencia; pero fue duro

también toda la continuación, con las sucesivas olas, con las secuelas... fue muy largo. Y, cuando parecía que ya habíamos dado por concluida la pandemia, la recuperación fue también muy dura», rememora. Admite que es el momento más complejo que ha vivido en los 40 años de carrera que acumula [aunque tampoco olvida el accidente de Colmayo donde murieron 28 personas, 22 de ellos menores]. Por la gravedad, por la virulencia, por la urgencia a la hora de tomar decisiones [abrir plantas, multiplicar camas UCI...], por la carga de trabajo físico y emocional y porque, evidentemente, «no se conocía la enfermedad y cómo hacerle frente». «Fue muy muy complejo», insiste, aunque considera que se hizo más 'sencillo' porque «venía rodado» gracias a la colaboración de todos. «Todo el mundo lo dio todo. Todo el mundo se puso a trabajar y no hubo que pedir a nadie nada», agradece. «Eso también es inolvidable, la solidaridad y la respuesta de los profesionales, y de la propia ciudadanía. Eso tampoco se olvida. Fue algo maravilloso y eso tendría que quedarse», apunta emocionado. En el lado contrario, en lo peor que recuerda, no tiene duda, «el sufrimiento que provocó la pandemia. Es inenarrable, no se puede contar». Alude al sufrimiento general pero, también, al personal, al propio, porque la covid también actuó en primera persona.

CECOPI

«Nos enseñó que necesitamos estructuras más sólidas»

«Fue duro pero me quedo con la lección de solidaridad y compromiso»

YOLANDA DE GREGORIO Delegada territorial

Tras la declaración de la alerta sanitaria, se constituyó el Centro de Coordinación Operativa Integrado. Al frente estaba la delegada territorial de la Junta, Yolanda de Gregorio. «Fueron momentos duros, de enorme incertidumbre y gran responsabilidad. Tuvimos que articular servicios en tiempo récord, coordinar recursos y garantizar la protección de las personas en un contexto sin precedentes», rememora De Gregorio, quien destaca «la colaboración entre administraciones, profesionales sanitarios, cuerpos de seguridad y tantos trabajadores esenciales». De hecho,

aunque fue «duro», se queda «con la lección de solidaridad y compromiso que demostramos como sociedad». La delegada recuerda aún la sensación de gravedad y angustia porque «no había margen para la duda ni la improvisación». En Soria, además, «sabíamos que la afección podía ser mucho mayor en nuestros mayores y que el sistema sanitario podía verse rápidamente tensionado». Por eso, «desde el CECOPI trabajamos con un enfoque claro: anticipación, coordinación y comunicación constante», repasa. Cinco años después, la lectura que hace es que, «aunque la respuesta fue rápida y efectiva dentro de las circunstancias, quedó claro que necesitamos estructuras más sólidas y equipos aún mejor preparados para futuras emergencias». «La pandemia nos enseñó que no basta con reaccionar bien en el momento, sino que debemos tener sistemas permanentes de respuesta ante crisis sanitarias. Eso significa invertir en infraestructuras específicas para emergencias, protocolos de actuación claros y, sobre todo, formación continua para los equipos que actúan en primera línea. La preparación marca la diferencia. Necesitamos profesionales capacitados, recursos bien dimensionados y una coordinación interinstitucional ágil para que, si volvemos a enfrentarnos a una crisis similar, nuestra respuesta sea más rápida y eficaz», sentencia.

EL RECUERDO DE...

PEDRO NEGREDO | Enfermero del Servicio de Emergencias

«A pesar del desconcierto inicial de administración y sociedad, del desabastecimiento, trabajamos con profesionalidad y honradez»

MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ | Vicepresidenta de la Diputación

«Lo más duro fue no poder despedirse de los seres queridos... En las instituciones pusimos todo de nuestra parte para ayudar»

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ | Jefa de la UCI

«Fue una pesadilla que cuesta recordar pero me quedo con el espíritu de trabajo que se creó y el cariño a pacientes y familias»

A.I.P./S.A./A.P.L./N.Z./SORIA

Cinco años han pasado desde aquel 11 de marzo en que la Organización Mundial de la Salud declaró la pandemia que paralizó el mundo. Un día después, se declaraba oficialmente el primer caso en Soria de infección por SARS-CoV-2, el virus causante de la enfermedad bautizada como Covid-19.

El estado de alarma se decretó el 14 de marzo. A pesar de las medidas extraordinarias de aislamiento social, el virus fue imparable. Y sus efectos...

devastadores. Lo que empezó con apariencia de una gripe fuerte acabó siendo una de las tragedias colectivas más traumáticas de la historia. En Soria, la Covid-19 se ha llevado ya más de un millar de vidas, según datos del portal de Transparencia de la Junta de Castilla y León, que cifra en más de 40.000 los contagios registrados en la provincia en estos cinco años.

Afortunadamente, la vacunación modificó todo. La evolución de la patología, la morbilidad y mortalidad de la enfermedad. Hoy, la realidad covid

nada tiene que ver con las cifras alarmantes de contagios y fallecidos que vivimos en el estallido de la pandemia en 2020 y en las olas posteriores. «A día de hoy y tras numerosas mutaciones del coronavirus, es mucho menos virulento, la tasa de contagio es menor, y se ha comportado en 2024 y en la temporada invernal de 2025 como un virus más estacional. Certo es también que la población está inmunizada, bien por vacunación, post infección reciente...», apunta la directora médica del Complejo Asistencial

Universitario de Soria, Marta León. Ella vivió la pandemia en primera persona ya que entonces ejercía como facultativa especialista en Medicina Interna, el servicio que asumió el grueso de casos. Todavía hoy recuerda «como si hubiera sido la semana pasada» el primer ingreso por un caso sospechoso. Era el 28 de febrero de 2020, un paciente «procedente de Singapur». «Aún entonces éramos ignorantes de la magnitud que alcanzaría la infección. Estaba todo controlado y lejos, en Wuhan. O eso contaban las

informaciones que salían del Ministerio... Alas dos semanas teníamos media planta de hospitalización con ingresos aislados y confirmación de infección, ya sí con clínica respiratoria y con recurrencia de pacientes covid en las guardias diarias, hasta convertirse a finales de marzo en el motivo de ingreso más frecuente. El incremento posterior fue exponencial, rememora. En «tiempo récord», reorganizaron la actividad asistencial y convirtieron

» PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE



EUGENIO CUTIÉREZ

SERVICIO TERRITORIAL SANIDAD

«La pandemia evidenció la importancia de la salud pública»

«La vacunación fue clave». Se vacunó más del 80% de la población

ELENA DEL VADO | Jefa del Servicio Territorial Sanidad

«Fueron momentos de mucha incertidumbre, mucha tensión y muchísima preocupación [...] días de muchísimo trabajo», rememora la jefa del Servicio Territorial de Sanidad, Elena del Vado, quien recuerda que los profesionales médicos del servicio no descansaban «ni los fines de semana» y «estuvieron sometidos a mucha presión», con datos «evolucionando constantemente y, a veces, de forma alarmante». «Ahora, echando la vista atrás, el recuerdo es de días muy duros, también psicológicamente, ante la terrible situación que estábamos viviendo», re-

memora. La aparición de las vacunas marcó, a su juicio, «un momento clave y de mucha trascendencia en la evolución de la pandemia» ya que «cambió de forma drástica las consecuencias en las personas contagiadas», con «síntomas más leves» y una «evolución de la infección más favorable, reduciéndose la mortalidad de forma muy significativa». La aceptación fue importante y aún recuerda «las colas que había en los puntos de vacunación». En 2021 la cobertura de vacunación con pauta completa en mayores de 60 años fue de más del 95%; en personas de 40-59 años, de más del 90%; y del 82,4% en personas de 30-39 años. En la campaña de 2024 se han vacunado el 48,4% de mayores de 60 años y el 18,5% de la población total de Soria, repasa Del Vado. Actualmente la campaña de vacunación frente al covid es simultánea a la gripe en otoño, dando comienzo en octubre, y «ha pasado a formar parte del calendario de vacunaciones e inmunizaciones para toda la vida de Castilla y León». Está indicada para la población diana (mayores de 60 años, con enfermedades crónicas, con inmunidad comprometida...). La situación vivida ha permitido extraer a Del Vado «diversas conclusiones», como «la importancia de la salud pública y los sistemas de alerta e información, para poder detectar el aumento de infecciones y así actuar de forma rápida».

MEDICINA INTERNA

«En tiempo récord, adaptamos la actividad asistencial»

«Enfermería fue un pilar esencial del sostén hospitalario», agradece

MARTA LEÓN | Directora médica del Complejo Asistencial

«Hicimos muchas reuniones en el servicio para adaptar la forma de trabajo, actualizar guías de manejo, sesiones multidisciplinarias con farmacia, organizar cambios en plantas de hospitalización, habilitar plantas desocupadas... En resumen, adaptamos la actividad asistencial y autoformativa en tiempo récord», rememora Marta León, actual directora médica del Complejo Asistencial de Soria y, en ese momento, facultativa de Medicina Interna, el servicio que asumió el seguimiento de la inmensa mayoría de pacientes covid que precisaron ingreso. «Todas las actuacio-

nes las efectuamos siempre pensando en lo mejor para los pacientes, en la vigilancia, la prestación de cuidados, la atención precoz a las complicaciones. Perseguíamos la mejor atención incluso al final de la vida, y organizamos y estructuramos plantas diferenciadas para atender en la forma requerida según los condicionantes que presentaban. Eso fue un gran acierto», considera León, insistiendo en que esa división «permitió un manejo más experto por parte de facultativos y enfermería, que fue un pilar esencial del sostén hospitalario», agradece. Sobre las lecciones aprendidas, repasa: «Organizamos cuidados de pacientes limpios e infectados para desplazamientos, ingresos, realización de pruebas complementarias. Establecimos un servicio autónomo de admisión con recuento de altas, ingresos, cambios de habitación según aislamientos o fin de los mismos. Nuestra labor asistencial se estableció por parejas fijas tanto en composición como en ubicación para dar continuidad a la asistencia. Iniciamos la teleconsulta y la alta resolución en especialidades en las que no existía, y esto se ha quedado. Nos adaptamos y finalmente en 2023 nos acostumbramos a las nuevas modalidades de trabajo». En cuanto al debe, alude a «las medidas preventivas generales a nivel de sociedad» y, «ahora, importantísimo mejorar las tasas de vacunación».

EL RECUERDO DE...

RICARDO CORREDOR | Alcalde de Tardelcuende

«Para mí, fueron mis peores momentos como alcalde. Lo de la residencia de mayores aún no lo he superado»

ANA ELISA SAENZ | Enfermera de Atención Primaria y del equipo covid

«Cuando algunos equipos ya nos preparábamos, la población no era consciente porque las autoridades no habían alertado»

MARIO MUÑOZ | Sacerdote de la iglesia de El Salvador

«Con la dureza del momento, fue una oportunidad para volver a lo esencial. Un tiempo para descubrir lo que es importante en la vida»

TEMA DEL DÍA | CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

» VIENE DE LA PÁGINA ANTERIOR

Santa Bárbara en un hospital covid, al tiempo que se «autoformaban» en una enfermedad desconocida. «Jamás podré agradecer a los profesionales tanto como hicieron», gratifica León a sus compañeros.

Cinco años después, la Covid-19 se ha convertido en una enfermedad estacional más: «Los pacientes que ingresan son en un alto porcentaje pacientes mayores de 70 años, con dos patologías crónicas o más, y que ade-

más este invierno 2025 acudían por un cuadro respiratorio que iba de leve a moderado, y en los que se confirmaba la infección por un virus respiratorio o bien por combinación de los mismos: gripe A, gripe B, SARS-CoV-2 y VRS. Los ingresados por SARS-CoV-2 ahora raramente requieren suplementos de oxígeno de alto flujo, ni presentan una afectación radiológica tan severa como las que encontrábamos en 2020, y la evolución a la resolución del cuadro es mucho más rápida», destaca la doctora León. A punto de alcan-

zar el fin de la época invernal, «han ingresado más pacientes por otras causas en los que se aislaba SARS-CoV-2 e incluso coinfectados con otros virus respiratorios, que por la infección exclusiva como diagnóstico principal».

