

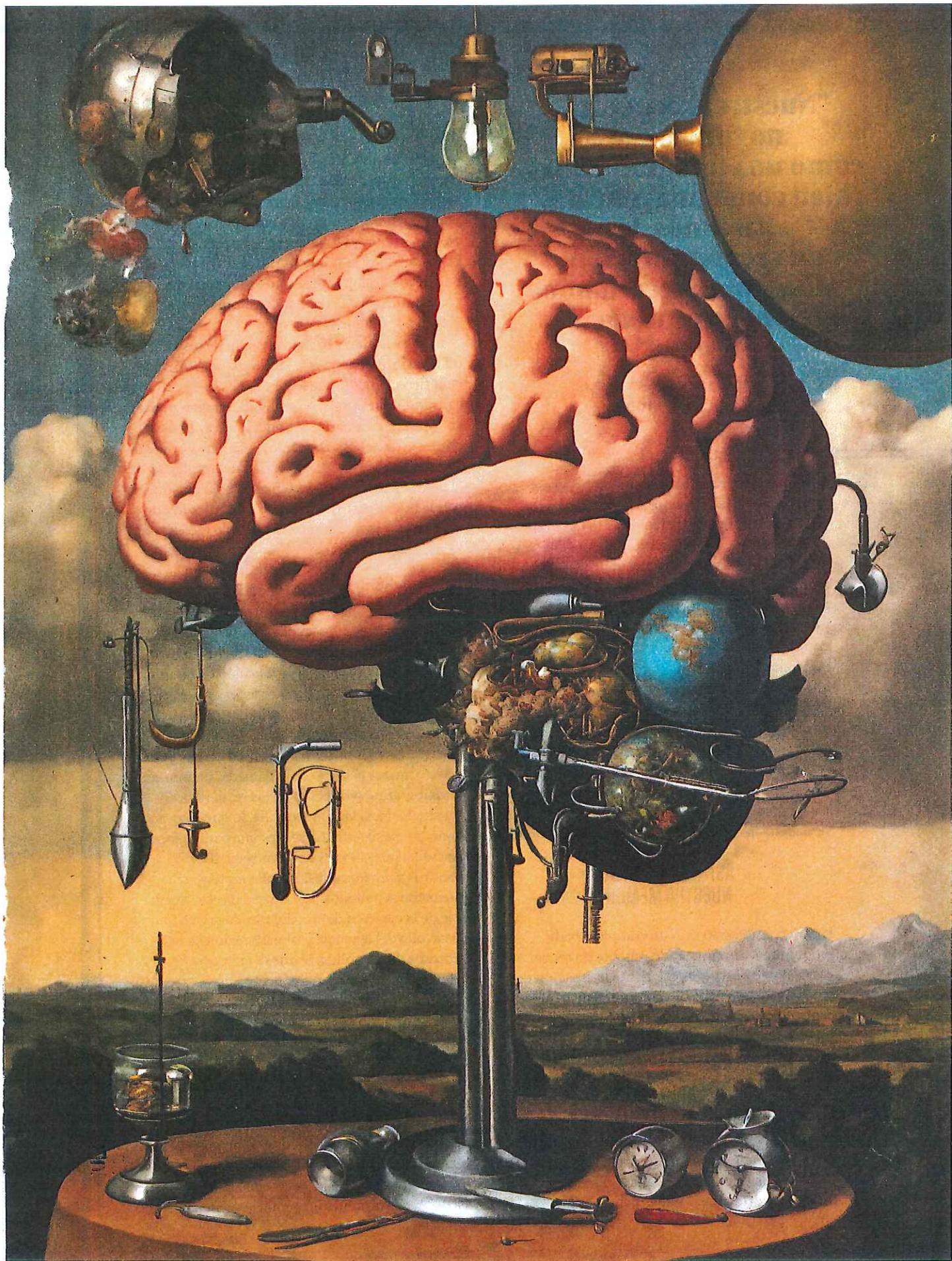


DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

MARZO - ABRIL

2024





UN DISCO DURO, un almacén sin fondo... rara vez las metáforas asociadas a la memoria le hacen justicia. Nuestros recuerdos, lo que define quiénes somos, la base de nuestra personalidad, están muy lejos de ser algo objetivo e inamovible. «Nuestra identidad se construye sobre arenas movedizas», reflexiona el neurocientífico Charan Ranganath, uno de los mayores expertos del mundo en la materia.

Y lo dice porque esos complejos cruces de emociones, experiencias, química y conexiones neuronales a los que llamamos 'recuerdos' cambian, evolucionan. De hecho, son tan volátiles que, como reza el dicho popular, pueden llegar a traicionarnos... Y no podemos imaginar hasta qué punto.

Porque cuando aseguramos con convicción: «Esto sucedió y, además, sucedió así», es

NUESTROS RECUERDOS NOS DEFINEN,
Y CONFIAMOS EN ELLOS. PERO,
CUIDADO, CAMBIAN CON EL TIEMPO. EXPLORAMOS
LOS MISTERIOS -Y DESMONTAMOS MITOS- DE ESE
PROCESO TAN DELICADO, INESTABLE Y COMPLEJO AL
QUE LLAMAMOS 'MEMORIA'.

altamente improbable que sea cierto o, cuando menos, que no estemos siendo totalmente objetivos. Es lo que en psicología se denomina 'efecto Rashomon', referencia a la película de Akira Kurosawa en la que se cuenta un mismo hecho desde la perspectiva de varios testigos. Todos dicen la verdad, pero cada uno lo recuerda de forma diferente. Lo que nos aleja por completo de esa concepción tan popular de la memoria como un depósito de experiencias pasadas retenidas con precisión fotográfica.

Según Ranganath, profesor de Psicología y Neurociencia en la Universidad de California y autor de un libro revelador: *Por qué recordamos* (Península), «nuestros recuerdos funcionan, más bien, como una pintura». Es decir, partimos de una representación realista, pero lo que recordamos es una interpretación personal, filtrada, de la misma. Actitudes, creencias, prejuicios, hábitos, valores, experiencias, conocimientos, emociones, sentimientos; todo lo que somos y vivimos condiciona nuestros recuerdos. Y estos, a su vez, nuestro modo de actuar. De hecho, la principal función de la memoria sería esa: evaluar el pasado para actuar en el presente y planificar el futuro.

Para eso sirven los recuerdos. Ahora bien, su almacenaje, evocación y reinterpretación es apenas una parte del proceso, lo que se conoce como 'la memoria a largo plazo'. Es la más importante, claro, el fin último de todo, pero ¿cómo llega una experiencia o una determinada información a convertirse en recuerdo?

La ciencia distingue tipos de memoria que son, en realidad, las fases por las que pasa la información hasta quedar fijada en nuestro —→

EL LABERINTO DE LA MEMORIA

POR
FERNANDO GOITIA /

IMAGEN:
MEKAKUSHI

"Nuestros recuerdos no funcionan como una fotografía, más bien como una pintura. Partimos de una representación realista, pero recordamos nuestra interpretación personal"

—CHARAN RANGANATH,
NEUROCIENTÍFICO

cerebro: memoria sensorial, memoria a corto plazo y la ya citada memoria a largo plazo.

La sensorial define la etapa más temprana del proceso en que, de forma inconsciente, retenemos información del entorno y sus múltiples estímulos durante, máximo, cuatro segundos. Entre todo ese alboroto, el cerebro guarda lo que estima pertinente y evalúa si lo envía a la memoria a corto plazo, que se encarga de gestionar la información de la que somos conscientes. En esta fase, casi toda la información que recibimos se borra en 20 o 30 segundos. Retenemos aquello a lo que de verdad prestamos atención. Verbalizar o repetir lo que nos interesa recordar permite que se asiente, se codifique y sea sometido finalmente a la 'consolidación de la memoria', el paso definitivo a la memoria a largo plazo, almacén y gestor de los verdaderos recuerdos.

ASÍ NOS 'TRAICIONA' NUESTRA MEMORIA

Hay detrás de todo esto un complejo baile bioquímico. Simplificando mucho, un recuerdo es inestable hasta que, mediante la creación de sinapsis, queda fijado en conjuntos de neuronas específicos. Y ahí se queda, en la memoria inconsciente, hasta que lo evocamos. Las vías neuronales que lo preservan se reactivan, vuelve a hacerse inestable y, al fijarse de nuevo, queda impregnado por la información que, de forma inconsciente, le hemos añadido. Por eso cuando lo volvemos a evocar ya no es el original. «Actualizamos los recuerdos cada vez que los recordamos», recalca Ranganath. Este es el modo en que nos 'traiciona' nuestra memoria.

'Traición' que, ojo, no debe entenderse como algo negativo. Es la clave, sin ir más lejos, de la terapia conductual. Porque, cuando un recuerdo se evoca, se vuelve permeable a nuestro estado de ánimo en ese momento. Y, si este es positivo, lo podemos modificar en esa dirección. «Al compartir recuerdos tristes o traumáticos, cambia mi perspectiva sobre ellos, los actualizo y puedo transformar mi relación con ese hecho del pasado —subraya Ranganath—. La actualización de los recuerdos, por lo tanto, es un proceso que lleva implícito un sentido dinámico del yo, porque nos da el poder de cambiar nuestro sentido de quiénes somos».

Y esa es la clave. La memoria puede resultar un laberinto misterioso —influido por aspectos genéticos, bioquímicos, personales...—, pero cada individuo tiene, en realidad, un gran poder sobre ella. Entrenarla, mejorarla, reforzarla depende de nosotros mismos. «La gente cree que la memoria se ejercita sin esfuerzo —prosigue el neurocientífico—, pero en el trabajo personal reside buena parte de la diferencia entre lo que queremos y lo que somos capaces de recordar».

TODOS SUFRIMOS AMNESIA INFANTIL

Todo nos influye, en realidad, desde el mismo momento en que nacemos. Durante los cuatro primeros años de vida, la producción de neuronas en el hipocampo de ambos hemisferios del cerebro —zonas capitales en la formación de nuestros recuerdos— es un auténtico torrente. El flujo prosigue a partir de los 4 años, la edad que, por lo visto, marca el inicio de la llamada 'memoria autobiográfica' (colección de los recuerdos de nuestra historia vital) y, con ella, lo que se conoce como 'amnesia infantil'. No es una patología, descuida, nos pasa a todos. Los recuerdos de nuestros primeros años, simplemente, van quedando sepultados bajo el peso de esta nueva fase de la creación del yo, impulsada por el desarrollo del lenguaje y la maduración de los procesos de consolidación de la memoria.

Lo que nos lleva a otro concepto clave en este universo: el olvido. Contrariamente a lo que se suele pensar, no es lo opuesto a la memoria. Su antítesis es, en realidad, la amnesia, ya que el olvido es parte del sistema de la memoria. Está, de hecho, completamente a su servicio (salvo que sea resultado de problemas neurodegenerativos).

«Si recordáramos todo, estaríamos la mayoría de las veces tan incapacitados como si no recordáramos nada», escribió William James, uno de los padres de la psicología, allá por 1890. Es decir, sin el olvido la memoria no puede ser →

eficaz porque, más que los detalles, nos interesa la esencia de lo que percibimos para ayudarnos a sobrevivir —interpretar, analizar, concluir, decidir...— en un entorno cambiante.

LA TRAGEDIA DE RECORDARLO TODO

Jorge Luis Borges lo expresó como nadie en *Funes el memorioso*, relato de un personaje ficticio que lo recordaba todo: «Pensar es olvidar diferencias, es generalizar, abstraer. En el abarrotado mundo de Funes no había sino detalles». La neuropsicología lo demostró con el caso de Solomón Shereshevski, un mnemonista que recordaba cada cosa que veía, leía o escuchaba de forma 'fotográfica', pero era incapaz de analizar textos, captar dobles sentidos, hacer razonamientos lógicos y matemáticos y dejar espacio en su memoria a las cosas verdaderamente importantes de la vida.