La situación epidemiológica confirma esta tendencia: «En la temporada de otoño-invierno, que es en la que se hace vigilancia más intensa sobre las infecciones respiratorias, la incidencia, con los datos de que disponemos actualmente, ha sido baja, habiéndose producido pocos casos de

infección debidos a covid. Como ejemplo, en la semana 9 (del 24 de febrero al 2 de marzo), el número de casos ha sido de cero, según el informe VIGIRA», indica la jefa del Servicio Territorial de Sanidad, Elena del Vado.

LO QUE QUEDA. Parece un hecho remoto por la rapidez con la que hemos pasado página, pero todavía hoy, un lustro después, se sienten los impactos negativos de la pandemia. También, algunos aprendizajes positivos. A nivel sanitario, la pandemia en-

señó que «no basta con reaccionar bien en el momento, sino que debemos tener sistemas permanentes de respuesta ante crisis sanitarias». Y eso pasa por invertir en infraestructuras, protocolos y, sobre todo, personal. Lo dice la delegada territorial de la Junta, Yolanda de Gregorio, quien estuvo al frente del CECOPI Soria durante meses tratando de dar una respuesta coordinada a la crisis sanitaria. «Por eso», asegura, «nuestro compromiso [de la Junta] sigue siendo fortalecer esas estructuras, dotarlas y asegurar que los



SALUD MENTAL

«En los jóvenes ha quedado una tendencia al individualismo»

«Supuso un impacto importante en la sociedad y se destapó el miedo»

RICARDO MARTÍNEZ | Exjefe Servicio Psiquiatría

Ricardo Martínez vivió en primera línea los peores momentos de la pandemia como jefe del Servicio de Psiquiatría. En líneas generales, recuerda «un primer impacto muy importante a nivel emocional en una sociedad que jamás se había enfrentando a una situación de ese calibre, lo que hizo que se destaparan todos los miedos y que la población, en el periodo de aislamiento, lo viviera de una manera muy intensa y, en muchos casos, con ansiedad y problemas depresivos». Además, apunta al duelo de personas que perdieron a seres queridos, «que fue muy traumática para los

que no pudieron enterrarlos ni despedirlos de una manera adecuada, con lo que quedaron muchos duelos abiertos». Se hizo un paréntesis, indica, y en muchos casos hubo que esperar a veces hasta un año para poderlo resolver. Para la sociedad fue «un punto de inflexión» ante una posible infección, a veces mortal, y sin libertad de movimientos, lo que ha llevado a una mayor precaución y prevención, «aunque, como todo en la vida, la situación se va relajando y volvemos a modelos previos a la pandemia». «En el caso de los jóvenes -de 10 a 16 años, en la adolescencia- ha quedado una secuela muy clara, que es la tendencia al aislamiento y al individualismo por los meses en los que todo se resolvió de una manera virtual, incluyendo las relaciones sociales e interpersonales», algo que, lejos de superarse, quedó como un hábito. De ahí se derivan dificultades de relación y emocionales, dificultad para afrontar problemas, que crean situaciones de ansiedad y tardan en resolverse, de ahí un aumento de estas consultas. Los trabajadores de Sanidad «estuvieron sometidos a un estrés brutal», por la incertidumbre de a qué se enfrentaban. Y después ha habido dificultades para normalizar la asistencia y hay gente aún con mucho miedo. Su consejo, «normalizar la vida (más difícil en personas que han tenido pérdidas)» y la actividad social y laboral. «Nos necesitamos unos a otros».

CENTROS DE MAYORES

«Las residencias se van a convertir en artículos de lujo»

La ley obligará a duplicar el ratio de trabajadores por usuarios

FRANCISCO JAVIER SANZ ASAD

Las residencias de mayores, así como otros centros sociosanitarios, fueron y siguen siendo objeto de titulares cuando se trata del impacto que tuvo la pandemia del coronavirus en este país. La situación en las residencias, tanto por el número de fallecimientos como por las circunstancias de aislamiento, fueron el capítulo uno de los capítulos más tristes de la covid. El presidente de la Asociación Soriana de Atención a la Dependencia (ASAD), Francisco Javier Sanz, pone el foco en lo «positivo» del aprendizaje para responder ante este tipo de emer-

gencias sanitarias, los protocolos y el cambio en la forma de trabajar en las residencias. Desde entonces, cuentan con EPIs (Equipos de Protección Individual), mascarillas y el material necesario almacenado para estar preparados si hay que volver a encarar una situación similar. Sin embargo, lamenta que «se cebaran» con lo ocurrido en los centros de mayores cuando, a su juicio, «la realidad de 2020 fue la misma en hospitales, domicilios y residencias». Sanz pone el acento en que «se culpó» a la «supuesta falta de personal» y, por ello, la nueva Ley 3/2024, de 12 de abril, reguladora del modelo de atención en los centros de carácter residencial y centros de día de servicios sociales para cuidados de larga duración en Castilla y León, exige un incremento de las plantillas. «De un ratio de 20 trabajadores por 100 residentes se pasa a 40-50 por 100 usuarios. Cerrarán residencias. Y habrá que subir precios, se pagará de 2.500 euros en adelante, a ver quién puede. Las residencias se van a convertir en artículos de lujo. Sobrarémos los la mitad, cuando en muchos pueblos somos las empresas con más trabajadores [...] Nadie puede negar que con más personal se atiende mejor. Pero debería acompañarse de más plazas vinculadas, porque no se habla de lo que cuesta una plaza», reflexiona.

EL RECUERDO DE...

JOSÉ LUIS RUIZ ZAPATERO | Vicerrector del Campus de Soria de la UVA

«Tras la sorpresa inicial, hubo un enorme trabajo. Mi gratitud a todo el colectivo universitario por la gestión, y por la solidaridad»

MERCEDES SILVA | Gerente de los cines Lara

«Fue un tsunami que nos arrasó en todos los aspectos. Vimos cerca el final del cine y aún seguimos lamiéndonos las heridas»

MARÍA PETREÑAS | Primera enfermera contagiada y hospitalizada por covid

«Pese a los momentos tan duros que vivimos, hubo un compañerismo en el hospital que no he visto en mis más de 20 años de trabajo»

equipos que protegen a la ciudadanía en momentos críticos cuentan con la mejor formación y recursos posibles».

De poner cifras a este «compromiso» se encarga el actual gerente de Asistencia Sanitaria de Soria, José Luis Vicente, quien desde agosto de 2023 asume la responsabilidad de la GASSO (Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria) tras la jubilación de Enrique Delgado. En inversiones en infraestructuras sanitarias, recuerda que «en tiempos covid» se asumió «la ampliación en tiempo récord de la Unidad

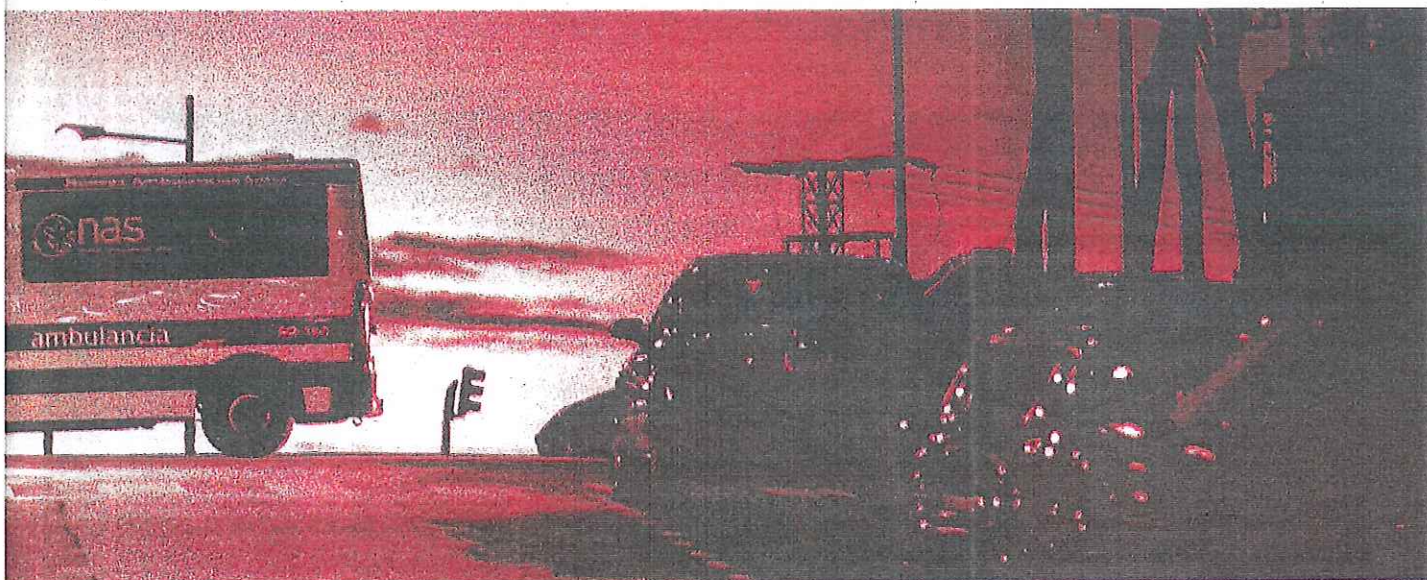
de Cuidados Intensivos (UCI) y de Urgencias». «Ambas actuaciones estaban diseñadas para poder compatibilizar la atención a pacientes con patologías respiratorias con otro tipo de pacientes con otros problemas de salud. Porque, aunque el hospital realizó una transformación de sus estructuras para adaptarnos a la pandemia, se siguieron atendiendo partos, fracturas, infartos, ictus o tratamientos oncológicos», rememora. También se «desarrollaron actuaciones menores en diversos centros de salud para di-

versificar los circuitos y generar accesos independientes para este tipo de pacientes». La más reciente es la ampliación del Centro de Salud de La Milagrosa, que responde «a una mayor capacidad asistencial» pero, también, «a esa idea principal de poder establecer circuitos diferenciados en momentos puntuales». No se olvida de mencionar «la gran obra de ampliación y reforma del Hospital Santa Bárbara, que ha seguido con paso firme la actuación iniciada en 2019» y «ni siquiera la pandemia fue capaz de parar».

En lo que se refiere a mejoras en personal, Vicente puntualiza que el complejo asistencial es un «ente vivo» y, por tanto, la plantilla se va dimensionando en función de las prestaciones y servicios que ofrece, que, destaca, se han ampliado desde que estalló la pandemia: «En los últimos años se han creado nuevas unidades como Rehabilitación Cardíaca, la Unidad del Dolor, la Unidad de Ictus o se siguen incorporando prestaciones como cardiioresonancia, el TAC cardíaco». Centrándose en la patología res-

piratoria, recuerda, «se ha llevado a cabo la profunda transformación del Laboratorio de Microbiología» que, además de mejorar instalaciones, ha supuesto «un notable incremento de la cartera de servicios con nuevas técnicas de biología molecular como es la detección de covid, algo impensable antes de la pandemia». «Esto se ha conseguido con aumentos de efectivos, médicos y otras categorías profesionales», asegura el gerente. «Pero lo

»» PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE



EUGENIO CUTIÉREZ

SOCIEDAD: SECUELAS

«Ahora tengo mi vida limitada, pero al menos puedo contarle»

«Han fallecido miles de personas de las que nadie se acuerda»

CRISTINA DIESTRO Enferma de covid persistente

Un 10% de los afectados por covid desarrolla covid persistente y, según los estudios, los síntomas más comunes son los deterioros cognitivos (niebla cerebral), disnea, mareos, trastornos de sueño, dolores articulares y musculares y problemas gastrointestinales. Cristina Diestro es uno de los casos de covid persistente en Soria porque desde que padeció covid se convirtió en enferma crónica con visitas asiduas al médico y, según confiesa, su vida está «limitada». Esta trabajadora de una residencia de la tercera edad se contagió en los primeros días de la pan-

demia, afectándole primero a la garganta y después al aparato digestivo, porque no tuvo neumonía, «pero había días en los que pensaba que me moría y no podía ni con mi cuerpo». Ahora sufre secuelas a nivel neurológico y le puede afectar a cualquier parte del cuerpo (desde pérdidas de memoria hasta a la vejiga). No era una gran deportista, pero sí que iba a gimnasia o spinning y cogía la bici, mientras que ahora a duras penas puede dar paseos. A ello se suma que hasta el año pasado, desde 2020, no pudo volver a comer naranjas, tomates, kiwis, café... porque antes era un suplicio. «Para esto no hay un tratamiento», recuerda haciendo referencia a que en España no hay muchos estudios al respecto, aunque sí se avanza más en otros países, como Holanda y Estados Unidos. Pero insiste en que, afortunadamente, puede contarle, «porque han fallecido miles de personas de las que nadie se acuerda ni tampoco de sus familias». Y sigue trabajando, porque hay gente que ha sufrido un ictus y tiene que ir con bastón o incluso niños enfermos. Estos días en los que se cumplen cinco años de pandemia reconoce que lo está pasando mal porque para ella está «maladita enfermedad» supuso un antes y un después. Por ello, quiere insistir en poner el foco de atención en las personas que se perdieron y en sus familias.

ECONOMÍA

«La crisis obligó a muchas empresas a reinventarse»

El tejido empresarial soriano ha demostrado una «resiliencia notable»

SANTIAGO APARICIO Presidente de FOES

En el inicio de la pandemia, la combinación de restricciones sanitarias, la caída de la demanda y la parálisis productiva supuso un «golpe sin precedentes» para la economía local, generando un «colapso inicial» que afectó a todos los sectores. «Sin embargo, cinco años después, el tejido empresarial soriano ha demostrado una resiliencia notable, gracias a una combinación de factores, a las ayudas gubernamentales y a las estrategias de adaptación desarrolladas por los empresarios», aduce el presidente de la Federación de Organizaciones Empresariales Sorianas

(FOES), Santiago Aparicio. En este sentido, hace hincapié en que el bajo nivel de endeudamiento de los negocios de Soria permitió que soportaran mejor la caída de ingresos.

«La crisis obligó a muchas empresas a reinventarse. Algunas implementaron estrategias como la reducción de costes operativos, la renegociación de alquileres y la adopción del comercio online. La digitalización se convirtió en un factor clave para la supervivencia y posterior recuperación de numerosos negocios», señala Aparicio. El representante de la patronal soriana pone el acento en lo que sufrieron sectores como la hostelería y el comercio, mientras que otros como la industria y la construcción lograron recuperar niveles de actividad más rápidamente.

Así, la recuperación ha sido «desigual» entre sectores. «Mientras un 40% de las empresas logró recuperar niveles de actividad similares a los de 2019 en el verano de 2021, otros, como la hostelería y el comercio, tardaron más», apunta. En opinión de Santiago Aparicio, la capacidad empresarial soriana para resistir a la pandemia ha sido un «reflejo» de su competencia para ajustarse a circunstancias adversas.

«Apostar por la digitalización, la formación y la sostenibilidad será clave para asegurar la competitividad de las empresas sorianas en un entorno cada vez más cambiante», concluye.

EL RECUERDO DE...

JOSÉ PEDRO LÓPEZ CABRERIZO | Hostelero

«Lo bueno es que pude disfrutar de mis hijos. No había miedo a perder clientes porque todos estábamos en la misma situación»

CARMEN J. RUIZ PAREJA | Alzheimer Soria

«Nos hizo más fuertes en lo que menos imaginábamos y quiero recordar nuestro lema: 'Gracias a los que nos han... covid-jado'»

LAURA CHAMARRO | Directora del Colegio Escolapios

«El Covid-19 supuso un gran reto para toda la comunidad educativa y lo superamos con muy buena nota»

TEMA DEL DÍA | CINCO AÑOS DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

VIENE DE LA PÁGINA ANTERIOR

mismo podríamos decir de Atención Primaria o los servicios de Urgencias, Medicina Interna o UCI, que fueron los que asumieron desde el primer momento la demanda masiva de atención. Hoy sin duda están mejor preparados en medios diagnósticos, técnicos y profesionales», garantiza.

En el caso de Medicina Interna, concreta León, «se han fidelizado todos los residentes que han ido acabando su formación en estos años.

Además, se contrató otra compañera con formación MIR de Medicina Interna procedente de otra unidad docente de la Comunidad, y contamos con un facultativo más en la plantilla de Neumología. Y puedo asegurar que este año se incorporará otra internista que, recién finalice su formación, formará parte de nuestro servicio». Además, las puertas están abiertas: «Ahora mismo cualquier facultativo médico que quiera trabajar en Soria, puede hacerlo, y con contratos de larga duración», garantiza.

El virus nos dio una lección y dejó algunas mejoras pero, asume la directora médica, hay todavía retos que afrontar para que, si llega una nueva pandemia, estemos mejor preparados. «Hay que empezar por cuidar a los profesionales», apunta. Porque serán de nuevo los que estén «en primera línea». Pero, además, hay que insistir en la formación: «A día de hoy, los médicos podemos formarnos de forma continuada y a demanda prácticamente. Aunque no podamos saber de todo, sí debemos insistir en

mantenemos actualizados, incorporando nuevas tecnologías, trabajando con protocolos y por procesos, elaborar planes de contingencia y formarnos en emergencias y primeros impactos para actuar con rapidez».

PARÓN DE LA ECONOMÍA. La cara B de lo que supuso el estado de alarma de la covid fue el duro impacto en la actividad económica, restringida a los servicios esenciales. El presidente de la Federación de Organizaciones Empresariales Sorianas (FOES), Santiago

Aparicio, pone el acento en las medidas excepcionales adoptadas por las administraciones y los créditos ICO, «fundamentales para evitar el colapso de muchas empresas». En la provincia de Soria se tramitaron más de 1.800 ERTE (Expedientes de Regulación Temporal de Empleo), que afectaron a unos 11.000 trabajadores. «Conscientes de su importancia, FOES ayudó a las empresas aportándoles información sobre estas dos valiosas herramientas y en los trámites necesarios», refiere Aparicio.



EUCENIO GUTIERREZ

PACIENTE

«Estaba todo muy fresco. No había experiencia previa»

«Después la gente dejó de venir a la peluquería por miedo. Fue duro»

BLANCA HERRERO Primera en usar zona covid

No era covid, sino gripe A. Sin embargo, en aquellos primeros días de incertidumbre que precedieron a la declaración del estado de alarma, el protocolo marcaba que toda persona que hubiera llegado de países asiáticos afectados por el coronavirus debía ser aislada. Blanca Herrero, peluquera de Covalada, acababa de volver de Singapur y se encontraba mal. «Tenías que ingresar hasta que salieran los resultados», recuerda ahora desde la distancia. Ella fue el primer caso sospechoso de covid en la provincia de Soria y la primera per-

sona que fue puesta en cuarentena en la zona especial que se había habilitado para ello en el Hospital Universitario Santa Bárbara. En un contexto de incertidumbre hacia la que se avecinaba y teniendo en cuenta la grave situación que comenzaba a vivirse en Italia y otros países europeos, un equipo se personó en su domicilio para proceder a su evacuación. Pero todo era tan nuevo que no se sabía cómo proceder. «Estaba todo muy fresco. No había experiencia previa. Tardaron mucho en subir a por mí y luego estuve mucho rato esperando en la ambulancia hasta que me pasaron a Urgencias», explica Blanca. No sintió tanto miedo como incertidumbre y, sobre todo, aburrimiento. Aquellos días aislada a la espera de que llegaran los análisis desde el único laboratorio de referencia, en ese momento ubicado en Madrid, fueron terribles. «Lo único que tenía era el móvil para comunicarme con la familia» y para saber qué estaba pasando fuera de aquella «burbuja», explica. Los resultados, finalmente, dieron negativo, pero los efectos de aquel aislamiento perduraron. «La gente dejó de venir un tiempo a la peluquería por miedo», recuerda. Fue una época «dura», recalca. Lo único positivo de aquello, señala, es que experiencias así «nos hacen más humanos».

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

«La televisión local se convirtió en un referente en Soria»

«De repente la actualidad se paralizó y sólo hablábamos de la covid»

FERNANDO ORTE Director Informativos La 8 Soria

La 8 Soria fue durante el confinamiento los ojos que permitieron ver qué estaba sucediendo más allá de las ventanas cuando se decretó el confinamiento de la población. Desde el punto de vista profesional, señala Fernando Orte, actualmente jefe de Informativos del canal televisivo, fue «todo un reto» que se afrontó sin tener referentes previos y, a la vez, un período apasionante desde el punto de vista informativo. «Estaba pasando algo a nivel mundial y nosotros lo estábamos contando a nivel de Soria», explica. De

la noche a la mañana, todas las noticias giraban en torno al Covid-19. «Toda la actualidad se paralizó», recuerda Orte. Sin embargo, ni en los informativos ni el programa especial *Soria Estado de Alarma*, que presentó el director de Promecal Soria, Iván Juárez, se quedó nunca faltar de contenidos. La gente abrió sus casas telemáticamente al plató de La 8 Soria. La videollamada o el zoom se convirtieron en grandes aliados informativos, «y aún lo siguen siendo», apunta. El esfuerzo que realizó el equipo de La 8 Soria, que se dividió en dos grupos para evitar los contagios (no los hubo durante el período de vigencia del estado de alarma), se vio recompensado con unas altísimas audiencias. «Nos convertimos en un referente para la gente, incluso para los que habitualmente no nos ven tanto, como la gente joven», declara. Dentro de la maraña de incertidumbre de aquellos días, La 8 Soria y el resto de medios del Grupo Promecal, ofreció una información veraz, «basada en datos oficiales», que arrojó luz en aquellos días de angustia. Ser periodista implica a veces «hablar de tragedias cogiendo un poco de distancia», pero reconoce que la rutina del trabajo a casa sí que le hizo mella mentalmente. «Tu vida estaba muy limitada», insiste.

El estrés afecta a los accidentes cerebrales

Algunas personas que viven con estrés crónico tienen un mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. Esta es la conclusión de un estudio del Hospital Universitario de Helsinki (Finlandia), publicado en *Neurology*. La investigación, realizada a 426 hombres y mujeres de entre 18 y 49 años, encontró una asociación entre el estrés y un ictus, aunque no probó que el primero cause un derrame cerebral.



40

POR CIENTO de los españoles que sufren soledad no deseada también padecen depresión o ansiedad. Este sentimiento afecta al 23,3 por ciento de los hombres y al 29,7 de las mujeres, especialmente en las clases sociales más desfavorecidas, y suele deberse a la falta de apoyo familiar.

PATOLOGÍAS | UNA AFECCIÓN CRÓNICA MUY COMÚN

CONOCIENDO A UNA DESCONOCIDA LA ENDOMETRIOSIS

Esta enfermedad, que se produce cuando el tejido endometrial crece de manera anómala en lugares diferentes al interior del útero, afecta a entre el 10 y el 15 por ciento de las mujeres en España y provoca fuertes dolores en la menstruación

SPC

Buena parte de la sociedad desconoce hoy en día algunas de las enfermedades que el ser humano sufre y cuáles son sus efectos sobre nuestra salud. Uno de esos casos es la endometriosis, una patología crónica y generalmente progresiva que todavía permanece infradiagnosticada y que este viernes ha celebrado su Día Mundial. Según la Asociación de Afectadas de Endometriosis Estatal (ADAEC Estatal), este trastorno afecta a entre el 10 y el 15 por ciento de la población femenina, lo que significa que, aproximadamente, entre 2.300.000 y 3.500.000 mujeres la sufren en España.

«Como vemos, se trata de una enfermedad muy común que, sin embargo, continúa siendo una desconocida para gran parte de las personas», resume el doctor Julio Maset, médico de Cinfra. «Este desconocimiento lleva a no saber identificar sus síntomas, así como a normalizar el dolor durante la menstruación en vez de buscar un diagnóstico y ayuda médica que permita frenar su avance. Sobre todo, es muy importante concienciarse de que la regla debe ser indolora o, si hay dolor, tiene que ser leve y no incapacitar, asegura el facultativo.

Aunque no se conoce la causa de la endometriosis, sí sabemos que se produce cuando el tejido endometrial -que tapiza el interior del útero y facilita la implantación del óvulo fecundado- crece de manera anómala en lugares diferentes al interior del este órgano. «Normalmente, el endometrio prolifera durante el ciclo menstrual y esa parte es expulsada mediante el sangrado menstrual si no se produce embarazo. Pero, al desarrollarse fuera del útero, en zonas sin posibilidad de salida al exterior, se va acumulando sangre en ellas de manera crónica, lo que provoca un fuerte dolor menstrual», explica el doctor Maset. Cualquier parte del cuerpo pue-



de verse afectada, pero las más frecuentes son los ovarios, los ligamentos que los sostienen, el espacio entre recto y vagina o entre vejiga y útero y, con menor frecuencia, las trompas de Falopio, intestino y color, y vejiga y vagina.