El olvido, en todo caso, tiene mala fama. Perder las llaves u olvidarnos de una cita son dos buenos ejemplos de situaciones que atribuimos a una supuesta 'mala memoria', cuando, en realidad, se deben a que nunca recordamos con facilidad aquello a lo que no prestamos atención. Además, entre el momento en que dejas las llaves y el que las buscas recibes una avalancha de estímulos —vas al baño, hablas por el móvil, cocinas, cuelgas la ropa, discutes con tu pareja...— que interfieren en un recuerdo que apenas dejó un breve trazo en tu memoria sensorial. Recientes estudios revelan, eso sí, que hay personas más vulnerables a las interferencias que otras.

Del mismo modo, también hay personas más proclives a perder memoria con la edad. «Hay aspectos que declinan, pero no es

cierto que la memoria disminuya siempre con el tiempo. Todo depende del recorrido vital de cada uno —explica el psicólogo e investigador de la memoria José María Ruiz-Vargas en su libro *La memoria y la vida* (Debate)—. Hay personas de edad avanzada con deterioro cognitivo patológico y otras que experimentan un declive cognitivo leve en habilidades muy concretas, pero también hay muchos adultos cuyos procesos y capacidades cognitivas se preservan toda su vida».

Amplio es, como se ve, el campo de la memoria y muchas las áreas de investigación activas y sus misterios pendientes, pero si hay una certeza sobre los recuerdos es que perduran mejor los que brotaron acompañados de sentimientos intensos. Se graban con más fuerza en el sistema límbico, repartidos por estructuras como la amígdala, el tálamo o el hipocampo, áreas relacionadas con las emociones, que son, como dicen los expertos, el mejor cemento para la memoria. ■

"No es cierto que la memoria disminuya siempre con la edad. Hay muchos adultos cuyos procesos y capacidades cognitivas se preservan toda su vida"

— JOSÉ MARÍA RUIZ-VARGAS
PSICÓLOGO
E INVESTIGADOR

5

COSAS QUE MEJORAN TU MEMORIA

EMOCIONES INTENSAS

Las emociones generan recuerdos más intensos y duraderos. Conecta tus experiencias con emociones positivas y te será más difícil olvidarlas.

EL NIVEL DE ESTUDIOS

Cuanto más, mejor. Amortigua el deterioro cognitivo ante el envejecimiento. Hace crecer la materia gris y las conexiones neuronales.

NO SUGESTIONARTE CON EL OLVIDO

Creer que perderemos recuerdos con la edad agrava el problema. En China, la India o Japón, donde no está extendido el estigma de que son 'olvidadizos', los mayores sacan mejores notas en las pruebas de memoria.

ESCRIBIR A MANO

Ayuda a implantar los recuerdos en el cerebro.

LA ACTIVIDAD FÍSICA

Una hormona que se genera al hacer ejercicio estimula el crecimiento del hipocampo y la corteza prefrontal, regiones claves para la memoria y para reducir el riesgo de neurodegeneración.



ENTREVISTA



Directora
médica del
Departamento
de Neuro-
biología
Clínica
del Hospital
Universitario
de Heidelberg
(Alemania).

Hanna Monyer

"QUE EL MÓVIL INTERRUPTA
CONSTANTEMENTE TUS
PENSAMIENTOS ES PELIGROSO PARA
TU MEMORIA"

ESTA MÉDICA Y NEUROBIÓLOGA ES
UNA DE LAS GRANDES INVESTIGADORAS SOBRE
LA MEMORIA.

POR MAIK GROSSEKATHÖFER Y CLAUS HECKING

por la mañana, otra a la hora de comer y otra por la noche. Cuando recibo un correo, mi móvil no me avisa. Que tus pensamientos se vean constantemente interrumpidos por algo nuevo es peligroso.

XL. ¿Por qué?

H.M. En el mundo digital, ya no te molestas en almacenar nuevos conocimientos. Eso afecta a tu memoria asociativa; esa que te permite almacenar nueva información y recuperarla gracias a su similitud o conexión con un conocimiento existente. Si almacenas menos información, asocias menos. Recordar no es algo pasivo, sino un proceso activo que depende en gran medida de lo que ya sabemos. Si no mantenemos nuestra memoria en forma, se atrofia.

XL. Los móviles son como los discos duros externos de nuestro cerebro. Guardan números de teléfono, fechas importantes...

H.M. Una vez se me cayó el móvil en el baño y perdí los números de teléfono. No quiero demonizar lo digital, pero la pregunta es: si ya no tengo que recordar A, B y C, ¿qué recuerdo en su lugar? Puedo usar el tiempo ganado para aprender otras cosas. →

oy,
todo el conocimiento
está en Internet.
¿Qué hace eso a la
memoria?

Hannah Monyer. Si solo miras un sitio web brevemente, te costará recordar lo que has leído, lo olvidarás rápidamente. Buscar algo en el diccionario lleva más tiempo, pero si te esfuerzas retienes más la información. La recompensa viene con el esfuerzo.

XL Semanal. ¿Busca
datos en Google?

H.M. Rara vez.
Tampoco miro el
móvil. Solo una vez

Debería hacerlo, de hecho. Pero, lamentablemente, la mayoría no lo hace.

XL. ¿Qué pasa si no lo hacemos?

H.M. El cerebro desconecta las sinapsis que no usa, es decir, desaparecen los puntos de conexión entre dos neuronas.

La información deja de fluir. Y, una vez que se fue, se fue. El lema del cerebro es: «úsalo o piérdelo». Aunque puede formar nuevas sinapsis, a medida que envejecemos resulta más difícil.

XL. Los niños están horas con el móvil.

¿Qué hace eso a su cerebro?

H.M. No lo sabemos; nos faltan estudios a largo plazo. Pero cuando veo a una madre dándole su móvil a su hijo de 2 años para calmarlo puedo decir con certeza: eso no es bueno. Evita que los niños desarrollen la capacidad de permanecer tranquilos concentrados en una única tarea, de fluir...

XL. ¿Y qué es fluir?

H.M. Para mí, fluir tiene una dimensión espiritual. Es estar desapegado del tiempo y el espacio,

"CUANDO APRENDAS ALGO NUEVO, DEBES TOMARTE TU TIEMPO. CIERRA LOS OJOS UNO O DOS MINUTOS"

..... fusionarse con algo, física, emocional y cognitivamente. Un niño que pinta, que está completamente concentrado en la tarea que tiene entre manos sin olvidarse de sí mismo; ese niño fluye. Los niños demasiado expuestos a lo digital no aprenden a alcanzar este estado. La avalancha de señales pone tu cerebro en un estado de alerta permanente. Y el cerebro tiene una capacidad limitada.

XL. Hay científicos que advierten sobre la demencia digital. Aseguran que lo digital daña las estructuras cerebrales.

H.M. Lo que yo puedo decir es que el proceso de recordar consta de tres pasos: registrar la información, consolidarla en la memoria a corto o largo plazo y recuperarla. Cuanto más atento estoy

a algo, mejor lo asimilo. Luego, durante las fases de descanso, el cerebro reproduce una y otra vez lo que hemos aprendido, a cámara rápida, para condensarlo y estabilizarlo: así se guarda.

Los tres pasos -la percepción, la observación y el recuerdo- pueden verse alterados por estímulos externos.

Si miramos constantemente el móvil, nuestra capacidad de atención es menor.

XL. Pero ahora se puede estar en una videoconferencia y mandar un correo al mismo tiempo. ¿No es eso positivo?

H.M. ¿Podemos hacer eso realmente? La

gente solo consigue hacer algo de forma eficiente cuando se concentra. Eso sí, en la vida cotidiana muchas veces hacemos cosas a la vez. Por ejemplo, no hay problema si sales a caminar y aprovechas para pensar. Todo lo contrario, el ejercicio beneficia el proceso creativo. Pero difícilmente se pueden realizar dos tareas cognitivas al mismo tiempo sin que su curva de desempeño caiga. Y con más de dos tareas la caída es abrupta. Prohibí a mis alumnos escuchar música

mientras trabajaban en el laboratorio.

Hago ejercicio durante una hora todos los días, nunca con auriculares: me escucho a mí misma y encuentro mi ritmo.

XL. ¿Come delante del televisor?

H.M. ¡No! Cuando he cocinado pasta, quiero olerla, sentirla en mi boca, saborearla. Algo se perdería si combinara la comida con otra actividad.

XL. ¿Es usted antidigital?

H.M. Bueno, uso la calculadora, leo libros electrónicos...

XL. ¿Qué debo hacer para entrenar mi memoria?

H.M. Dormir bien y encontrar algo que desafíe tu cerebro y te divierta. Puede ser un sudoku, acertijos de lógica o el ajedrez, pero tiene que satisfacerte.

XL. ¿Qué hace usted?

H.M. Toco el piano y el violonchelo. Tocar música activa áreas motoras, auditivas y visuales del cerebro de forma muy eficaz. Y estudio español. Aprendí italiano con 30 años, y era más fácil. Ahora tengo que repetir el vocabulario seis veces en lugar de tres. La repetición es importante. Si memorizas algo y dejas de repetirlo, el 80 por ciento se olvidará a las seis semanas.

XL. Increíble.

H.M. Lo que has aprendido hay que consolidarlo.

Cuando has aprendido algo nuevo, en los primeros minutos posteriores eres muy susceptible a las influencias externas. Por eso debes tomarte tu tiempo y cerrar los ojos. No tiene que ser mucho rato, uno o dos minutos; de lo contrario, todo podría volver a desaparecer de inmediato.

XL. ¿Qué son los recuerdos?

H.M. La memoria determina quiénes somos o queremos ser. Todos mis recuerdos son parte de mi identidad. La memoria mueve los hilos de nuestra vida en un segundo plano, construye la trama que da continuidad a nuestra personalidad.

XL. ¿Tiene miedo a perder la memoria?

H.M. Mucho. Pero a mí no me pasará. Mi padre murió de alzhéimer. Mi madre murió dos años antes que él. Estaba decrépita y simplemente dejó de comer. Si noto que pierdo la cabeza, haré lo mismo. ●



Una mujer sostiene una pancarta en una manifestación a favor de la eutanasia cerca de la Asamblea Nacional en París. DIMITAR DILKOFF / AFP

Macron anuncia una nueva ley para legalizar la eutanasia

El presidente francés abre otro debate tras incluir el aborto en la Constitución

RAQUEL VILLAEICIA PARIS
CORRESPONSAL

Una semana después de haber inscrito el derecho al aborto en la Constitución francesa, el presidente galo, Emmanuel Macron, abre otro debate sensible en el país: el de la legalización de la eutanasia. El Gobierno presentará en abril un proyecto de ley para ayudar a morir en determinados casos, y que, según el dirigente, no será una ley para «el suicidio asistido ni una eutanasia como tal».

Lo anunció el domingo en una entrevista que concedió a dos medios de línea editorial y público muy distintos: el periódico católico *La Croix* y el diario progresista *Libération*. Se trata de un tema polémico, aunque el 70% de los franceses está a favor de

que se regule la ayuda a morir al final de la vida en determinados casos.

Según los primeros detalles avanzados por el presidente, se restringirá a casos muy concretos, sólo en el de personas mayores, que tengan un discernimiento claro (que no tengan las facultades alteradas, es decir, que excluye a los enfermos de Alzheimer) y que padezcan una enfermedad incurable con un pronóstico fatal a corto o medio plazo. Se valorará, además, el sufrimiento, tanto físico como psicológico, de la persona.

Hace apenas unos meses, la cantante francesa Françoise Hardy pidió en una carta a Emmanuel Macron que legalizase la eutanasia para poder «acabar con el infierno» que dice vivir, a causa del cáncer que pa-

dece. Además de Hardy, el actor Alain Delon, que vive en Suiza, donde la eutanasia es legal, dijo en una entrevista que no tenía «miedo a morir, sino a sufrir».

Se trata, por tanto, de un tema explosivo y extremadamente sensible, que divide, tanto en los escaños como dentro de la comunidad médica. Ya en 2021 la Asamblea rechazó un proyecto de ley para legalizar la eutanasia. En este caso, el texto que prepara el Gobierno pasará primero por el Consejo de Estado, que tendrá que verificar que se ajusta a la Constitución.

Macron, que es hijo de médicos, ha detallado el calendario que seguirá la norma, si el Consejo la valida: el Consejo de Ministros lo presentará en el mes de abril y la idea es llevarlo a la Asamblea a finales de mayo, justo antes de las elecciones europeas.

«Es un texto con muchos desafíos. No vamos a pedir que se tramite de urgencia», dijo ayer Macron en X (antes Twitter). Aseguró que la ley se preparará «de manera transparente» y teniendo en cuenta el aspecto ético. En ningún caso se habla de eutanasia ni de suicidio asistido. «Las palabras son importantes y hay que intentar nombrar la realidad sin crear ambigüedades (...) Es una ley de fraternidad que reconcilia la autonomía del individuo y la solidaridad de la nación», señaló.

Añadió que «no crea un nuevo derecho ni una libertad, sino que traza un camino que no existía hasta

ahora y abre la posibilidad de pedir ayuda a morir en determinadas circunstancias».

El año pasado, la entonces ministra de Sanidad, Agnès Firmin Le Bodo, le presentó un borrador sobre el tema. «Esta ley es necesaria porque hay casos que no podemos aceptar humanamente en nuestro país, que hacen sufrir a las familias, a los



El presidente de Francia, Emmanuel Macron, en el Palacio del Elíseo. AP

pacientes, a los equipos médicos», insistió Macron.

Francia ya tiene una ley que permite a los pacientes terminales dejar de medicarse y recibir sólo cuidados paliativos. La Iglesia Católica francesa ha criticado esta futura ley

al considerar que «abre la puerta a un suicidio asistido», en palabras del presidente de la Conferencia Episcopal de Francia, Eric Moulins-Beaufort, a la agencia Efe.

La tramitación y debate de esta ley será complicada, como ha ocurrido con las grandes reformas propuestas por Macron en su segundo mandato. El Gobierno no tiene mayoría en la Asamblea y tendrá, como ocurrió con la ley de inmigración, que buscar apoyos para sacarla adelante, sobre todo en el ala conserva-

El 70% de los franceses está a favor de regular la ayuda a morir

No será una ley para «el suicidio asistido ni una eutanasia»

dora y concretamente en el partido de Los Republicanos.

A priori no son muy favorables a una ley que autorice la eutanasia. Ya en 2022, durante la campaña de las elecciones presidenciales, el entonces candidato de esta formación, Bruno Retailleau, señaló que lo que hay que hacer no es crear una ley sino aumentar la inversión en cuidados paliativos «para acompañar a la gente que va a morir».

La presidenta de Reagrupamiento Nacional, Marine Le Pen, también se mostró contraria a aprobar una ley que ayude a morir y señaló que se trata de un tema sensible que debería votarse en referéndum. Su partido encabeza los sondeos de cara a las elecciones europeas de junio.

Las asociaciones de cuidados paliativos también son bastante escépticas y han criticado la propuesta del presidente francés. La presidenta de

la sociedad francesa de cuidados paliativos, Claire Fourcade, recordó que en Francia hay unas 500 personas cada día que no tienen acceso a los cuidados paliativos, lo que hará que «sea más fácil recurrir a la muerte que a la ayuda», dijo a *Le Figaro*.

La revista diaria de EL MUNDO. Martes, 12 de marzo 2024

PAPÉL

ALBERTO,
OPERADO A
CORAZÓN ABIERTO
DE BEBÉ,

DE NIÑO,

DE ADOLESCENTE,

DE JOVEN

Y DE ADULTO

Fue intervenido a vida o muerte a los dos meses, a los cuatro años, a los 13, a los 28 y a los 47. Hoy atiende a pacientes con insuficiencia cardíaca: "Mis padres llegaron a vender dos veces su casa para ser operado en EEUU"

Por Pedro Simón (Correón de Ardoz)
Fotografía de Alberto Di Lollí

PAPEL EN PORTADA

Por Pedro Simón (Torrejón de Ardoz, Madrid)

Si les enseñara el pecho, comprobarían los zarpazos de oso de las cinco cirugías. Si les enseñara el álbum personal, verían las fotos de las veces que *in extremis* resucitó. Si les enseñara lo que él aprendió estando a punto de morir, sabrían lo que son capaces de hacer unos padres—los suyos, claro—por salvar a un hijo.

Se llama Alberto López de Guzmán, es médico internista en el Hospital de Torrejón de Ardoz (Madrid), hoy atiende insuficiencias cardíacas y es una anomalía estadística: el 90% de los niños que entonces nacían con su problema de corazón moría antes de cumplir los tres años. Es una anomalía estadística y sobre todo es una hermosa noticia: el 90% de los que nacen ahora en España con esa misma patología sale adelante.

En el pecho de Alberto caben un corazón imbatible, un paciente agradecido y cinco vueltas de tuerca.

La biografía de aquel bebé que es operado de urgencia a los dos meses de nacer. La del niño de cuatro años que luego es intervenido de lo mismo a vida o muerte. La del adolescente que después tiene que beber del amargo cáliz del quírofano a los 13. La del joven médico recién ennoviado que más tarde tiene que volver a pasar por una cirugía extrema a los 28. La del padre que en 2023 es ingresado a sus 47 para su quinto combate bajo los focos y a corazón abierto.

Si con la vida de Forrest Gump se repasaba la historia de Estados Unidos de los años 60, sin salir del tórax de Alberto López de Guzmán se podría hacer lo mismo con la evolución en el tratamiento de las cardiopatías congénitas en España en el último medio siglo.

Por ejemplo. La historia de unos padres—ingeniero y enfermera—que «vendieron su casa en dos ocasiones» solo para que le «salvaran la vida» a su hijo operándolo en Estados Unidos, porque aquí casi todos se morían.

Por ejemplo. La historia de este paciente que, siendo ya mayor de edad, seguía acudiendo a la unidad de cardiopatías congénitas infantiles porque de adulto no existían. Un poco como ese niño que crece de golpe y al que le quedan los pantalones pesqueros. «Al verme allí, sin afeitar, me preguntaban que dónde estaba mi hijo. Yo les decía que el enfermo era yo...».

Por ejemplo. La historia de un enfermo que—ya sí—ha sido operado en España porque este es el mejor del mundo para seguir vivo.

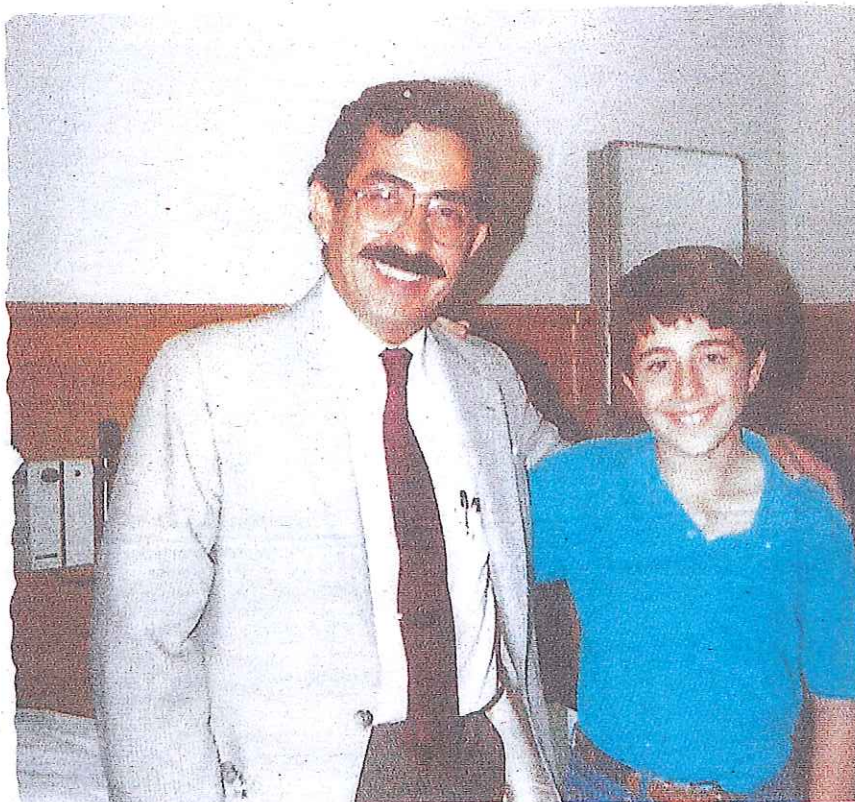
(...) «Nada más nacer, a las 24 horas, mi abuelo ginecólogo dio la voz de alarma al verme cianótico [azulado]. Me ingresaron de urgencia en La Paz. Me diagnosticaron

“Tenía 13 años y mucho miedo. La noche antes no dormí. Al regresar a España, estuve llorando un mes”

“Nuestra discapacidad no se ve, no vamos en silla de ruedas, pero necesitamos un trato diferencial”

ron una Tetralogía de Fallot extrema, así se llamaba antes. Esto es, una atresia pulmonar con comunicación interventricular: tienes cerrada la salida del ventrículo derecho, con lo que toda la sangre se va al izquierdo y el corazón no se oxigena. Para ser operado, tenía que ganar peso. Lo hicieron a los dos meses. Así vine al mundo. Con algo de lo que en España se moría el 90% de los niños antes de los tres años».

El primer recuerdo es el de un crío muy débil que ahora nos evoca la imagen de uno de esos pájaros endenques que se caen del nido antes de tiempo y por el que nadie da un duro.



«Me acuerdo de que apenas comía ni dormía del ahogo, se me necrosó la cabeza del fémur al no recibir suficiente sangre [enfermedad de Perthes], comencé a caminar tarde... Lo normal es que, en los años 80, los nacidos en España con mi dolencia murieran en nuestra sanidad... Entonces mis padres hicieron un esfuerzo enorme: vendieron su casa para que pudiesen operarme en Estados Unidos».

Lugar: Clínica Mayo. Ubicación: Rochester, Minnesota. Duración de la operación: 13 horas. Tiempo de estancia: 10 días. Precio: lo que cuesta una casa. Una escena: la que cuenta el niño. «Aquel viaje fue como ir a la Luna. Volví a la vida. Hay una imagen que lo dice todo: aquel día, en el aeropuerto de Madrid, nada más aterrizar, a mis cuatro años, fue la primera vez que mi abuela me vio correr».

(...) A nuestro Forrest le acababan de operar con éxito en 1980 y—al igual que el protagonista de Zemeckis—estrenaba su segunda prótesis ortopédica. Después de llevar un corsé para la cadera, ahora calzaba unos zapatos tipo Frankenstein. Imaginenlo corriendo como si no se acabarían las calles.

No puede olvidar el comienzo de una pasión: la del fútbol. No puede olvidar el sonido de cuando golpeó el balón a su regreso al recreo: un zambombazo lleno de fuerza que se fue al poste. No puede olvidar sus paradas como guardameta del colegio Nuestra Señora del Recuerdo: «Mis padres no me sobreprotegeron nada. No me aislaron,

querían que hiciera deporte». No puede olvidar que, en la revisión de los 13 años, supo que los niños como él también podían morir.