INCOMPRENSIÓN DEL ENTORNO.

La mayoría de los casos de endometriosis se manifiestan con dolor pélvico crónico (dismenorrea), sangrado menstrual abundante y/o entre reglas, dolencias durante el coito, molestias urinarias, fatiga crónica y problemas de fertilidad. «Esta sintomatología, especialmente el dolor, puede llegar a ser muy incapacitante y a reducir la calidad de vida de la mujer, que ve afectado su bienestar físico y psicológico. A todo ello, se suma que, a menudo, se siente incomprendida por su entorno familiar, laboral, social y sanitario», añade el experto de Cinfra.

Por ese motivo, resulta primordial un diagnóstico precoz que permita iniciar el tratamiento en las primeras fases de la enfermedad. Como insiste Maset, «si hay dolor intenso coincidiendo con las menstruaciones, estas son muy abundantes o duran más de siete días o si la mujer intenta quedarse embarazada sin conseguirlo, es necesario consultar a un ginecólogo».

Dado que actualmente no existe cura para la endometriosis, el tratamiento se basaba habitualmente en la administración de analgésicos para mitigar el dolor, pero ahora, con terapia hormonal se logra que ese tejido endometrial no crezca en función del ciclo menstrual. En algunos casos, sobre todo si se han formado quistes, si el dolor es muy intenso o si existe infertilidad, puede ser necesaria una cirugía.

«Llevar una dieta equilibrada y no restrictiva, practicar deporte con regularidad y aprender a lidiar con el estrés es crucial para las mujeres con endometriosis a la hora de mantener bajo control su enfermedad. Pero su mejor garantía es un diagnóstico temprano», zanja Maset.

Consejos para lidiar con el trastorno

1 Evitar las dietas alimentarias muy restrictivas. Sigue una alimentación sana y equilibrada, que incluya cinco comidas al día.

2 Mantener la cafeína a raya. Esta sustancia puede influir negativamente sobre los

síntomas de la endometriosis.

3 Practicar deporte con regularidad. Conviene establecer una rutina para realizar ejercicio físico de manera habitual.

4 Intentar reducir el estrés. Un ritmo de vida inadecua-

do y que se prolonga en el tiempo puede causarte un desequilibrio hormonal.

5 No normalizar el dolor. No hay que habituarse a vivir con molestias ni a recurrir siempre a los medicamentos; en su lugar, consultar al ginecólogo.

UN PEDIATRA ADVIERTE QUE EL 30% DE LOS NIÑOS PRESENTA PROBLEMAS DE SUEÑO

El 30 por ciento de los niños presenta problemas de sueño a lo largo de su desarrollo y trabajar en su mejoría puede disminuir en ese mismo porcentaje la probabilidad de sobrepeso y en un 25 por ciento el riesgo de ansiedad y depresión, además de aumentar en un 40 por ciento el rendimiento escolar, según advirtió recientemente el pediatra Gonzalo Pin. «Durante estos primeros años, el sueño sirve para que se vayan formando las redes neuronales que van a durar durante toda la vida».



añadió el coordinador del Comité de Sueño y Cronobiología de la Asociación Española de Pediatría (AEP) recientemente en una rueda de prensa organizada junto a la Sociedad Española del Sueño (SES) con motivo de la celebración del Día Mundial del Sueño este viernes. «Los horarios, tanto académicos como escolares como familiares y el estrés y la rapidez de las cosas, impiden tener la oportunidad de dormir las horas que cada niño necesita», explicó el doctor, que también quiso enfocarse en la adolescencia. En este sentido, detalló que una medida positiva podría ser el retrasar el horario de inicio del instituto.

ODONTOLÓGICA | UNA LARGA VIDA ÚTIL

EUROPA PRESS

Los implantes dentales han sido una solución confiable para la sustitución de dientes perdidos desde hace más de 50 años. Desde que se comenzó a utilizar la técnica en los años 60, su popularidad ha crecido enormemente. Se estima que más de tres millones de personas en todo el mundo han recibido este tipo de piezas.

Hasta ahora se hablaba de su duración con 10 años vista. Sin embargo, un nuevo informe señala que estos aparatos utilizados para sustituir dientes individuales perdidos siguen funcionando bien después de varias décadas, según un estudio de la Universidad de Gotemburgo (Suecia), que ha demostrado que después de casi 40 años todos los implantes examinados seguían en su sitio y plenamente funcionales.

El análisis, publicado en la revista *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, es el más largo del mundo sobre seguimiento de implantes dentales unitarios y se basa en la observación de un pequeño grupo de pacientes que recibieron este tipo de piezas para sustituir dientes perdidos entre 1982 y 1985.

La investigación realizada por el profesor Per-Ingvar Branemark ha descubierto cómo el hueso se integra con los implantes de titanio ha permitido a millones de pacientes sustituir los dientes perdidos con una solución fiable y duradera.

De los 16 pacientes que recibieron implantes durante el período de estudio, 13 participaron en el seguimiento, realizado en la Clínica Branemark, del Servicio Dental Público de Västra Götaland. Estas 13 personas recibieron un total de 18 prótesis.

«Es impresionante que los aparatos unitarios funcionen tan bien después de tanto tiempo. Aunque el estudio incluyó un pequeño número de pacientes, los resultados muestran que los implantes permanecen en su sitio y que la pérdida ósea a su alrededor prácticamente no ha cambiado después de 40 años. Esto confirma que la base que estableció Branemark sigue siendo válida», afirma Sargon Barkarmo, prostodoncista y profesor titular de la Universidad de Gotemburgo.

Una prótesis dental es una raíz dental artificial de titanio que se coloca quirúrgicamente en el hueso maxilar, donde se integra y estabiliza. A continuación se fija una corona al implante, que aporta funcionalidad y estética.



LA RESISTENCIA AL TIEMPO DE LOS IMPLANTES DENTALES

Un estudio confirma que estas prótesis son una solución confiable para el paciente, al mantener su funcionalidad 40 años después

Las coronas colocadas sobre los implantes tenían una vida útil más corta que los propios implantes. A los 40 años de seguimiento, únicamente quedaba un 60 por ciento de las originales, y muchas habían sido sustituidas una o más veces.

«El estudio demuestra que las coronas se sustituyeron en su mayoría por motivos estéticos y no por fallos técnicos. En el futuro, los tratamientos con implantes podrían mejorarse aún más con el desarrollo de nuevos materiales para las coronas», afirma Jan Kowar, prostodoncista y profesor titular de la Universidad de Gotemburgo, y coautor del estudio.

Los investigadores señalan que, por desgracia, los sistemas de implante más antiguos, que han demostrado una gran eficacia, ya no

Anteriormente se estimaba que la duración de estas piezas era de una década

están disponibles en el mercado. Esto se debe a la continua introducción de nuevos sistemas que sustituyen rápidamente a los de mayor tiempo, a pesar de su éxito demostrado a largo plazo.

El informe concluye que los implantes colocados con técnicas quirúrgicas bien planificadas y con un tiempo de cicatrización suficiente tienen un pronóstico excelente pasado un importante período de tiempo.

«Hoy en día se utilizan habitualmente métodos que aceleran el tratamiento y la cicatrización. Estos métodos también requieren un seguimiento a largo plazo y una evaluación cuidadosa para garantizar unos resultados igual de buenos a lo largo del tiempo», afirma Sargon Barkarmo.

DERMATOLOGÍA

La tinta de los tatuajes podría aumentar el riesgo de cáncer de piel y linfoma

E. PRESS

Los tatuajes se han convertido en una moda instalada y con gran implantación especialmente entre los jóvenes, pero en mayor o menor medida en cualquier rango de edad. Sin embargo, pocos se plantean el impacto que estos pueden tener en su salud a largo plazo.

Un estudio realizado con datos de 5.900 gemelos daneses por investigadores de la Universidad del Sur de Dinamarca, junto con la Universidad de Helsinki (Finlandia), ha mostrado indicios de que la tinta de estos dibujos puede aumentar el riesgo de cáncer de piel y linfoma, debido a que la sustancia se acumula en los ganglios linfáticos.

Utilizando datos de parejas de gemelos daneses, descubrieron que a los individuos tatuados se les diagnostican con más frecuencia este tipo de enfermedades en comparación con los que no tienen.

Las partículas de tinta en el cuerpo pueden afectar al sistema inmunitario. Los ganglios linfáticos son una parte crucial de este, ya que ayudan a combatir las infecciones y a filtrar las sustancias nocivas del organismo.

Cuando la tinta de estos grabados penetra en la piel, parte de ella es absorbida por los propios ganglios linfáticos. A los investigadores les preocupaba que la tinta pueda desencadenar una inflamación crónica en los ganglios linfáticos, lo que con el tiempo podría provocar un crecimiento celular anormal.



Un tatuador dibujando. / EFE

CASTILLA Y LEÓN



Manifestación por las calles de Valladolid en defensa de la sanidad pública convocada por CCOO y UGT. ICAL



Carteles en la manifestación para solicitar más sanitarios en El Bierzo. ICAL



Miembros del PSOE de Castilla y León en la manifestación de ayer. ICAL

Miles de personas toman la calle en Valladolid en defensa de la sanidad pública

UGT y CCOO cargan contra las «interminables» listas de espera en una manifestación con 5.000 personas / «Esto ya no se puede sostener, la gente ha dicho basta», asegura la vicesecretaria general del PSOE CyL, Nuria Rubio

VALLADOLID Miles de castellanos y leoneses (5.000 según fuentes de la Policía Municipal) recorrieron este sábado las calles de la ciudad de Valladolid, en una manifestación convocada por CCOO y UGT y respaldada por más de quince plataformas, en defensa de la sanidad pública en la Comunidad. A la marcha se sumaron también partidos políticos como PSOE, Podemos, IU y Sumar.

Una gran pancarta con el lema 'Defendamos nuestra sanidad pública. Defendamos nuestros derechos' abrió la manifestación, que contó con la presencia de plataformas locales de las distintas provincias para reivindicar

dar visibilidad a problemas sanitarios en sus territorios. 'La sanidad pública no se vende, se defiende', 'Somos pacientes, no clientes' fueron algunas de las consignas que se escucharon durante el recorrido, con banderas de todas las provincias y del Bierzo, así como con mensajes locales y más autonómicos, siempre en defensa de la sanidad pública.

Así, al inicio de la protesta intervinieron los dos líderes de ambos sindicatos convocantes. En primer lugar, el secretario general de UGT en Castilla y León, Óscar Lobo, quien confió en que esta protesta «provoque un cambio en la gestión pública de Castilla y

León», en un «verdadero acto de Comunidad, porque la sociedad no se conforma con la sanidad pública actual». «Estamos viendo como las listas de espera son interminables. No se puede jugar con la salud de los ciudadanos y cualquier retraso en una prueba diagnóstica pone en riesgo su salud», comentó, para advertir de la Atención Primaria en el medio rural, con «consultorios abandonados», informal.

Por su parte, su homólogo de CCOO, Vicente Andrés, se refirió a las «amenazas graves» que pueden poner en riesgo la sanidad pública y mencionó las «interminables» listas de espera,

porque la gente «cuando tarda mucho en acudir al médico, se busca otras alternativas, igual que cuando las pruebas diagnósticas se alargan eternamente, porque la gente quiere encontrar soluciones a sus problemas de salud y de vida». «Si la sanidad pública no les atiende, hay una tendencia a la privada, por lo que sospechamos que pudiera ser que sea una cosa intencionada. Son dos elementos que se complementan. Si ha deterioro de la pública, hay negocio en la privada. Cuanto peor vaya una, mejor va otra. Y es el riesgo que observamos», alertó.

Apoyaron la protesta formaciones como el PSOE y Podemos. Así, la vice-

secretaria general de los socialistas de Castilla y León, Nuria Rubio, que acompañó al secretario de Organización, Daniel de la Rosa, entre otros, reivindicó un «derecho fundamental» como la sanidad pública, «desmantelada por el Gobierno de Mariano Rajoy durante todos estos años». Destacó que a la protesta llegó «gente de todas las comarcas y provincias» y reprochó las inversiones de la Junta en sanidad privada, que «crea desigualdad entre las personas que tienen más y menos recursos, sino también entre las que viven en diferentes territorios, porque no hay sanidad privada en zonas rurales».