«Fue en una revisión. El cardiólogo vio que se me había cerrado el conducto valvulado. Así que me tuvieron que llevar a Estados Unidos de nuevo. Me sacaron de mi entorno. Era consciente de que iba a ser a corazón abierto... La noche anterior no pude dormir, me la pasé escuchando a los Beatles. Tenía mucho miedo. No paraba de pensar en lo feliz que era, y en que aquello iba en serio... Después, al regresar, estuve un mes sin parar de llorar».

Una cosa tuvo clara entonces: él estudiaría Medicina.

Sus padres—que se habían rehecho con mucho esfuerzo—habían vuelto a venderlo todo por segunda vez para hacer posible esta historia.

(...) El cronograma vital de Alberto bien podría proyectarse como un PowerPoint en una de esas charlas motivacionales que no solo explican a un sujeto, sino la evolución de un país: la que tiene que ver con la sanidad pública y, más concretamente, con el tratamiento de las cardiopatías congénitas. Viajemos al pasado durante un párrafo.

Para que se hagan una idea, su primer cateterismo fue grabado en una película Super 8. Se hizo en una época en la que en España no había ecocardiogramas ni ecografía fetal. Si con cuatro años le pusieron una válvula aórtica de cerdo y una vena yugular de vaca, con 13 fue tejido de cadáver humano y desde

los 28 ya lleva un tubo de dacrón (material sintético). La primera unidad de cardiopatía congénita para adultos no se creó en España hasta 2002, cuando Alberto tenía ya... ¡27 años!

La cuarta operación fue por entonces. Él hacía el MIR en el Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, donde realizaba guardias de 24 horas como si su patología no fuera con él y donde se echó una novia enfermera que acabaría siendo su pareja. Sería la última vez que tendría que irse a Estados Unidos.

Lo que hacen con su corazón bien lo sabe él, que aunque no alcanzó la nota para ser cardiólogo, atiende insuficiencias cardíacas como internista. «Me bajan la temperatura a 20 grados para que no haya mucho metabolismo celular. Paro mi corazón no más de tres horas y me conectan a una máquina de circulación extracorpórea. Me operan».

Y luego termina de contar y se recorre el pecho con los dedos.

El chico que odiaba ir a la playa creció escuchando en la facultad al doctor José María Oliver Ruiz (pionero en la cardiopatía congénita en España), quien le hizo ver a ese alumno que ya había sido operado cuatro veces que tenía una «responsabilidad» como paciente. La de «dar testimonio». La de cuidarse. La de decirle al mundo que él seguía vivo. La de abrir la boca después de abierto el corazón.

«Un niño con una cardiopatía congénita llega a adulto y es un nuevo elemento en la vida laboral.

El problema es que no tenemos una discapacidad visible [él solo tiene reconocido el 33%], no vamos en silla de ruedas, no tenemos un problema cognitivo ni de movilidad... Pero estos pacientes necesitan una adaptación en el puesto de trabajo y trato diferencial».

«Cada vez que me ha tocado una operación, me he reinventado. Con cuatro años, volví a ser un niño. Con 13, tuve que dejar el fútbol, pero decidí no aislarme. Con 28, regresé de la operación y me fui a vivir con mi nueva pareja. Ahora que he sido operado, ves a tu hijo antes de entrar a quirófano y eso lo cambia todo».

(...)

Alberto sabe que sus operaciones han ido bien –cuenta– porque ser un enfermo del Atlético de Madrid es lo que tiene: haces una prueba de esfuerzo cada semana.

El médico internista que hoy atiende las insuficiencias cardíacas de los demás, el paciente que ha sido operado cinco veces, ese niño rescatado de la muerte gracias a que sus padres lo vendieron todo, ese tipo con un tórax que es como si Freddy Krueger se hubiese ensañado con él; ese hombre, decíamos, viajó con su familia a las finales de Lisboa y Milán, de donde no solo salió ileso tras las derrotas, sino más trasfundido de aquello que ya corría por sus venas. «El lema del club es coraje y corazón, que es el lema de mi vida».

La última de las operaciones fue en enero de 2023 y la llevó a cabo el doctor Ángel Aroca en La Paz. Porque han pasado 48 años desde que Alberto nació, y un hospital público de Madrid –dicen las tasas de mortalidad en cirugía cardíaca– no tiene nada que envidiar a uno privado de Minnesota.

Esta vez el problema estaba en el lado izquierdo: una insuficiencia aórtica severa. «Mi cardiopatía evoluciona así. Antes no se sabía porque se morían los pacientes». En la víspera de irse al hospital, habló con su hijo de 14 años sin dramatizar, le volvió a enseñar las cicatrices, las recorrieron una a una como si formaran parte de una constelación en una noche despejada.

En la despedida con su hijo adolescente hay una cábala: Alberto padre nació en la Nochebuena de 1975, el mismo día y a la misma hora en que Queen (el grupo favorito de Alberto hijo) presentaba su *Bohemian Rhapsody* en el programa de Navidad de la BBC. Así que el paciente que entraba a jugar su quinta final lo tuvo claro...

«Antes de irme al hospital para operarme, le quise regalar aquel DVD del miniconcierto, que se titula *A Night at the Odeon*... No le dije el motivo de ese regalo, pero lo hice para que, en el caso de que yo muriese, siempre nos pudiésemos encontrar él y yo, allí, los dos, escuchando buena música».

Alberto, 13 años, con el mexicano Francisco Puga, quien le operó en la Clínica Mayo.

LA CIENCIA SE CUELA EN LA CONVERSACIÓN COTIDIANA DEL 41% DE LOS ESPAÑOLES

Estudio de la FBBVA. El interés por los temas científicos alcanza el 5,9 sobre 10, en la media europea y ligeramente por debajo de EEUU. La "crisis de posverdad" no daña estos datos

Por Ricardo F. Colmenero

Los españoles nos hemos puesto a hablar de ciencia. Un 41% afirma haber introducido los temas científicos con bastante o mucha frecuencia en sus conversaciones cotidianas. Una cifra que está cercana a la media europea (el 44%) y por debajo del 51% de los estadounidenses.

De acuerdo con el Estudio de Cultura Científica 2024, realizado en 18 países por el Departamento de Estudios Sociales y Opinión Pública de la Fundación BBVA, una amplia mayoría de encuestados cree que la ciencia nos ayudara a superar el cáncer, a envejecer con buena salud, a encontrar energías limpias y a sacarnos de pandemias como la del Covid. Aunque sobre esto último, los españoles, por ejemplo, somos mucho más optimistas que los estadounidenses, el 72% frente a apenas el 61%. En lo que no somos muy poco o casi nada optimistas es en que la ciencia encuentre una solución a problemas como la pobreza, la desigualdad o las guerras.

«En un periodo en el que se debate de manera recurrente sobre la amenaza de la llamada

aciertos, o los turcos, que se quedaron por debajo.

Resulta curioso que, a pesar de la confianza en la ciencia, la mayoría no tiene tan claro si los cambios en la naturaleza llevados a cabo mediante la ciencia y la tecnología están empeorando las cosas. Hay cierto acuerdo, eso sí, en torno a la idea de que la tecnología hace cambiar nuestro modo de vida con excesiva rapidez.

Uno de los aspectos más llamativos de la encuesta fue la hora de valorar el papel de la religión en el avance científico. Minorías significativas de los países de Europa del Este y de Estados Unidos, y mayorías en el caso de Israel y Turquía, creen que los seres humanos fueron creados por Dios más o menos con su forma actual. En España lo cree el 13%. Mientras amplias mayorías en Europa occidental creen que los seres humanos evolucionaron a partir de especies animales anteriores.

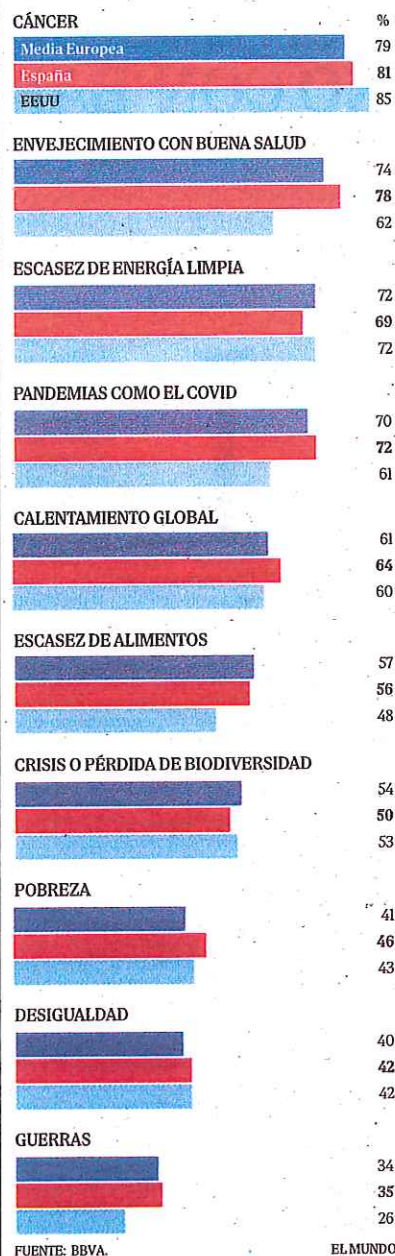
Aun así, el acuerdo es mayoritario respecto a que los científicos no se dejan influir por la religión, excepto en Turquía. En España, por ejemplo, somos más de que existe cierta influencia de empresas y políticos.

Los resultados del estudio indican que la cultura científica ha permeado, y actúa como un GPS mental ampliamente compartido. De o a

10, el grado de interés por los temas científicos es del 6,1 en los estadounidenses, y en Europa y en España del 5,9. Mientras el interés informativo es del 5,6 en EEUU, del 5,4 en Europa y del 5,1 en España. «En un contexto en el que algunas élites a ambos lados del Atlántico cuestionan la veracidad de la evidencia científica, y los medios dedican atención a una supuesta crisis de la racionalidad en el presente, la mayoría de los ciudadanos percibe claramente el papel central de la ciencia como la fuente más fiable de conocimiento (...) No se percibe un

¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA PUEDEN RESOLVER LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

Estudio de Cultura Científica 2024 de la Fundación BBVA en 18 países.



irracionalismo o relativismo rampante en las sociedades analizadas, pese a la desorbitada atención en el espacio informativo a la posverdad», sentencian desde la Fundación.

La ideología también presenta una pauta diferente según sociedades. En España e Israel se observa un nivel ligeramente mayor de cercanía, conocimiento y expectativas hacia la ciencia entre quienes se declaran de izquierdas que entre quienes se declaran de derechas. Mientras que en la media europea o en EEUU la ideología no tenía un impacto relevante.

ESPAÑA

«Es una utopía regular el tabaco en el ámbito privado»

El Comité de Prevención del Tabaquismo valora las restricciones que prevé Sanidad

CRISTINA RUIZ MADRID

Las peticiones del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT) al Ministerio de Sanidad parece que se van cumpliendo. Si primero se reguló, por fin y aunque fuera de plazo, el tabaco calentado equiparándolo a los productos tradicionales, ahora le ha tocado el turno al Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo (PIT), que permanecía guardado en un cajón desde hace más de dos años. Este jueves, la Comisión de Salud Pública (Integrada por los directores generales autonómicos del ramo) analizará el borrador del nuevo y actualizado plan, que no ley, que incluye algunas de las medidas reclamadas por el CNPT para hacer frente al consumo de tabaco, que provoca la muerte de más de ocho millones de personas en el mundo cada año, según la OMS.

Francisco Pascual, presidente del CNPT, señala a este medio que «el borrador no difiere demasiado del texto inicial aunque sí contempla algu-

nos aspectos de mejora». Entre ellos, Pascual destaca la actualización de la bibliografía con la que «se actualiza todo el tema epidemiológico» y se incluye también a grupos poblacionales «como los jóvenes entre 12 y 13 años» que no estaban contemplados en el texto anterior.

El presidente del CNPT confía en que la Comisión de Salud Pública dé su visto bueno al documento —«nos

Mañana las CCAA discutirán la nueva hoja de ruta, que no ley

«Definir bien qué es un espacio abierto evitará interpretaciones»

consta que las autonomías están por la labor», dice— «y de ahí al Consejo Interterritorial y al Consejo de Ministros», que será el que dé luz verde a la tramitación parlamentaria de una futura ley, ya que el PIT «es tan solo una hoja de ruta», aclara Pascual, y añade: «Algunos partidos decían que aplicarían determinadas medidas cuando existiera evidencia científica, pues ahí está la evidencia científica en los artículos. Otra cosa es que políticamente les interesen otros juegos».

Reconoce que sí echa de menos del borrador que no se hayan concretado más, por ejemplo, «los espacios sin humo, porque cuando se habla del entorno escolar, ¿qué quiere decir? En el recinto está claro, pero ¿en los alrededores? ¿Y la gente que va a entrar en un hospital? ¿Se puede fumar en la verja, en la puerta?». Por ello defiende que la futura ley defina claramente cuáles son esos espacios, «y deberían ser las terrazas, los espacios deportivos, las paradas de autobuses... Se tendrá que delimitar muy bien para que no se deje opción a interpretaciones», apunta.

Un aspecto del borrador que sí le genera más dudas es la regulación en el ámbito privado. Concretamente el texto habla de «hacer hincapié en la concienciación sobre fumar en espacios privados cuando se convive con alguien más (tanto en el hogar, coche etc.) y especialmente en el caso de niños y niñas y personas con problemas de salud».

Sobre ello, el presidente del CNPT cree que «es muy complicado y casi imposible que se pueda hacer, es una utopía». En su opinión es más efectivo e importante «que suba el precio del tabaco, se fije el empaquetado genérico... Es una medida que generará menos controversia que aquella que establezca que no se pueda fumar en casa. Al final todos podemos estar de acuerdo, salvo la industria, claro, en que no podemos tener el tabaco más barato de Europa».

El borrador preliminar del PIT, en el que han participado sociedades científicas y entidades relacionadas con el ámbito del tabaquismo, deja clara su apuesta por reducir la prevalencia de consumo de tabaco y avanzar en actuaciones «frente al desafío de los productos emergentes». El documento, que consta de cinco metas y 22 objetivos y rescata en buena parte el plan anterior, como ha apuntado Pascual, aboga por la ampliación legislativa de los espacios sin



Mónica García. B. DÍAZ

humo de tabaco y sin aerosoles de cigarrillos electrónicos y productos relacionados en «determinados ambientes comunitarios y sociales al aire libre y en ciertos espacios del ámbito privado, especialmente aquellos con presencia de menores». Considera fundamental ser conscientes de las nuevas formas de consumo de nicotina a través de cigarrillos electrónicos y el tabaco calentado y disminuir su atractivo, especialmente entre la población joven.

El Congreso se une para tramitar la ley del ELA del PP tras las críticas

ÁLVARO CARVAJAL MADRID

«Lo primero que querría saber es cuántos diputados o diputadas hay en la sala, ¿podéis levantar las manos? Creo que he contado cinco». Estas palabras con las que el ex futbolista Juan Carlos Unzué sacó los colores a los diputados por el ninguneo a los enfermos con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) corrieron como la pólvora a mediados de febrero. Aquel rapapolvo se vitalizó, despertó el interés público y poco menos de un mes después ha surtido efecto: el Congreso se unió como pocas veces para tramitar una proposición de ley del PP para mejorar las condiciones de vida de esos enfermos.

La iniciativa, que fue registrada antes de la polémica, salió por unanimidad y con algunos diputados reconociendo que habían «llegando tarde» a este tema.

Y es que, la pasada legislatura hubo una ley de Ciudadanos que la mayoría de PSOE y Unidas Podemos dejó pudrirse en un cajón con hasta 48 prórrogas del plazo de enmiendas. Ahora se hace lectura autocrítica y hay grupos, como los del Gobierno, que piden ampliar las ayudas a todas las enfermedades neurodegenerativas. La cuestión es cuándo estará.

VILLAR DEL RÍO

14 | UN LUGAR PARA VIVIR

El Día de Soria | Fin de semana 16 y 17 de marzo de 2024

CIRCUITO SANITARIO AL COMPLETO

El pueblo concluirá las obras del centro médico en junio y ya tiene listo su helicésped

REDACCIÓN / SORIA

Apenas transcurridos unos meses desde las recientes elecciones municipales, el Ayuntamiento de Villar del Río continúa con el desarrollo de nuevos proyectos y finalizar algunos que se iniciaron en la anterior legislatura. Uno de los destacables es el referido al edificio de la farmacia comarcal de Villar del Río, este interesante proyecto de reforma y adecuación a la normativa actual de los espacios que conforman este edificio, consultorio médico, farmacia y vivienda, se va a llevar a cabo en estas próximas fechas, estando previsto que esté finalizada la obra para finales del próximo mes de junio. Esta inversión se va a llevar a cabo merced a la ayuda concedida por el Gobierno central a través de los fondos NextGeneration UE dentro del Programa PIREP del Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. El importe del proyecto asciende a 168.652 €.

Para completar el circuito sanitario el Ayuntamiento ha construido un helicésped. Área de Emergencias Sanitarias que se está ofreciendo a la Junta de Castilla y León para su



El helicésped instalado en Villar del Río, /CEDIDA

utilización en temas sanitarios de urgencia, accidentes laborales, extracción de personas, incendios y otras necesidades de esta comarca. También está previsto poner a disposición esta zona de aterrizaje y despegue de helicópteros a otras entidades estatales. Dispone de zona de aterrizaje, señalización nocturna y

diurna, bocas de incendios, vallado reflectante, zona de espera y otros.

Uno de los proyectos de mayor necesidad para este comarca de las Tierras Altas sorianas, el Valle de Cidacos, es el referido al nuevo Centro de Recepción de Visitantes de las Incineras. Esta iniciativa auspiciada por la Junta de Castilla de León lleva ya varios años y recientemente el proyecto fue actualizado y ajustado a la normativa actual en lo referente a accesibilidad, ahorro energético, sistemas de calefacción y todo lo necesario para un espacio museístico.

El proyecto depende en la actualidad de la Fundación del Patrimonio Natural de la Junta de Castilla y León y tanto el Ayuntamiento como los vecinos de esta zona confían en la Comunidad Autónoma para que definitivamente salga adelante. Una de las mayores necesidades de este territorio es el contar con un hotel restaurante, promovido por el Ayuntamiento, que dé respuesta a los numerosos visitantes que acuden a esta zona. Las incineras, la micología, los senderos, los amplios pinares y las numerosas tradiciones que aún se conservan atraen a numerosos visitantes.

En la pasada legislatura este Ayuntamiento inició el Proyecto El Camino del Agua con un recorrido actual de algo más de un kilómetro y continuará su desarrollo en esta legislatura. El proyecto contempla su ampliación, y como ya ocurre en el tramo realizado, este camino siempre va en busca de lugares, parajes, manantiales y cauces donde el agua sea el elemento fundamental. Junto a estos recorridos se plantarán una serie de árboles frondosos en los que predominan los olivos, la floración.

También se contemplan desde este Consistorio los Centros Sociales existentes en los once pueblos que conforman el Ayuntamiento y dotarlos de internet para los vecinos de esas localidades a fin de que las asociaciones existentes puedan desarrollar actividades durante la mayor parte del año y con ello conseguir una dinamización de la vida social en este territorio.

También se contempla la colaboración con las empresas agrícolas y ganaderas existentes mediante la mejora de caminos y bebederos y su adecuación a la nueva maquinaria agrícola y al pastoreo.

**EL ÁREA DE
ATERIZAJE
TIENE SEÑAL
NOCTURNA**

La Junta lanza el centro de salud Soria Norte y supera todos los recursos

El periodo estimado para la ejecución de la obra es de 22 meses / El presupuesto es de 6,1 millones de euros / El total de tarjetas sanitarias para esta zona es de 22.368

VÍCTOR MORENO SORIA

La Junta de Castilla y León, a través de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León de la Consejería de Sanidad, ha adjudicado la redacción del proyecto básico y de ejecución, dirección facultativa y coordinación de seguridad y salud del Centro de Salud de Soria Norte, en la capital, a la UTE Ana Isabel Jiménez Jiménez - María de la O García García, por un importe 199.650 euros. De esta forma, el centro de salud supera todos los recursos tramitados ante el Tarcyl, un total de tres, y se aboca por fin a su construcción.

La Delegación Territorial informó este martes que el periodo de ejecución de cada concepto objeto del contrato, de acuerdo con la oferta, se inicia con un plazo de dos meses, desde la formalización del contrato, para realizar el levantamiento topográfico y el proyecto básico correspondiente. Con posterioridad, y en un plazo adicional de cuatro meses a contar desde la supervisión favorable del proyecto básico, se deberá elaborar el proyecto de ejecución, proyectos específicos de instalaciones, estudio de seguridad y salud, proyecto de gestión de residuos y estudio acústico, que serán la base de la licitación del expediente de obras.

El plazo previsto para la dirección de obra, dirección de la ejecución de los proyectos específicos de instalaciones, coordinación en materia de seguridad y salud y comunicación ambiental será de 22 meses (plazo estimado para la ejecución de la obra y que quedará fijado finalmente en el proyecto de ejecución), incrementándose el tiempo necesario hasta la realización del informe del estado de las obras al cumplimiento del plazo de garantía ofertado por el contratista de la obra, estimado en 12 meses, lo que hace un total de 34 meses.

El presupuesto de ejecución material estimado para las obras es de 6.148.668 euros (IVA incluido). A esta cifra habrá que sumar en su momento los gastos destinados al plan de montaje de equipamiento y mobiliario correspondiente.

Con la construcción de este nuevo centro de salud, la Gerencia Regional de Salud explica que pretenden resolver las necesidades de asistencia sanitaria de la Zona Básica de Salud Soria Norte. El edificio se ubicará en un solar cedido por el Ayuntamiento de Soria, con una superficie de 6.378 metros cuadrados y situado en calle Cabildo de los Heros, esquina con calle de la Soladadesca.



Parcela donde se ubicará el centro de salud Soria Norte. MARIO TEJEDOR

El plan funcional para la redacción del proyecto y dirección facultativa de las obras prevé una serie de espacios que suman una superficie útil total de 2.314 metros cuadrados.

La zona destinada a consultas contará con una superficie de 1.209 metros cuadrados, que se distribuye de la siguiente manera: 13 consultas de Medicina General, 13 de Enfermería, tres de Pediatría, tres de Enfermería Pediátrica, dos de consulta Polivalente, dos consultas a la demanda, una consulta de matrona, una consulta de TCAE, una sala de urgencias y observación, cuatro salas de técnicas y curas, dos salas 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, sala de esterilización y almacén y una sala de espera específica.

La zona de apoyo administrativo, donde se localizan despachos para trabajador social, coordinador médico, responsable de enfermería y biblioteca o sala de reuniones, contará con una superficie de 125 metros cuadrados. La zona destinada a docencia, de 96 metros cuadrados, tendrá aula de docencia o conferencias y salas de trabajo para personal MIR y EIR.

La zona de acceso, con vestíbulo, recepción y cita previa, sumará 140 metros cuadrados. Por su parte, en la zona de servicios, con 540 metros cuadrados, una parte importante es el área de instalaciones básicas del centro de salud. Además, se ubicarán otras áreas como vestuarios, almacenes o aseos adaptados, tanto para personal como para público en general.