CRÓNICA



NAVARRA, SEDE DE UN ESTUDIO MUNDIAL

El investigador principal del estudio, Miguel Ángel Martínez-González (tercero por la izda.), con los coordinadores de equipo de UNATI en Pamplona. CRÓNICA

YA HAY 4.000 APUNTADOS Se buscan 6.000 bebedores para demostrar que el alcohol, con moderación, no es tan malo

Medio millar de médicos, liderados por 'el sabio de la dieta mediterránea', preparan una investigación pionera en el mundo para averiguar, por fin, si un vaso de vino al día es beneficioso. Financiada con 2,4 millones de euros, durará cuatro años

Por **Luigi Benedicto Borges**

«Queremos hacer historia, pero necesitamos ayuda. Buscamos a 10.000 voluntarios entre 50 y 70 años que tomen algo de alcohol». La investigadora Patricia Romero-Marco no puede ocultar su ilusión. Ella es una de los 500 médicos y profesionales que participarán en el mayor proyecto de investigación del mundo destinado a determinar si el consumo moderado de alcohol, siguiendo el patrón mediterráneo, es igual de seguro que la abstinencia en términos de mortalidad y de desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, depresión, demencia...

«Es un estudio sin precedentes que marcará las nuevas recomendaciones para la población sobre el consumo de alcohol», explica Romero-Marco, autora junto a otras dos científicas de otro estudio pionero. Durante 98 días, 40 monjas claustrales de Soria comieron 150 gramos de torrezno dos veces por semana y las conclusiones fueron contundentes: frito en aceite de oliva virgen extra, consumido con alimentos ricos en fibras y con una dieta saludable, lejos de ser perjudicial, mejoró los factores de riesgo y el síndrome metabólico en mujeres sanas con sobrepeso.

Ahora, todas las cifras se multiplican. El proyecto, denominado UNATI (University of Navarra Alumni Trialist Initiative), durará cuatro años y requiere reclutar a 10.000 bebedores ligeros o moderados antes de junio de 2025. Financiado por el Consejo Europeo de Investigación —el ERC Advanced Grant, destinado a estudios «altamente creativos e innovadores»—, cuenta con un presupuesto de 2,4 millones de euros y ya dispone de 4.000

voluntarios. Al ser de carácter público, el estudio estará al margen de cualquier conflicto de interés con los productores de bebidas alcohólicas, independencia clave para garantizar la credibilidad de los resultados. Se proporcionarán cuidados, revisiones médicas a los voluntarios con continuidad y consejos que, posteriormente, cada participante decidirá si los sigue o no.

Como su nombre indica, se capitaneará desde Navarra, siendo el investigador principal Miguel Ángel Martínez-González, catedrático de Medicina Preventiva de la Universidad de Navarra, profesor adjunto de Nutrición de la Universidad de Harvard, director del grupo CIBEROBN del Instituto de Salud Carlos III de Madrid y Premio Nacional de Investigación Gregorio Marañón en Medicina. «El diseño de este ensayo ha suscitado gran interés porque, además de contestar a preguntas muy prácticas, aplicará nuevas tecnologías y permitirá así que la carga de trabajo para los médicos investigadores se minimice y

no les interfiera en la atención clínica», asegura Martínez-González, tildado por quienes lo conocen como *el sabio de la dieta mediterránea*, «un máquina que trabaja muchísimo, un prodigio». Él, por su parte, resume el ambicioso proyecto como «la forma de otorgar a la salud pública la «mejor evidencia científica».

Los investigadores aún no han alcanzado un acuerdo claro sobre los efectos en la salud del consumo ligero de alcohol a largo plazo. El debate sobre el impacto de la ingesta moderada en los mayores de 50 años está lejos de llegar a un acuerdo. Los estudios concluyen con resultados contradictorios, pero la copa de vino en la comida de la dieta mediterránea ya ha mostrado sus potenciales beneficios en estudios previos como Predimed y Predimed-Plus. En ellos, el consumo de vino de modo ligero a moderado, medido a través de un biomarcador objetivo como el

«Es un proyecto sin precedentes que marcará las nuevas recomendaciones para la población sobre el consumo de alcohol», dice una investigadora

ácido tartárico se asoció con «una menor tasa de enfermedad cardiovascular en una población mediterránea con alto riesgo cardiovascular».

«Hace falta desarrollar una investigación de primer nivel como la nuestra para saber cuáles son los consejos que deberían impartirse», aseguran desde UNATI. Para apuntarse, los voluntarios deben entrar en inscripcion.proyectounati.com e introducir sus datos. Se aceptan hombres de 50-70 años y mujeres de 55-75 años de cualquier punto de España que consuman al menos tres bebidas a la semana, sumando cerveza, vino y licores. Los abstemios no pueden participar.

«Los voluntarios recibirán muchos beneficios», explica Romero-Marco. Quienes se inscriban y firmen el «consentimiento informado» recibirán, de forma gratuita, el apoyo de profesionales sanitarios altamente cualificados durante cuatro años. Deberán rellenar dos encuestas de 40 minutos al inicio y al final del proyecto y los especialistas abordarán la dieta, el control de peso, el bienestar emocional y otros aspectos de su salud. En base a sus respuestas y necesidades contarán con distintos *coaches*: nutricionistas, psicólogos...

Cada tres meses, habrá una reunión online, en pequeños grupos vía Zoom y la opción de participar con la cámara «encendida o apagada». «Se podrán intercambiar recetas, hablar con los demás y ver cómo van implementando sus mejoras», dice la investigadora.

Las únicas consultas presenciales serán en Soria. Allí desarrollarán UNATI-Sueño, que aprovechará la menor población de la región para ofrecer la presencialidad de una muestra representativa de pacientes que esclarezca cómo puede afectar el consumo moderado de alcohol a la calidad y a la cantidad del sueño.

UNATI busca ser un hito mundial. «En este estudio se van a resolver muchos grandes mitos y muchas grandes dudas. Cosas que aún se tratan como chascarrillos pero que no lo son, porque yo como nutricionista he tenido que decidir muchas veces en mi consulta cuál es la recomendación de alcohol que vas a dirigir al paciente», explica Romero-Marco, quien confía en que se esclarezca si un vaso de vino al día es beneficioso al tiempo que España se convierte en el país líder mundial de estudios sobre el alcohol. @LuigiBBorges

LA MITAD DE LOS ADULTOS Y UN CUARTO DE LOS NIÑOS ESPAÑOLES DUERME POCO Y MAL

Secuelas. Robar horas al sueño tiene una repercusión negativa sobre la salud. Aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares o diabetes

Por C. G. Lucio

En España, en general, dormimos poco y mal. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el 54% de la población adulta española duerme menos de las horas recomendadas y un 48% no tiene un sueño de calidad durante su descanso nocturno.

Los expertos recomiendan dormir al menos entre 7 y 9 horas diarias en el caso de los adultos. Y, sin embargo, la mayoría no llega al mínimo. Ya sea por ver otro capítulo en Netflix, por acabar ese informe pendiente o porque el pequeño tiene fiebre otra vez, muchos españoles no duermen lo suficiente. Algunos piensan que no lo necesitan, pero la realidad es que, según datos de la SEN, menos del 5% de la población se puede catalogar como «dormidor corto», ese que tiene suficiente con dormir entre 5 y 6 horas al día para encontrarse descansado y bien.

Aunque pueda parecer inocuo, la realidad es que robar horas al sueño tiene consecuencias. «Si nuestro sueño no tiene una duración adecuada, se verá afectada nuestra salud», señala en un comunicado Cella García Malo, coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología. A corto plazo, experimentaremos problemas de capacidad

de atención, de productividad y sensación de sentirnos cansados y somnolientos durante el día, explica. Además, también puede hacer que estemos más irritables y con peor estado de ánimo. Pero las repercusiones de dormir poco más mucho más allá de esos reveses en el día a día.

Distintas investigaciones han puesto de manifiesto que quienes roban menos de lo recomendado tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades como las cardiovasculares. El metabolismo se ve afectado por esa falta del sueño, por lo que dormir poco también afecta el riesgo de obesidad y diabetes, lo que también influye en las posibilidades de desarrollar más adelante una enfermedad vascular.

La falta de sueño también se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedades neurodegenerativas y con trastornos mentales como la depresión. Por otro lado, también se sabe que la falta de sueño aumenta el riesgo de accidente y, de hecho, se estima que esta carencia está detrás del 30% de los accidentes de tráfico en España. En definitiva, no dormir lo suficiente supone un verdadero problema de salud pública.

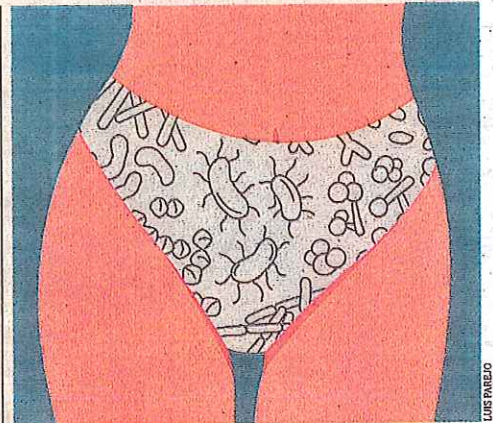
La carencia, además, no solo afecta a los adultos. La SEN estima que el 25% de la población infantil no tiene un sueño de calidad y que solo el 30% de los niños mayores de 11 años duermen el número adecuado de horas. Se recomienda que los niños mayores de dos años duerman más de 10 horas al día mientras que la recomendación para los adolescentes es que su sueño sea de al menos 8 horas cada noche.

La Sociedad Española de Neurología Pediátrica (SENEP) calcula, además, que entre el 20% y el 40% de los niños tendrán algún problema relacionado con el sueño en algún momento de su desarrollo.

En niños, advierte el organismo, los trastornos del sueño pueden ser en ocasiones un síntoma de enfermedad neurológica subyacente. Por ejemplo, en niños con sospecha de TDAH es fundamental evaluar el sueño. También es una condición frecuente en niños con epilepsia o con trastornos del espectro autista.

En ese sentido, la SENEP reivindica la importancia de la identificación y tratamiento de los trastornos del sueño en la edad pediátrica, y la importancia de la coordinación entre Atención Primaria y Neuropediatría para su manejo.

SALUD



ENFERMERA SATURADA

VAGINOSIS BACTERIANA, POSIBLE NUEVA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Ginecología. Este molesto trastorno de la microbiota vaginal afecta a una de cada tres mujeres en edad reproductiva. Un nuevo estudio confirma que la vía sexual también interviene en su contagio

Las estadísticas nos dicen que, en España, aproximadamente una de cada tres mujeres en edad reproductiva tiene vaginosis bacteriana. Se trata de una molesta enfermedad que aparece cuando la microbiota vaginal se desequilibra y provoca que proliferen cierto tipo de bacterias dañinas. Un estudio publicado esta misma semana en *The New England Journal of Medicine* abre la puerta a empezar a considerarla una infección de transmisión sexual.

¿Por qué se produce?

Hasta ahora las causas que provocaban esta alteración en la microbiota vaginal no estaban demasiado claras. Si conocíamos que las relaciones sexuales sin protección, el exceso de higiene, los cambios hormonales durante el ciclo o los lavados vaginales aumentaban las probabilidades de sufrir ese desequilibrio, pero no había una causa clara y las reinfecciones eran frecuentes.

¿Cuáles son sus síntomas?

Los más frecuentes son la aparición de secreción vaginal que puede ser de color gris, blanca o verde, mal olor, picazón y ardor al orinar. Síntomas todos ellos muy

molestos y que son motivo frecuente de consulta.

El nuevo escenario que se plantea

Con la publicación de este reciente estudio, se abre la posibilidad de un nuevo escenario: considerar a la vaginosis bacteriana como una infección de transmisión sexual. Y es que hasta ahora el tratamiento de este problema de salud consistía únicamente en tratar a la mujer con antibióticos por vía oral y/o vaginal, todo para conseguir restaurar de nuevo el equilibrio bacteriano en el interior de su aparato reproductor. Un tratamiento que no siempre es del todo eficaz, ya que es frecuente que la vaginosis se repita una y otra vez. ¿Y qué hicieron los autores del estudio? Tratar también con antibióticos a las parejas masculinas de estas mujeres, consiguiendo resultados prometedores.