El Plan Funcional también ha incluido un área específica para pacientes respiratorios o infecciosos, con una superficie de 198 metros cuadrados. Se pretende que sea un espacio versátil que esté disponible para casos de pacientes respiratorios de otro tipo que requieran aislamientos o accesos independientes del resto del centro de salud.

A todo lo anterior, deberá incorporarse el número de aparcamientos a determinar en el proyecto, que deberá incluir una determinada cantidad para profesionales que realicen actividad domiciliar y otra para pacientes o familiares con visitas programadas.

La Zona Básica de Salud de Soria Norte comprende el norte de la ciudad e incluye el barrio de Las Casas. El total de tarjetas sanitarias registradas en esta zona, en esta fecha, asciende a 22.368, de las que 4.930 (un 22,04 % del total) son mayores de 65 años y 2.665 menores de 14 años (un 11,98 %).

El Equipo de Atención Primaria está compuesto por 13 médicos de familia, 3 pediatras, 16 enfermeros, 1 técnico de cuidados auxiliares de enfermería, 5 auxiliares administrativos, 1 celador y 4 limpiadoras/personal de servicios. Además, cuenta con profesionales de Área que trabajan en el equipo, como matrona y trabajador social, así como médicos y enfermeros de área que apoyan la actividad del centro y la realización de la Atención Continuada en el PAC de la Milagrosa.

Además, este centro de salud cuenta con una importante función de docencia con la presencia permanente de médicos internos residentes (MIR), enfermeras internas residentes (EIR) y estudiantes en prácticas, tanto de la Facultad de Enfermería de Soria como de Formación Profesional.

Los datos asistenciales generales de toda la Zona Básica de Salud serían la realización de unas 91.400 consultas de Medicina General al año, 52.100 de Enfermería, 11.800 consultas de Pediatría, 4.800 consultas de Matrona y más de 2.600 actuaciones de trabajador social.

El actual Centro de Salud de Soria Norte se localiza en la calle El Espolón, 16, en la propia ciudad de Soria. Es un edificio propiedad de la Tesorería General de la Seguridad Social que, como otros muchos en todo el país, tiene una cesión de uso sanitario de forma indefinida.

Concierto conjunto de 400 alumnos en el Oreste Camarca

SORIA

El centro de enseñanza musical celebra este jueves una serie de interpretaciones de El Cascanueces en las que participan más de 400 alumnos y docentes de Educación Primaria de diversos colegios de Soria. El acto se centra en una actividad musical dirigida por el Conservatorio de Música Oreste Camarca, junto a un equipo de profesores de Música de Educación Primaria, por medio del Centro de Formación del Profesorado e Innovación Educativa de Soria.

La historia de El Cascanueces escrita por ETA Hoffman y adaptada por primera vez por Alexandre Dumas fue convertida en un ballet por el compositor ruso Peter Ilyich Tchaikovsky, quien escribió la música, convirtiéndose en el ballet más interpretado de todos los tiempos, especialmente en Navidad.

Once centros educativos de la ciudad de Soria y de la provincia acudirán a la cita musical. Entre ellos, el CEIP Sor María de Jesús de Ágreda (Ágreda), CEIP Diego Laínez (Almazán), CRA Tierras de Berlanga (Berlanga de Duero), CEIP Gerardo Diego (Golmayo), CRA Pinar Grande (Navaleón), CRA Río Izana (Quintana Redonda), CEIP María Eugenia Martínez del Campo (San Leonardo de Yagüe), CEIP Doce Linajes (Soria), CEIP Fuente del Rey (Soria) y el CEIP Infantes de Lara (Soria).

Este evento escolar tiene como objetivo, explican los organizadores, unir y motivar al alumnado, y a través de esta vivencia, compartir la experiencia de trasladar a un escenario actividades musicales preparadas en las aulas, poniendo en valor la educación musical, al mismo tiempo que acercan y conocen las enseñanzas musicales oficiales que oferta el conservatorio.

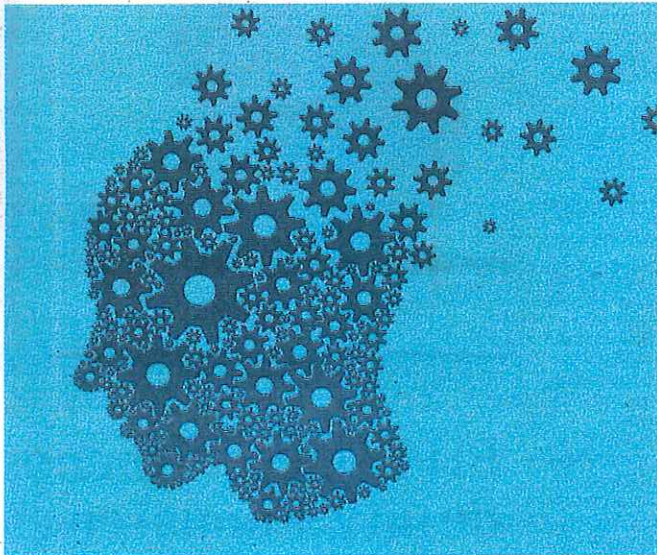
La música de El Cascanueces que se va a interpretar es el resultado de un trabajo previo para el que se ha contado con la participación del profesorado del Conservatorio, que ha realizado una serie de charlas y talleres en todos los centros participantes.

Los dos conciertos tendrán lugar en el auditorio del Conservatorio de Música de Soria. El primero de ellos será a las 10.30 horas y contará con la actuación de siete centros y el segundo será a las 12.00 horas y participarán cuatro centros. Los recitales serán retransmitidos en directo por el canal de YouTube del conservatorio. <https://www.youtube.com/channel/UCiGLb8KsfzrD5VQ7-qu9Q>.

SALUD

Nuevo ensayo clínico para mejorar el tratamiento del deterioro cognitivo asociado a la esquizofrenia

Un alto porcentaje de pacientes con esquizofrenia presenta cierto grado de deterioro cognitivo. Se trata de un síntoma que impacta negativamente en su funcionalidad y calidad de vida y actualmente no hay ningún fármaco para tratar este deterioro. Este ensayo, liderado por Boehringer Ingelheim y que se realiza en varios centros hospitalarios, investiga la eficacia de un fármaco(*) destinado a mejorar el deterioro cognitivo asociado a la esquizofrenia. Para mejorar su tratamiento hace falta la colaboración activa de los pacientes en los ensayos clínicos.



Por **Studio**

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo y crónico que padecen el 0,37% de la población española, (4,5% son hombres y el 2,9% mujeres) (**). Provoca alteraciones graves en el pensamiento, la percepción de la realidad y el comportamiento de la persona. Puede cursar con alucinaciones, delirios y transformaciones profundas de la personalidad. Todo esto repercute en el funcionamiento diario y puede ser incapacitante.

Esta patología, considerada prototipo de los trastornos psiquiátricos graves suele comenzar entre la adolescencia y los 35 años, y suele ser más grave cuanto antes se manifiesta. "La esquizofrenia afecta a 1 de cada 100 personas, independientemente del género, aunque el inicio es más precoz en varones (entre los 15 y 25 años) que en mujeres (25 y 35 años)" señala Rosario de Arce, psiquiatra y jefe de Servicio del Hospital Puerta de Hierro de Ma-

drid, y profesora de la Facultad de Medicina Autónoma de Madrid.

Los síntomas positivos, como alucinaciones o delirios son los más conocidos. "Estas alucinaciones suelen ser auditivas, con voces que le ordenan o hablan de ellos en 3ª persona, ideas o intuiciones delirantes de que "algo grave está pasando", explica la experta. También sufren manifestaciones negativas, el llamado cuadro de deterioro cognitivo y afectivo (aplanamiento, indiferencia afectiva, apatía y aislamiento social).

Deterioro en las funciones cognitivas
Un alto porcentaje de los pacientes con esquizofrenia presenta cierto grado de deterioro cognitivo asociado a esta enfermedad mental y ello tiene un impacto significativo en sus vidas, así como en la de sus cuidadores y familiares.

No en vano, aproximadamente el 85% (***) de las personas que vive con esquizofrenia experimentará algún nivel de deterioro cognitivo. En este aspecto, la doctora de Arce nos advierte de que este deterioro es el núcleo de la enfermedad y tiene un componente cognitivo

importante que va a determinar las disfunciones en el día a día, familiares, sociales y ocupacionales". Estos síntomas, difíciles de detectar, suelen ser de los primeros en desarrollarse, incluso antes que las manifestaciones positivas y pueden ocasionar ya problemas de memoria, de atención, de velocidad de pensamiento y de concentración, impactando significativamente en sus vidas.

Superar el desafío que presenta este deterioro cognitivo asociado a la esquizofrenia podría permitir a las personas que viven con esquizofrenia vivir una vida más autónoma y productiva".

La especialista hace una clasificación del deterioro esquizofrénico en las funciones globales afectadas por la enfermedad. En el área cognitiva se observa un déficit en funciones como la planificación de actividades, merma de las capacidades intelectuales, atención y memoria. "Los pacientes con esquizofrenia tienen resultados más pobres que la población general en la ejecución de pruebas cognitivas".

En el área afectiva aparece la indiferencia, volviéndose el paciente solitario, distante y frío. Una vez establecido un diagnóstico firme, la doctora Rosario de Arce comenta que su tratamiento es a largo plazo, en muchos casos de por vida. Actualmente no existe un tratamiento comercializado para el deterioro cognitivo asociado a la esquizofrenia y los existentes hoy en día no mejoran este síntoma.

Ensayo CONNEX

El deterioro cognitivo no se puede abordar con los antipsicóticos actuales, por lo que se necesitan tratamientos y soluciones que ofrezcan un control eficaz de los síntomas. Boehringer Ingelheim ha puesto en marcha el estudio CONNEX, un ensayo clínico que se está llevando a cabo en distintos hospitales de España para probar la eficacia de un fármaco para el tratamiento de síntomas como el deterioro cognitivo. El fármaco que ya ha superado la fase II ha demostrado que mejoró la cognición en pacientes adultos con esquizofrenia. Actualmente se encuentra en proceso avanzado

en fase III (ESTUDIO CONNEX). La doctora de Arce señala la importancia del estudio ya que, "hasta ahora ningún fármaco ha sido aprobado para esta indicación".

Impacto en la calidad de vida

"La persona con deterioro cognitivo tiene un aislamiento social, poniendo de manifiesto las profundas transformaciones del mundo afectivo y relacional del sujeto", asegura la psiquiatra. Esta indiferencia provoca un aislamiento, tanto intrafamiliar como social en el paciente, junto a una falta de estímulos vividos emocionalmente y con un descuido en los hábitos y la higiene personal. "La vida laboral no suele existir, no suele tener un trabajo y cuando lo encuentra hay riesgo de perderlo".

El deterioro cognitivo asociado a la esquizofrenia tiene un impacto significativo en los afectados, así como en sus familiares y cuidadores. "La familia precisa de información, apoyo, disponibilidad y asesoramiento. Las familias también deben apoyarse en las asociaciones que ofrecen apoyo psicológico, asesoramiento legal, charlas y cursos con diferentes profesionales", señala la psiquiatra.

Detección temprana

Entre los principales retos para manejar esta patología está la detección temprana. La doctora Rosario de Arce asegura que a menor tiempo de psicosis sin tratar, se observa mejor respuesta, mejor recuperación y menor deterioro. "En algunos estudios, el 50% de los pacientes tardan hasta dos años en acudir por primera vez a la atención especializada, por eso es fundamental realizar un programa de detección en atención primaria", comenta.

Otros retos pendientes son el manejo continuo de la enfermedad y el apoyo a largo plazo. La investigación farmacológica debe de ir hacia la búsqueda de nuevas moléculas, ya que pueden revertir o disminuir el daño funcional. "Disponemos de fármacos para los síntomas positivos, no para los negativos". Por eso, la importancia de ensayos y estudios clínicos como CONNEX que ayuden a evaluar nuevos tratamientos para el deterioro cognitivo asociado a la esquizofrenia.

+Este ensayo clínico está en fase de reclutamiento de pacientes en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid, con Rosario de Arce, como psiquiatra e investigadora.

(*) Medicamento en fase de investigación. No tiene ninguna indicación autorizada.

(**) Estudio 'Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria', del Ministerio de Sanidad2. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

(***) OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

extra

13 DE
MARZO
DE 2024



EL MUNDO
MIÉRCOLES

Mu jer y Sa lud

El mundo de la salud está empezando a otorgar a la mitad de la población el protagonismo que merece. Existe una creciente preocupación por las problemáticas que más inciden en las mujeres, quienes poco a poco avanzan posiciones en el escalafón sanitario, aunque a un ritmo mucho más lento del deseable





PARTICULARIDADES Entender las características específicas de la mujer es clave a la hora de diagnosticar enfermedades y también de tratarlas con éxito. Su composición corporal y su metabolismo son diferentes a los de los hombres y añaden componentes hormonales e inflamatorios que son determinantes en el desarrollo y la manifestación de las patologías. /DARREN BAKER

Este año se cumple el 40º aniversario de un gran hito en la historia de la mujer española, y también en la de la medicina. El 12 de julio de 1984 vino al mundo Victoria Anna, el primer bebé nacido en nuestro país por fecundación in vitro. Estábamos replicando el triunfo que había supuesto seis años antes la primera niña concebida en el mundo gracias a las neonatas técnicas de reproducción asistida. Fue en Reino Unido y el éxito resultó tan contundente (Louise Brown celebrará su 46º cumpleaños el próximo 25 de julio) que otros países empezaron a estudiarlo, empujados por el inmenso peso de las esperanzas de millones de mujeres que, a pesar de su deseo de ser madres, se veían obligadas a asumir la imposibilidad de lograrlo.

«Marcó un antes y un después en nuestras vidas», afirma Anna Veiga, bióloga y madre científica de Victoria Anna... Si, su segundo nombre va en honor a la doctora que hizo posible *El Milagro de la vida* (así se titula su libro). Desde entonces, un lazo une para siempre a la primera niña probeta española (la sexta en el mundo) con la primera científica capaz de lograrlo dentro de nuestras fronteras. Ella es una eminencia en el estudio de la reproducción asistida y de las células madre. Actualmente, lidera el grupo de investigación en terapia con células ma-

Cuando la mujer se apoderó de su libertad reproductiva

Ser madre a pesar de las dificultades biológicas y elegir cuándo hacerlo es una de las más revolucionarias conquistas de la mujer durante las últimas décadas. Existen otras no menos relevantes, como la reducción de la mortalidad materna o la detección temprana del cáncer mama

Por Laura Tardón

dre pluripotenciales del IDIBELL y dirige el Banco de Células Madre de Barcelona.

El trabajo de Anna Veiga ha sido sobresaliente como mujer en la ciencia y ha tenido un indiscutible impacto en la vida de la población femenina. Por y para las mujeres. La reproducción asistida nació para dar respuesta a la «infertilidad,

considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad [...] Cualquier solución a una patología es una mejora en la calidad de vida», argumenta Veiga. En estos 40 años, continúa, «se ha progresado muchísimo desde el punto de vista técnico, hay nuevas herramientas y el porcentaje de éxito es muy su-

perior». Y también ha cambiado la población que se está tratando: «Antes eran mujeres que no podían concebir por algún tipo de patología (trompas obstruidas, por ejemplo). Ahora, hay una importantísima proporción de parejas que acuden a estas técnicas porque han llegado a una edad en la que es más difícil el embarazo».

En definitiva, subraya la científica, «en caso de problemas, la reproducción asistida permite a la mujer acceder a una gestación con diferentes opciones terapéuticas». Por otro lado, al igual que el incontestable avance que ha supuesto la anticoncepción, las técnicas reproductivas regalan «liber-

Hoy, las opciones para concebir tienen un elevado porcentaje de éxito

tad para decidir cuándo se pueden quedar embarazadas». Gracias a estas vías, alcanzamos el concepto de libertad reproductiva, que debería escribirse en mayúsculas.

VACUNA CONTRA EL CÁNCER

Sin abandonar el capítulo de la reproducción, cabe subrayar algunos progresos experimentados a nivel mundial. Entre 2000 y 2020, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos se redujo en aproximadamente un 34%. La OMS recuerda que «prácticamente el 95% de esta mortalidad se da en países de ingresos bajos y medianos bajos» y que no debería caer en el olvido el compromiso oficial de uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU por «reducir la

tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacimientos» (en 2020 fue de 223 a nivel mundial). «Existen conocimientos científicos y médicos para prevenir la mayoría de las muertes maternas», aseguran desde la OMS. Faltan seis años para que se cumpla el plazo estipulado y toca intensificar los esfuerzos.

Del mismo modo, merecería un tratamiento especial su majestad la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH). Es la única inmunización que existe para prevenir el cáncer, concretamente, el de cuello uterino. De hecho, ha sido incorporada en el calendario de vacunación común con el fin de reducir dicha afectación. Según constata un estudio internacional liderado por el Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (Ciberesp), llega a evitar el 90% de estos casos y disminuye a la mitad los tumores en otras localizaciones asociadas a la infección por VPH (transmitida a través de relaciones sexuales), tales como vulva, vagina, pene, ano y la parte posterior de la garganta.

Y si saltamos a las tipologías de cáncer más diagnosticadas entre las mujeres, sobresale entre el resto el de mama. En este punto, gracias al cribado poblacional mediante mamografía, se logra «reducir la mortalidad por este tipo de tumor en un 20% y se evita la muerte de una mujer por cada

235 cribadas durante 20 años». Así lo afirma el estudio español *Avances hacia el cribado personalizado del cáncer de mama: el papel de la Atención Primaria*.

CONCIENCIACIÓN

Uno de los campos en los que más se ha avanzado, señala Laura Martínez Guillén, presidenta de la Asociación Española de Mujeres por la Salud (Musa), «es en el entendimiento y manejo de los efectos de la terapia hormonal duran-

La vacuna del VPH previene hasta el 90% de los casos de cáncer de cérvix

te la perimenopausia y la posmenopausia». En esta línea, resalta la creación y el desarrollo de programas en clínicas que ofrecen «un enfoque integral para mejorar la calidad de vida de las mujeres durante la menopausia y la perimenopausia, combinando tratamientos hormonales, nutricionales, estéticos y de bienestar físico».

Es la concienciación la que establece un punto de inflexión en todos los campos de la medicina. «Ahora, ya conocemos la importancia de prevenir enfermedades cardiovasculares en mujeres posmenopáusicas por el aumento del riesgo de estas patologías tras la

menopausia debido a la disminución de los estrógenos», argumenta Martínez Guillén.

Efectivamente, la concienciación es, también, «el primer avance en cardiología», sentencia María Tamargo, cardióloga del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. «Antes, no se contemplaban las diferencias en cuanto a la manifestación y el impacto de las patologías cardíacas cuando se trataba de mujeres». De hecho, «hace un par de décadas no había mujeres en los ensayos clínicos con nuevas medicinas; ahora, entre un 20% y un 30%».

En palabras de Tamargo, «se ha visto que las mujeres tienen un componente hormonal, una composición corporal y una serie de características» que hacen que las patologías coronarias se presenten y actúen de forma particular, al igual que los tratamientos. Por ejemplo, «el estado inflamatorio es un factor para la patología cardíaca y resulta que las enfermedades inmunológicas y reumáticas, que son estados inflamatorios crónicos, tienen mayor prevalencia en las mujeres».

La cuestión es que la categoría de género se estudia, se analiza y se empieza a utilizar como criterio a la hora de diagnosticar y tratar, lo que supone un importantísimo avance. Sobre todo, teniendo en cuenta que «la enfermedad cardíaca es la primera causa de muerte en la mujer», dato que el 74% de

españoles desconoce, tal como recoge una encuesta realizada por la Sociedad Española de Cardiología (SEC) y presentada el pasado 8 de marzo, con motivo del Día Internacional de la Mujer. Concretamente, en España mueren más de 60.000 mujeres al año por culpa de alguna enfermedad cardiovascular, una cada ocho minutos.

En el campo de la salud mental, se ha constatado que la ansiedad y la depresión golpean más a las mujeres. La buena noticia es que «durante los últimos años vemos un aumento progresivo de una mejor detección temprana, probablemente porque la población está más atenta a los signos de alarma de los trastornos mentales, especialmente en la población femenina joven, como los trastornos de la conducta alimentaria o los intentos de suicidio», expone Carmen Moreno, jefa de sección en el Instituto de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón.

También en psiquiatría, la concienciación de las diferencias entre hombres y mujeres ha logrado que «diagnostiquemos antes y mejor los trastornos del neurodesarrollo», apunta Moreno. «Las últimas investigaciones nos han hecho replantearnos la expresión de estos trastornos en las mujeres», lo que facilita una detección y tratamiento más tempranos. Por fin, «empezamos a ser más sensibles a las particularidades en la forma de expresarse una enfermedad en la mujer».

Una voz que cada vez se oye más en el campo de la ciencia

Marie Curie y Rosalind Franklin o españolas como Margarita Salas... Son algunos de los nombres de mujer que destacaron en la ciencia siendo un absoluto mundo de hombres, una carrera a contracorriente, como si la propia investigación no lo fuera ya de por sí. Este es, precisamente, uno de los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU: fomentar la igualdad en la educación para revertir las cifras actuales y abrir las puertas a la par. Es cierto que la fotografía ha mejorado. El último informe sobre igualdad de género en la ciencia y en las universidades españolas, «Científicas en cifras 2021», señalaba que la proporción de mujeres en el conjunto del personal investigador en España ha subido levemente, hasta el 40%. Sin embargo, un estudio de la Unesco constata que las mujeres sólo representan actualmente una tercera parte de los científicos. En todos los campos, las mujeres se enfrentan a un auténtico techo de cristal, algo que corrobora Ana Ruiz Sáenz, investigadora de la Fundación CRIS contra el cáncer e investigadora principal CIC bioGUNE de Bilbao: «Aún existen muchos obstáculos y, aunque el techo de cristal se ha reducido, sigue existiendo». De hecho, «a pesar de ser mayoría en las fases más tempranas de carrera, el porcentaje de mujeres se invierte drásticamente después, en los puestos de liderazgo y responsabilidad». A lo que añade que, según datos de la Unesco, sólo el 18% de los puestos de dirección en instituciones científicas y laboratorios están ocupados por mujeres, lo que «repercute en la brecha salarial». Otro dato relevante que muestra el estado de la cuestión de género en la ciencia lo revela la Fundación CYD: tres cuartas partes de los rectores y catedráticos son hombres. No obstante, subraya Ruiz Sáenz, es justo destacar que «se ha mejorado mucho durante los últimos años, gracias a diferentes políticas de igualdad que se aplican en los procesos de evaluación o a los programas de financiación para proyectos científicos, en los que ya se empieza a tener en cuenta la maternidad».