¿Y ahora qué?

Este estudio viene a confirmar las sospechas de un nutrido grupo de expertos en salud reproductiva y sexual, que siempre creyeron que la vaginosis bacteriana se estaba transmitiendo por vía sexual. A la vista de estos resultados solo queda esperar un cambio en los protocolos de tratamiento.



CUANDO ALGUIEN PROPONE QUE TU RIÑÓN PARA UN TRASPLANTE VALGA 50.000 DÓLARES: "ES PREOCUPANTE"

Órganos. Para abordar la escasez de riñones un grupo de presión pretende impulsar una ley en EEUU que compense económicamente a los donantes vivos. La iniciativa crearía un dilema ético ya que el altruismo es el principio innegociable en la política mundial de trasplantes, con España como referente

Por Jorge Benítez. Fotografía de Oliver Welken / Getty

Los riñones de donantes vivos son especialmente valiosos porque su longevidad operativa es mayor que los de un cadáver. Estos órganos del tamaño de un puño y con forma de alubia eliminan los desperdicios de la sangre y el exceso de agua. Equilibran sustancias químicas, elaboran hormonas que controlan la presión arterial y estimulan la médula ósea para que produzca glóbulos rojos. Guardan la clave del Klotho, la proteína que nos hace más jóvenes. Resultan ser tal maravilla fisiológica que incluso las máquinas de diálisis más sofisticadas fabricadas por el ser humano sólo son capaces de recuperar una parte de su actividad biológica.

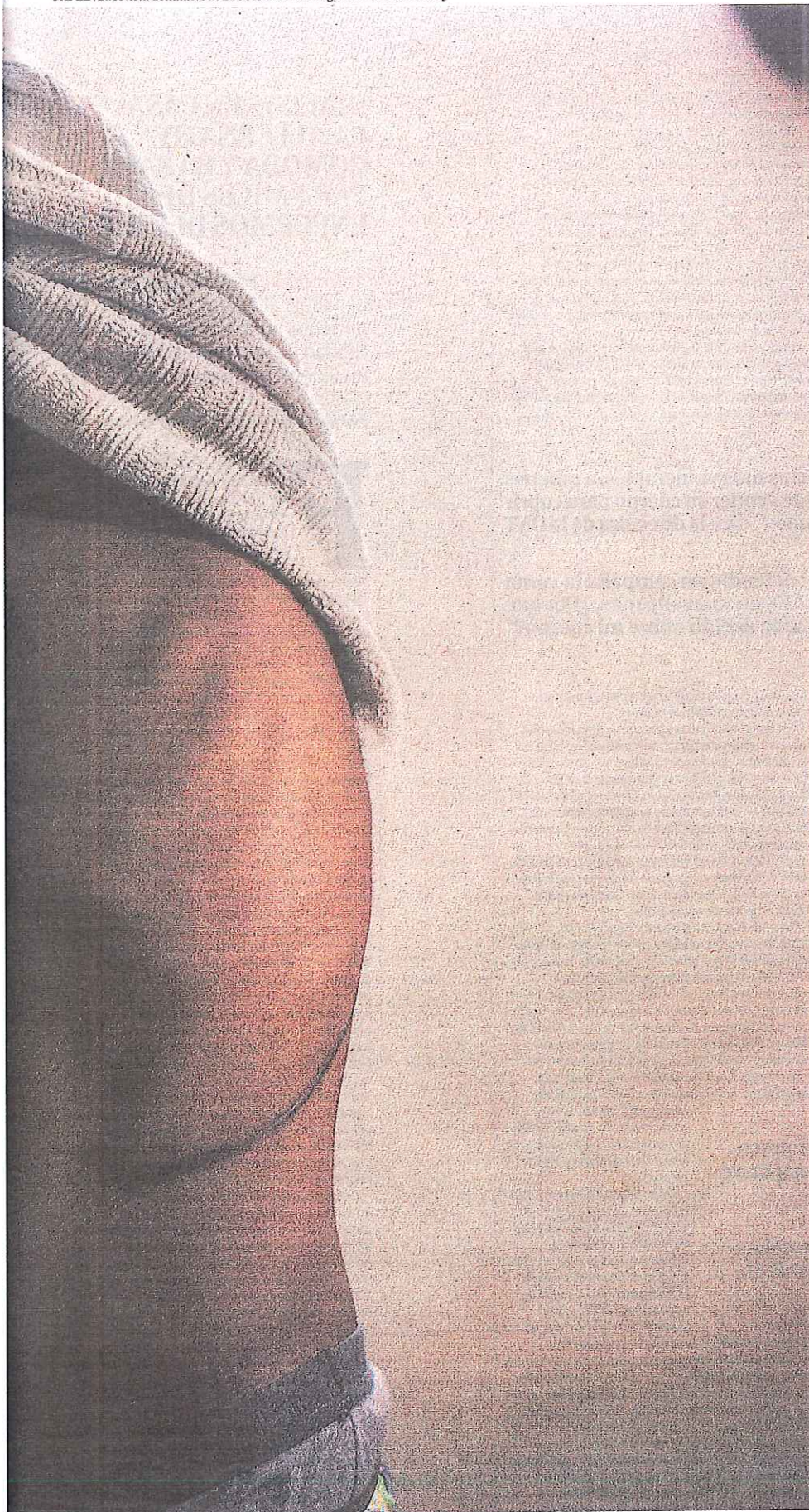
Ah... y hay gente que dice que valen un potosí.

A pesar de que el año pasado se hicieron más de 112.000 trasplantes de riñón en el mundo, su demanda es tan grande que ha provocado la resurrección de una idea que antes parecía sólo una teoría académica de economistas ultraliberales: ponerles un precio y colocarlos en el mercado como si fueran un artículo retro de Wallapop. Algo que, por primera vez, pretende lograr un grupo de presión en una gran democracia occidental.

Esta primavera, los defensores de la creación de un mercado de riñones van a presentar en el Congreso de EEUU un proyecto de ley que contempla exenciones fiscales para compensar a los donantes vivos: la persona que haga entrega de uno de sus órganos recibiría 50.000 dólares. Con esta importante cantidad de dinero se pretende estimular la donación al compensar los salarios perdidos por el tiempo dedicado a pruebas e ingresos hospitalarios, además como «forma de agradecimiento» por su aportación al bienestar de la comunidad.

Una futura aprobación de la que se conoce como *Ley para poner fin a las muertes renales* supondría una transgresión de los convenios internacionales de trasplantes que defienden explícitamente que ni el cuerpo humano ni sus partes pueden ser objeto de





ánimo de lucro. «Claro que es preocupante que una iniciativa así pueda tener éxito», dice Beatriz Domínguez-Gil, nefróloga y directora general de la Organización Nacional de Trasplantes. «Europa está blindada en ese sentido, pero si un país como Estados Unidos, con tan extraordinaria capacidad de influencia, aprobara esta ley podría tener un enorme impacto en otros países».

El proyecto de ley pretende abrirse hueco en Washington en un momento en el que la sanidad estadounidense es sacudida cada día con un nuevo *electroshock*. En apenas unos meses, Donald Trump ha puesto en cuestión todo su funcionamiento. Ha colocado al frente de su gestión a un antivacunas declarado, ha recortado los fondos de los principales organismos sanitarios de la mano de Elon Musk y ha debilitado la salud pública mundial abandonando la OMS. En estas circunstancias, puede pasar cualquier cosa con los riñones.

El impacto de una medida de este estilo en EEUU podría suponer un estímulo más para los defensores del mercado de órganos. El más destacado es Javier Milei, presidente de Argentina, que en su campaña electoral lo reconoció sin tapujos. «Se trata de un mercado más», dijo. «Eso es una decisión de cada uno. ¿Por qué no puedo decidir sobre mi cuerpo?».

Por el momento, Argentina no ha modificado su estrategia de trasplantes, basada en la solidaridad y que cuenta con un modelo muy similar al español. «Hay una serie de figuras prominentes que periódicamente plantean este escenario», reconoce Domínguez-Gil. «Se puede disfrazar como se quiera: unos hablan de exenciones fiscales, otros de pagar la universidad a los estudiantes o de garantizar una pensión. Pero todo se reduce a lo mismo: un incentivo económico».

La cara visible de la recompensa por riñones en EEUU es Elaine Perlman, activista que cuenta ya con el apoyo de distintos legisladores republicanos y demócratas. «La respuesta a nuestro proyecto ha sido abrumadoramente positiva», dice Perlman sin disimular su optimismo. «Nuestra iniciativa es única: salva vidas y reduce el gasto público. A lo largo de la próxima década se pueden evitar 100.000 muertes innecesarias en el país y ahorrar a los contribuyentes hasta 37.000 millones de dólares».

Perlman es la madre de un joven que, en 2017, le comunicó que al cumplir la mayoría de edad no iba pedirle un coche o la casa vacía para montar una fiesta con los amigos, sino cumplir un deseo: donar uno de sus riñones a un desconocido. Ella se quedó impresionada y también muy preocupada. Así que se puso a estudiar las consecuencias y riesgos médicos que tiene en la salud desprenderse de un riñón. Su hijo finalmente se sometió a la intervención. Elaine siguió sus pasos meses después.

De esta manera empezó la campaña de Perlman por todo el país para fomentar las donaciones renales en vida a través de charlas y coloquios. Hay que recordar que la inmensa mayoría de este tipo de actos de generosidad se realizan para ayudar a familiares o amigos y sólo un 3% están dirigidos a personas desconocidas.

Casi una década después, Perlman lidera «una solución» que promete un ahorro de dinero al contribuyente y también a las aseguradoras, capitales en el sistema sanitario estadounidense. «La diálisis no sólo es físicamente agotadora para los pacientes, sino que también es una carga financiera para el sistema sanitario», sostiene. «Al aumentar el número de trasplantes, esta ley reducirá los gastos médicos a largo plazo al tiempo que mejorará de forma drástica la calidad de vida».

De tener éxito esta mujer, el país más poderoso del mundo se uniría a un peculiar y muy reducido club de naciones que permiten los pagos a donantes vivos de órganos, lista que curiosamente encabeza su gran enemigo atávico: Irán. Y cuenta también, con matices, con Arabia Saudí e Israel.

En Estados Unidos muchos médicos se han mostrado contrarios a los postulados de Perlman y consideran que los problemas del sistema no se solucionarían pagando. En la actualidad, EEUU es el segundo país con mayor índice de donaciones por millón de habitantes, sólo detrás de España, si bien su



➔ organización de trasplantes está siendo muy cuestionada. Tanto que hasta el *New York Times*, en una investigación publicada el mes pasado, la describió como «caótica». Por ejemplo, puso bajo sospecha el funcionamiento de las listas de espera de los trasplantes, que considera contaminadas por la «conveniencia y el favoritismo». «El problema es que hay países donde la sanidad está construida de otra manera a la europea y no hay un acceso equitativo al sistema sanitario y a las terapias de alto coste, lo que aumenta el riesgo de que se implanten estas iniciativas», apunta Beatriz Domínguez-Gil.

La propuesta de pagar por riñones es tan audaz como controvertida moralmente.

Perlman lo valora en 50.000 dólares. ¿Por qué 50.000 y no 5.000 o 500.000? La cifra, según ella, equilibra el dinero ahorrado de un trasplante en lugar del tratamiento de diálisis continuado. Además se trata de una cantidad lo suficientemente atractiva como para incentivar a los

donantes potenciales a dar el paso.

Uno de los grandes defensores en EEUU del fin de la prohibición de la venta de órganos es Frank McCormick, ex director de estudios económicos del Bank of America, que afirmó en una entrevista que la aprobación de esta propuesta sería un éxito y reduciría drásticamente la lista de espera. «Esta escasez está matando gente», dijo. «Cada año más de 400.000 personas sufren diálisis innecesarias y mueren prematuramente».

Nadie duda de la rentabilidad económica de un trasplante respecto a la diálisis, la terapia que sustituye la pérdida de función renal por la que se limpian las toxinas y se extrae el exceso de agua en sangre. Aquí lo que se pone en cuestión es la fórmula para incrementar el número de intercambios de órganos. En España recibir un riñón sano resulta mucho más barato que la diálisis ya a partir del primer año. Cinco años de tratamiento de un solo paciente trasplantado ahorra a las arcas públicas 180.000 euros si se compara con la hemodiálisis y 90.000 euros respecto a la diálisis peritoneal.

Pero, ¿quiénes serían los proveedores de órganos en el presunto mercado idílico propuesto por Perlman y McCormick? Beatriz Domínguez-Gil lo tiene claro: los más vulnerables. «La gente que tuviera que vender su cuerpo para cubrir sus necesidades», dice. «Algo que aparte de injusto generaría un estigma en la donación, ya que esta se dejaría de ver como una responsabilidad de toda la sociedad».

Cuando a Elaine Perlman se le plantea este argumento, contraataca: «Los estadounidenses con rentas bajas tienen tres veces más probabilidades de necesitar un trasplante de riñón, pero sólo la mitad de probabilidades de recibirlo en comparación con las personas de rentas más altas. Así que la mejor forma

mercado al perder la fe en el sistema, ya que ellos donan porque creen que su órgano es un bien social».

A principios de siglo un brillante economista de la Universidad de Stanford llamado Alvin Roth se dio cuenta de que la compatibilidad de un riñón de un donante con un receptor no sólo era una cuestión médica, sino también económica. Así que diseñó un sistema de intercambio de riñones mediante un algoritmo que tenía el fin de regular el diseño de mercados de acuerdo con la oferta y la demanda. De esta manera se podía determinar el número de emparejamientos posibles maximizando el número de trasplantes. Así que optimizando economías de escala se podía llegar a conectar hasta 300 potenciales donantes de órganos.

Funcionaba de la siguiente manera. Imagine que usted quiere donar su riñón a su mujer y yo quiero donar el mío a mi madre. Por desgracia, somos incompatibles a pesar de los vínculos familiares. Roth proponía un sistema en que usted le diera su riñón a

“Afectaría a los más vulnerables, a quienes tuvieran que vender su cuerpo para cubrir sus necesidades”, dice la directora de la ONT

Javier Milei defendió en campaña la venta de órganos: “Es un mercado más. ¿Por qué no puedo decidir sobre mi cuerpo?”

mi madre y el mío pasara a su esposa creando una cadena de compatibilidad cruzada.

Pero Roth quiso ir más lejos con su gran idea, que empezó a ponerse en práctica. Pensó que no bastaba con implantar cadenas de trasplantes intervivos en EEUU, sino que, debido a la gran demanda y las dificultades de compatibilidad, lo más eficiente sería introducir en el programa de trasplantes estadounidense parejas incompatibles de donantes procedentes de países pobres. ¿Cómo? A cambio de una compensación. De esta manera, se reduciría la lista de espera y el sistema se ahorraría un dineral en diálisis. Más riñones para los americanos. Otra idea genial. Bueno, depende de cómo se mire.

«Para mí es genial a nivel económico, pero éticamente muy reprochable», dice la presidenta de la ONT, organismo que junto a sus homólogos europeos mostraron su rechazo al proyecto de Roth. La compensación, fuera la que fuera, resulta un incentivo pernicioso que podría sentar las bases de un mercado de órganos en el que los ricos fueran a buscar un riñón a África o al subcontinente indio. La propuesta del economista significaba una cosificación del cuerpo humano y una coerción implícita para que el más vulnerable se viera impulsado a comerciar con sus órganos. En definitiva, fue considerada por muchos como un primer paso para legalizar el turismo de trasplantes. No fue aceptada.

No hace falta decir que Alvin Roth tiene muy poca simpatía hacia la Organización Nacional de Trasplantes española.

Este académico ganó en 2012 el Nobel de Economía junto a Lloyd Shapley por la teoría de asignaciones estables y la práctica de diseño de mercado.

España revalidó el año pasado su predominio mundial en la donación superando otra vez su récord con 6.464 implantaciones de órganos, de las que más de 4.000 fueron de riñón. Su tasa de donación dobla la de la Unión Europea y es el primer país en superar la cifra de 50 donantes por millón de habitantes.

En Wallapop hay hoy a la venta varios «riñones». Los artículos que atienden a esta definición son rejillas de una marca de automóvil, alguna faja y hasta un libro escrito por un chef con estrella Michelin y un nefrólogo titulado *Por mis riñones que hoy como bien*.

DIÁLISIS EN CASA: LA ALTERNATIVA CÓMODA Y BARATA PARA MILES DE ENFERMOS DEL RIÑÓN

Autonomía. En la Fundación Renal Española alientan el rol activo del paciente, para ofrecer una mayor calidad de vida. Sin embargo, sólo un 10% escoge tratarse en el hogar

Por Pilar Pérez. Fotografías de Ángel Navarrete

Francisco entra con cierta incredulidad a la sala de entrenamiento de la Unidad de Cuidados de Transición. Allí va a tomar contacto con la hemodiálisis domiciliar: es decir, va a aprender cómo usar una máquina que haga las veces de riñón en la comodidad de su propia casa. Fotógrafo de profesión acude de lunes a sábado a dializarse al Centro Los Llanos III en Alcorcón (Madrid). «Antes venía tres veces a la semana, pero pedí venir más días y menos tiempo porque me agota menos y así tengo más tiempo libre el resto del día», explica su cambio a la nefróloga María Dolores Arenas. Ella quiere indagar en las razones por las que acude al centro y no lo hace en casa. «Por el perfil que tiene, podría ser candidato», incide.

En España, de las 31.000 personas que sufren insuficiencia renal sólo entre el 10% y el 15% escogen la diálisis peritoneal, que permite someterse a la terapia en el domicilio. En concreto 3.280, según la Sociedad Española de Nefrología (SEN). ¿Por qué? Arenas, directora médica de la Fundación Renal, tiene claro que hay un problema de falta de información en la elección de la terapia renal sustitutiva. «La mayoría elige venir a los centros sin saber que hay otras opciones», espeta. «Sabemos que hay muchos perfiles, tantos como pacientes; y que no todo es para todos, pero lo mínimo es que se conozca».

Al igual que en cáncer se conocen la «quimio», la «radio» o los fármacos que entrenan nuestras defensas —la inmunoterapia—, en las enfermedades que van acabando con las funciones de nuestros riñones deberíamos saber qué opciones existen si no llega el trasplante. Y es así porque el 15% de la población de nuestro país ya sufre la enfermedad renal crónica. Son más de seis millones de personas con un riesgo anunciado de perder la funcionalidad del órgano a largo plazo. Nuestros hábitos de vida acompañan este deterioro orgánico: un 37,8% de los españoles sufre sobrepeso y el 22% obesidad; el 14,8% tiene diabetes; el 42,6% de los adultos padece hipertensión; 12 millones de españoles son fumadores y un 24% de lo hacen a diario. Todas estas cifras marcan los factores de riesgo de la enfermedad renal.

Como consecuencia del incremento de esos números, la prevalencia de las personas en tratamiento renal sustitutivo, diálisis o trasplante, se ha incrementado un 30% en la última década. Además, se prevé que se convierta en la segunda causa de muerte en nuestro país en pocos años. «Esta situación nos lleva a obligarnos a estar preparados, a poder ofertar los mejores tratamientos a los pacientes», dice Arenas.

En España hay más de 67.000 personas con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo, —es decir, en diálisis o trasplante— para reemplazar la función de sus riñones. Cada año ingresan en estos programas una media de 7.000 personas, un 25% de ellos a causa de la diabetes. De mantenerse este ritmo, las predicciones de la SEN advierten que esta enfermedad se convertirá en la quinta causa de muerte en nuestro país en 2040.

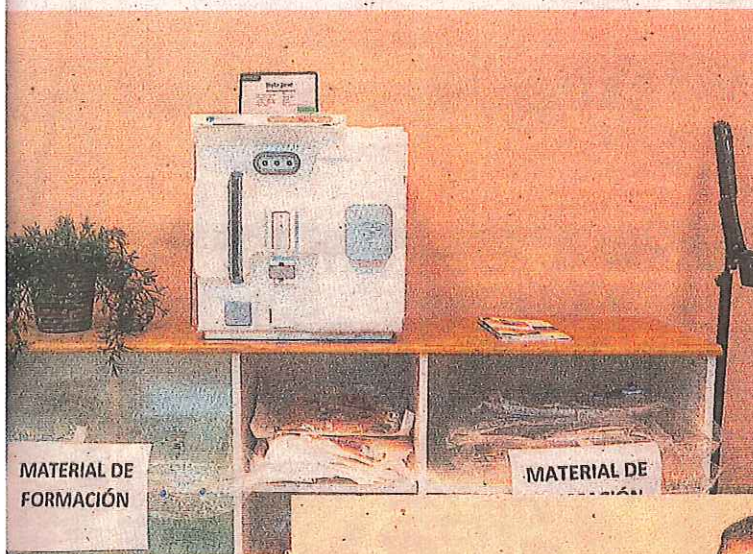
Quizás con las cifras en la mano uno sea más consciente del problema. «Pero no lo somos», subraya

La propuesta considera que 50.000 dólares equilibra el dinero ahorrado de un trasplante en lugar del tratamiento de diálisis

“El hecho de cobrar podría hacer que dejara de ser un acto libre y que su consentimiento informado estuviera viciado”

de ayudar a las personas con menos recursos es aumentar la oferta global de riñones».

Cuando se habla de pobreza, el doctor Benjamín Herreros Ruiz, experto en bioética, plantea que el pago provoca una gran amenaza: que la donación deje de ser un acto libre. «El hecho de que alguien la hiciera por necesidad económica podría suponer un consentimiento informado viciado», apunta. «No sólo eso, también hay que tener en cuenta los hipotéticos efectos que tendría la venta en nuestra organización social: los donantes altruistas podrían verse expulsados por el



La máquina de diálisis junto al material en la Unidad de Cuidados de Transición.

Francisco escucha la explicación de las ventajas del tratamiento en casa.

MATERIAL DE FORMACIÓN

MATERIAL DE FORMACIÓN

Arenas. Y de ahí que entre en el grupo de las patologías silenciosas. «El daño es progresivo y muchos llegan a la consulta tarde: la funcionalidad de los órganos ya es mínima, menos de un 15% de lo normal. Y en ese momento ya hay que poner tratamiento sustitutivo y ser candidato a trasplante», lamenta la nefróloga.

La invisibilidad se puede combatir «con algo tan sencillo como una tira de orina», advierte Jorge Solís, cardiólogo del Hospital 12 de Octubre. Este especialista subraya la importancia de la concienciación en la población para que además de un análisis de sangre rutinario se haga también uno de orina. «Podemos saber si hay posibilidad o no de tener una enfermedad renal crónica. Es fundamental conocer esa posibilidad para diagnosticar la enfermedad de forma precoz», aclara Solís.

Todo esto deja claro que el daño de los riñones tiene un fuerte impacto en la expectativa de supervivencia y calidad de vida de los pacientes, pero también en nuestro sistema sanitario. La factura de esta enfermedad asciende a cerca de un 5,6% del gasto sanitario total en España. Arenas, sin dar cifras exactas, apunta que la diálisis domiciliar es más costo-efectiva y sostenible que la opción de acudir de forma periódica a un centro. ¿Es más barata? «Seguro, porque además de los costes directos hay que apuntar los desplazamientos y otros gastos indirectos que se deben contemplar», apunta Arenas, que no pierde la oportunidad de destacar los efectos positivos en el paciente: «La autonomía es un factor clave, pues se dializa en el momento que le viene mejor. Por la tarde leyendo o viendo una

“La autonomía es un factor clave: el paciente se dializa todos los días, cuando le viene mejor y, además, se lo puede llevar de viaje”

película. Por la noche si lo prefiere... Se lo puede llevar de viaje. Además, dializarse todos los días es mejor que hacerlo tres o cuatro veces por semana, es lo más parecido al filtrado de un riñón sano», argumenta.

Durante la conversación de la nefróloga con Francisco hay momentos en las que se puede apreciar que lo ha convencido. «Fui yo quien pedí venir todos los días, incluso los sábados. Estás menos tiempo y no salgo tan mareado ni cansado. Estoy poco más de una hora y luego me organizo el día», cuenta el fotógrafo. Arenas le mira y le dice: «Es que eres candidato a poder hacerlo en casa».

Francisco es el primer paciente que se va a formar en la Unidad de Cuidados de Transición de la Fundación Renal Española del centro de Alcorcón.

—¿Por qué te animas al dar el paso?—, pregunta Arenas al paciente.

—Quiero conocer en qué consiste, cómo podría hacerlo solo...

—Y luego repetirlo en casa... —se adelanta la nefróloga— ¿Qué te frena para evitar dar el paso a la diálisis domiciliar?

—Aquí hay personal sanitario que me atenderá si me pasa algo. A veces la tensión se te descompensa y es mejor que te la miren el médico y la enfermera. Me siento más seguro en el centro.

—¿Es un no definitivo?

—Bueno... [Con un gesto dubitativo argumenta la negativa]. De momento, es pronto. Quiero empezar yo haciéndolo solo en la sala de entrenamiento. Luego ya veremos. Pero me da miedo que en casa no reúna las condiciones sanitarias para que todo esté como

aquí. Tengo animales y meter la máquina en casa ocupa espacio.

La nefróloga muestra optimismo: «Lo importante es que lo conozca, lo pruebe y con toda la información puedan tomar la mejor decisión».

Antes de la llegada de Francisco, Arenas explica a este medio cómo funciona la sala de entrenamiento, que está decorada como un salón en un casa cualquiera: un par de sofás, un mueble con la máquina para la diálisis y varios estantes con el material necesario (gomas, catéteres, soluciones salinas...) para todo el proceso. Pero, antes de empezar a usarlos, resulta fundamental aprender a colocarse la vía uno solo. «Voy a empezar a trabajar con Marina [enfermera] a aprender a colocármela», cuenta Francisco. «Esto les ayuda a vencer uno de los miedos», señala la nefróloga.

Hay muchos obstáculos que deben sortear los enfermos que precisan la hemodiálisis. «En el camino de su patología han perdido su autonomía y tienen todo el derecho a recuperarla mediante decisiones informadas. Hay que recuperar el rol activo del paciente: puede ser la colocación de su vía a

realizarse», recalca la directora médica de la Fundación Renal.

En ese camino a la independencia, en los centros de diálisis dependientes de esta organización se aplican los protocolos de «rol activo». Al paciente «se le enseña a pincharse, pero también a manejar su enfermedad renal a través de la nutrición, la actividad física», un pack completo en el que la persona puede conocer qué tiene y qué le sucede en cada momento. «Puede elegir pincharse, colocar el material en la máquina. Todo bajo supervisión, pero otorgando autonomía al paciente. Y, si no quiere, no pasa nada. Lo importante es que pueda elegir».

Arenas insiste mucho en el conocimiento. Por los riesgos que acarrea consultar sin saber al doctor Google y por las dudas que a menudo se quedan fuera de las consultas, desde la Fundación Renal, en colaboración con entidades de pacientes y científicas han desarrollado un portal web, a modo de app donde consultar todo lo relacionado con la enfer-

medad. «Estamos muy orgullosos, hemos hecho una herramienta con todas las voces implicadas (médicos, enfermeras, pacientes, etc.). Es una ayuda que resuelve respuestas que a veces no se preguntan en las consultas», asegura Arenas, mientras navega por la aplicación.

Además de ofrecer certezas, lo que persigue la directora médica es generar curiosidad en los pacientes que acuden al centro para dializarse. «Les invitamos a entrar y que vean la sala, que hagan una sesión de formación si quieren», expone la nefróloga. De esta forma, espera poder pescar candidatos a los tratamientos en el hogar. Francisco, de momento, solo tantea el anzuelo: «Estoy muy a gusto con las condiciones actuales. Es cierto que podría hacerlo como en casa, pero en esta sala, alejado del resto. Habría más intimidad».

El paciente aún se resiste al cambio, pero deja entreabierta la puerta. O, al menos, está más convencido que cuando llegó a la sesión de entrenamiento. Más cerca de atrapar el anzuelo.

Porque las formaciones no son solo para los pacientes, también para sus cuidadores, puntualiza la nefróloga. «Y uno, además, puede estar en casa un tiempo y si luego decide cambiar, pues modifica la opción. O, incluso, si el cuidador desea tomarse unas vacaciones, se puede hacer una pausa en la domiciliaria y acudir a un centro».

Mientras consigue adeptos a la terapia en casa, Arenas recuerda que «la mejor opción es el propio riñón». De ahí su consejo: «No puedo dejar de insistir en que nuestros hábitos de vida condicionan la salud que disfrutamos ahora y, sobre todo, en el futuro».



HEMODIÁLISIS
Una máquina sustituye las funciones principales del riñón: filtrado de sustancias.

PERITONEAL
Emplea el peritoneo para filtrar la sangre. Puede ser manual y automática.

SORIA

Cinco años de una pandemia que evidenció las carencias de Soria

Los principales dirigentes de la provincia en ese momento echan la vista atrás y hablan de cómo vivieron la situación valorando si se ha aprendido algo de aquello

V.R.A. SORIA

Han pasado ya cinco años desde que el 12 de marzo de 2020 la pandemia del coronavirus llegara a Soria con el primer contagiado confirmado. También del primer fallecido por el covid-19, el 16 de marzo. Cinco años en los que aprendimos a conjugar el verbo confinar y cinco años en los que se vivieron situaciones dantescas en las residencias de ancianos. También un lustro desde que el sistema sanitario soriano evidenciara sus carencias ante la magnitud del escenario que se presentaba abofeteando a todos en la cara sin preguntar. Cinco años del parón de toda actividad presencial excepto las claramente esenciales y donde se abrió hueco al teletrabajo. Pero cinco años, también, de una oleada de solidaridad sin precedentes. Echar la vista atrás es complicado porque fueron muchos los que se quedaron en el camino y donde los profesionales sanitarios tuvieron que decidir, en muchos casos, a quién intubar y a quién no porque no había



La pandemia golpeó a Soria con fuerza. MARIO TEJEDOR

respiradores para todos. No en vano, en apenas un mes, en torno al 14 de abril, Soria alcanzó el millar de positivos detectados aunque en ese momento todavía escaseaban los test covid y los contagios se comunicaban con retraso. Y es que la situación de la provincia fue especialmente dura entre finales de marzo y principios de abril. Fue el momento en el que el alcalde, Carlos Martínez, lanzó su particular SOS dando visibilidad nacional a lo que ocurría en Soria, con datos relativos superiores a los de Madrid que, sin embargo, copaba todas las informaciones en los medios. En esos primeros momentos de la pandemia la UCI estaba colapsada y los traslados de pacientes a otros centros hospitalarios eran frecuentes sin olvidar el caos reinante en las residencias de ancianos. Y es que el coronavirus desbordó los recursos de Soria y tuvo que llegar la ayuda de otras provincias destacando aquí el trabajo de los profesionales del Samur de Madrid, la colaboración de Médicos Sin Fronteras en las residencias o la de el equipo de cardiólogos de Salamanca.

Pero, ¿hemos aprendido algo de todo aquello? ¿Estamos mejor que entonces o seguimos igual? Los principales dirigentes de la provincia, entonces y ahora, recuerdan esos momentos en los que fueron políticos además de personas y valoran las necesidades que aún tenemos y los logros conseguidos.

MIGUEL LATORRE
SUBDELEGADO DEL GOBIERNO

«Lección aprendida de cara al futuro»

V.R.A. SORIA

Han sido cinco años pero el subdelegado del Gobierno en Soria, Miguel Latorre, echa la vista atrás y «parece que hubiera pasado un siglo». Latorre indica que «el primer recuerdo que tengo es de Almazán. Un establecimiento que regentaban unos chinos que habían vuelto de su país de una estancia corta y decidieron confinarse voluntariamente por temor. A muchos les extraña ese comportamiento. Lo vemos muy lejos y mira...». Los primeros momentos, continúa, «fueron complicados. No teníamos recursos suficientes de protección y conseguir EPIS fue la prioridad. Luego llegó el confinamiento, la situación de las residencias, las muertes... Ver las calles vacías, desiertas... La gente mayor que vivía sola...». El subdelegado recuerda que «todos los días teníamos videoconferencia las diferentes administraciones para evaluar la situación y tomar decisiones». También «recuerdo la llegada de la UME, las limpiezas de edificios... Son muchos los recuerdos de esos meses que fueron realmente duros».

Cinco años después, indica, «tenemos la lección aprendida de cara al futuro y se está trabajando en estar preparados» sin olvidar destacar «la colaboración y solidaridad» de los sorianos. Y concluye: «El ser humano tiene de supervivir y hemos ido recuperando las costumbres que la pandemia nos quitó».

YOLANDA DE GREGORIO
DELEGADA DE LA JUNTA

«Sentimientos de dolor y de solidaridad»

V.R.A. SORIA

Recuerdo con mucha pena y nostalgia los meses más duros de la pandemia, donde tuvimos que tomar decisiones que muchas veces fueron impuestas, explica la delegada de la Junta en Soria, Yolanda de Gregorio que recuerda el dolor y también la solidaridad. Todo el mundo arrimó el hombro. Sin embargo, también hay sentimientos de tristeza por todas las muertes que se produjeron. La pandemia, explica De Gregorio, nos ha enseñado que tenemos un sistema sanitario en el que tenemos que reforzar la formación y la medicina preventiva así como establecer protocolos de funcionamiento. El covid también provocó la mejora de infraestructuras sanitarias, como las UCI. Y es que esta situación «ha ayudado a poner el foco en las deficiencias que teníamos para poder paliarlas, porque eso hay que reconocerlo».

La delegada de la Junta tiene claro que la pandemia ha provocado un antes y después en mucha gente, pero, sobre todo, en los sanitarios. Y es que, destaca, esta pandemia «nos ha marcado a todos y a título personal creo que tenemos que vivir la vida en cada momento. Hay que abrazar a la vida que nos ha dado una oportunidad y abrazar mucho a la familia y a los amigos. En mi caso, sobre todo, ese es el mayor cambio que me ha provocado el covid a nivel personal».

CARLOS MARTÍNEZ
ALCALDE DE SORIA

«Estamos igual o peor que en la pandemia»

V.R.A. SORIA

«Han pasado los años y te vienen recuerdos de esos meses... Recuerdo la sensación de impotencia. Nos trasladaban el número de fallecidos y no eran reales. No había test covid pero cuando tienes la responsabilidad de la gestión del cementerio y sabes que en un día lo normal es tres o cuatro fallecidos y en pandemia llegamos a números de 40 diarios... Éramos conscientes de que la magnitud era muy superior a lo que se estaba hablando, indica el alcalde de Soria, Carlos Martínez que recuerda, también el sufrimiento de la gente, de la soledad... Estar al teléfono 24 horas al día. El dolor de la gente de las residencias. Y también la solidaridad. Todos sabíamos que había que correr pero no sabíamos muy bien hacia dónde. La pandemia evidenció nuestra frágil infraestructura sanitaria», subraya.

Martínez también recuerda la esperanza de que de la pandemia iba a servir para aprender algo pero ahora mismo estamos igual o peor que entonces. Hemos aprendido poco. No estamos en mejores condiciones. En su opinión, «necesitamos reforzar la Sanidad. No hemos hecho una legislación que regule todo esto. Los humanos tenemos un mecanismo defensivo para olvidarnos de lo que nos hace daño y nos hemos olvidado con demasiada facilidad de todo lo que teníamos que hacer. Esa oportunidad se ha perdido».

BENITO SERRANO
PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN

«De nuevo hemos olvidado los pueblos»

V.R.A. SORIA

El presidente de la Diputación de Soria, Benito Serrano, indica que «la pandemia nos dejó marcados a todos» recordando «el desconocimiento de no saber a qué te enfrentas» y con la máxima «de cuidar a las personas de las residencias, de atender a los alcaldes, llegar a cada pueblo...». Serrano también recuerda «el esfuerzo por conseguir EPIS y el mercado negro que se creó. Firmamos un contrato por un dinero y al día siguiente si no pagabas el doble no te daban nada. Tuvimos unas cuantas de esas pero sin caer en la trampa», asegura y añade: En mi etapa de gestor en política recuerdo dos situaciones que me han marcado sin remedio: La pandemia y el accidente de los niños en la pasarela hacia Camaretas».

El regidor provincial indica, cinco años después, que en la pandemia «todos nos hicimos muy buenos propósitos pero no creo hayamos salido mucho mejor que entonces» aunque habla, tal vez, del salto tecnológico que se ha producido en muchas empresas «con el teletrabajo y la posibilidad de trabajar en remoto, pero poco más. Teníamos que haber sacado más de todo aquello, cambiar modelos evitando la masificación de las ciudades en favor de los pueblos que durante la pandemia se convirtieron en refugio para todos y ahora vuelven a abandonarse».