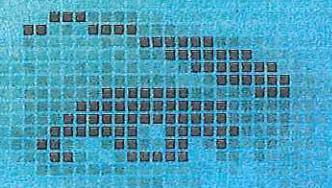


ENSAYOS Tal como explica la cardióloga María Tamargo, «hace un par de décadas no había mujeres en los ensayos clínicos» destinados al desarrollo de nuevas medicinas. Actualmente ya suponen «entre el 20% y 30%» de los equipos de investigación, por la existencia de una conciencia de la categoría de género. /SHEFF



la *m* que falta

CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO



VISIBILICEMOS
JUNTOS EL
CÁNCER DE MAMA
METASTÁSICO

SÚMATE AL
MOVIMIENTO



ES/ONP/01/24/0003 · ES-28181 · Enero de 2024

#la *m* que falta

#CáncerDeMamaMetastásico

Métodos duraderos pero todavía minoritarios

España introduce muy lentamente los DIU de cobre y hormonales o el implante anticonceptivo subcutáneo, a pesar de sus ventajas y eficacia

Por Ana Romero

La salud sexual es un ámbito de planificación y cuidado para muchas mujeres. Según las últimas cifras disponibles, en España se produjeron 190.000 embarazos no planificados en 2022, un tercio de los totales, de los que la mitad terminó en aborto.

El método anticonceptivo más utilizado por las españolas en edad fértil es el preservativo, con una tasa del 35,7%. Le sigue la píldora, con una implantación del 17%, que alcanza sus valores de uso más elevados entre las féminas de 25 a 29 años. Sin embargo, las encuestas muestran que el 36% de las españolas nunca ha recibido consejo contraceptivo de un profesional sanitario, por lo que hasta un 37% decide por iniciativa propia qué opción usar.

«En España no se hace un uso correcto de los anticonceptivos, están fallando y hay un alto número de embarazos no planificados», contextualiza José Cruz Quílez, médico especialista en Ginecología y Obstetricia, así como presidente de la Sociedad Española de Contracepción (SEC).

Ante el panorama sombrío que arrojan los datos, los expertos abogan por favorecer una educación sexual perfectamente estructurada. El objetivo, tal como subraya el doctor Quílez, es que «las personas sean conocedoras de todas las opciones, elijan cuando llegue el momento y vivan libremente su sexualidad, que es un derecho fundamental».

TRES ALTERNATIVAS

En el escenario descrito, los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés) se alzan como los métodos más eficaces. A la cabeza de todos ellos se sitúan tanto los DIU, de cobre u hormonales, como el implante anticonceptivo subcutáneo.

«La mayor ventaja de estos métodos reversibles de larga duración es que, una vez colocados, no

dependen del manejo de la usuaria, lo que aumenta su efectividad, como avala la Organización Mundial de la Salud», recuerda Quílez. El facultativo añade que estos métodos son opciones anticonceptivas excelentes para cualquier usuaria, aunque recalca que es fundamental que, si se usan, ha de hacerse con convicción: «Así, la adherencia es buena y cualquier efecto menor, salvable». Pero, lamentablemente, la mitad de las mujeres españolas no ha sido informada sobre estos métodos, por lo que «hay que modificar la inercia y plantearnos qué hacer mejor», reflexiona el doctor.

Entre los escollos para que avancen estos métodos hay algunos mitos en torno a los LARC que llevan incluso a que los profesionales tengan cierto respeto a la hora de recomendárselos a las mujeres nulíparas (es decir, aquellas que nunca han parido). «Hay quien duda de poder insertar fácilmente en esos casos los DIU o cree que el patrón de sangrado que esos métodos podrían generar (sobre todo, en implantes), desencadenando numerosas consultas, desincentivan su uso», argumenta el presidente de SEC. En ocasiones, además, el miedo a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) lleva a recomendar el uso del preservativo y hay profesionales que creen que las pacientes rechazarán la doble protección, por lo que no terminan de ofrecerles un consejo completo.

La realidad es que resulta difícil que las mujeres jóvenes vayan al médico cuando se encuentran sanas. Por eso, desde las sociedades científicas se insiste en la importancia de la educación sexual como única manera de que las generaciones jóvenes conozcan los métodos y las opciones existentes y, en consecuencia, tengan la cultura suficiente para elegir libremente.

Basta un simple vistazo a las estadísticas para comprobar que la



UTILIZACIÓN En la actualidad, un 3,8% de las mujeres de nuestro país utiliza como sistema anticonceptivo el DIU hormonal, mientras que un 2,9% se decanta por la opción del DIU de cobre. /AFM PRODUCTION

asistencia de las mujeres a alguna consulta médica para que les indiquen el método anticonceptivo más idóneo a su caso aumenta con los años, siendo poco frecuente cuando comienza el periodo de edad fértil (36,3%). A partir de los 20 años se eleva la consulta

Los sistemas de larga duración también destacan por su rentabilidad

médica, ascendiendo hasta el 67,7% de los 35 a los 39 años.

El mes pasado, un documento del Foro Parlamentario Europeo para los Derechos Sexuales y Reproductivos (EPF) permitió tomar el pulso al ámbito de la anticoncepción en los países comunitarios. El texto presentado se conoce como atlas y valora el acceso a los métodos anticonceptivos, al consejo contraceptivo y a la información online. Según el estudio, 14 de los 47 países analizados registraron mejoras el año pasado, mientras que cinco experimentaron retrocesos y 27

se mantuvieron igual. Luxemburgo, Reino Unido, Francia y Bélgica, seguidos de Irlanda y Eslovenia, obtuvieron los mejores resultados por sus grandes avances en políticas anticonceptivas. Por el contrario, Polonia, Hungría y Armenia se situaron a la cola europea. España, por su parte, ocupa una modesta posición decimoquinta.

En materia de anticoncepción, la legislación española recoge el derecho al acceso universal a estos métodos y subraya la obligación, por parte de la Administración, de financiar los métodos de última generación. A este respecto, el doctor Quílez señala que los métodos LARC deben incluirse en esa categoría.

Lo cierto es que en muchas ocasiones se pone el foco en el precio inicial de los métodos anticonceptivos de larga duración como barrera para las capas sociales más desfavorecidas, sin tenerse en cuenta que el tiempo efectivo de anticoncepción asegurado por estos sistemas puede prolongarse hasta tres, cinco o incluso ocho años. Eso no significa que los métodos LARC no sean inicialmente más costosos que los de corto pla-

zo, con un precio que puede oscilar entre los 100 y los 120 euros. Pero, a pesar de ello, «resultan muy rentables, aunque la inversión la tenga que hacer la propia usuaria», opina Quílez.

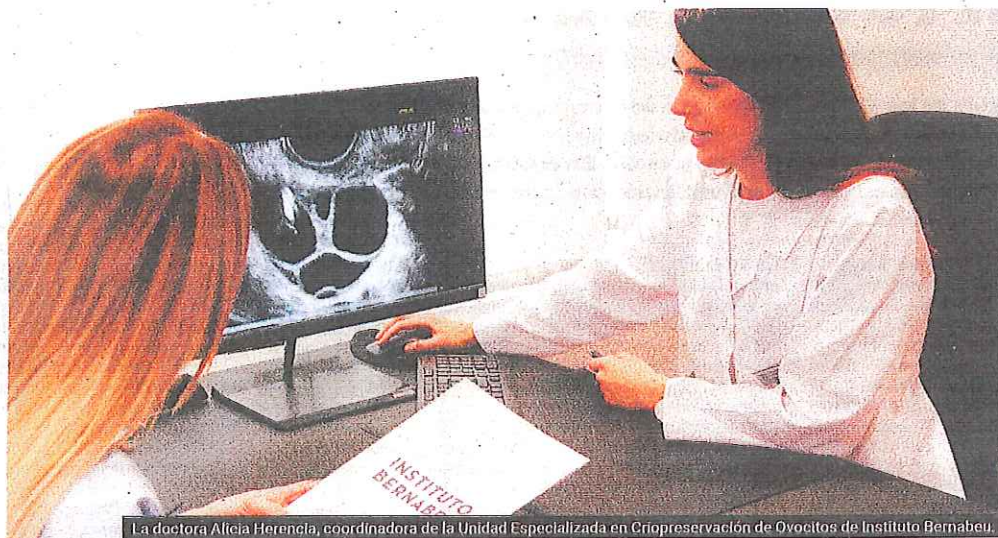
Cuestión distinta es que existan grupos de población que no utilizan ningún método de anticoncepción. «De ahí las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo, en alza y con una tasa de interrupciones de repetición que supera el 30% o las cifras de ETS, que son terribles», lamenta el doctor.

La financiación de los LARC es variable, ya que algunas comunidades autónomas los financian en su totalidad y otras sólo parcialmente. En este sentido, algunas costean el implante entre los 18 y los 40 años, mientras que otras lo hacen íntegramente y algunas financian el uso de DIU hormonales únicamente como tratamiento del sangrado menstrual abundante. También las hay que sí permiten utilizarlo de forma gratuita y con cargo al sistema regional de salud. En este sentido, las dos comunidades españolas que más recursos destinan a la financiación de estos métodos son Aragón y la Comunidad Valenciana.

FERTILIDAD

Retrasar el momento de ser madre con más opciones: se triplica la demanda de congelación de óvulos

La criopreservación de ovocitos se ha convertido en una herramienta al alcance de muchas mujeres que les permite postergar el momento de ser madres y planificar así su proyecto reproductivo.



La doctora Alicia Herencia, coordinadora de la Unidad Especializada en Criopreservación de Ovocitos de Instituto Bernabeu.

Por **Studio**

Instituto Bernabeu ha creado una nueva Unidad Especializada en Criopreservación de Ovocitos, coordinada por la doctora Alicia Herencia. "El objetivo es dar un paso más en nuestra atención médica y poder canalizar, de manera coordinada y experta, el trabajo que realizamos en cada una de las 9 clínicas de Instituto Bernabeu", explica la doctora, que añade que "la nueva unidad nos va a permitir implementar las técnicas más innovadoras, con nuevas pautas de estimulación ovárica y tratamientos más cómodos y con menos efectos adversos, además de impulsar científicamente la investigación multidisciplinar

en este ámbito".

Desde 2021 se ha triplicado el número de ciclos de preservación de ovocitos en las clínicas del Instituto Bernabeu. Las razones son muchas, pero la principal es la necesidad o el deseo de postergar la maternidad por cuestiones de carácter personal. En otros casos, se criopreservan por enfermedades que ponen en riesgo la capacidad fértil de la mujer, como la endometriosis, la menopausia precoz o enfermedades autoinmunes, entre otras.

La cantidad y la calidad de los óvulos se reducen con el paso de los años. Un descenso que empieza a ser notable por encima de los 35 años, siendo aún más acusado por encima de los 38 años. Paralelamente, la posibilidad de generar embriones con problemas cromosómicos aumenta con la edad. Por ello, "mi recomendación, en circunstancias generales y sin patologías previas, es criopreservar ovocitos antes de los 35 años para intentar obtener los mejores resultados", apunta Alicia Herencia.

De hecho, con 35 años, el 70-80% de los embriones tienen una correcta dotación cromosómica, mientras que con 41-42 años este porcentaje se invierte y hasta el 80% de los embriones pueden tener alguna alteración cromosómica, lo que dificulta la probabilidad de quedarse embarazada y aumenta la tasa de abortos. Por eso, si una mujer congela los óvulos cuanto antes, su riesgo de aborto por alteraciones cromosómicas en los embriones se mantiene del mismo modo congelado. Si desea tener hijos con 40 años, lo hará con

probabilidades similares a cuando los congeló. A pesar de todo, la doctora Herencia ha insistido en que "la preservación ovocitaria supone tener más opciones de poder ser madres con nuestros propios ovocitos, dado que la calidad ovocitaria es un factor determinante en un tratamiento de fertilidad. Lo que conseguimos es mantener la calidad de nuestros óvulos en el momento que los criopreservamos. Pero no sería correcto decir que con la criopreservación se puede garantizar la preservación de la fertilidad de una mujer que, además, depende de otros factores".

probabilidades similares a cuando los congeló.

A pesar de todo, la doctora Herencia ha insistido en que "la preservación ovocitaria supone tener más opciones de poder ser madres con nuestros propios ovocitos, dado que la calidad ovocitaria es un factor determinante en un tratamiento de fertilidad. Lo que conseguimos es mantener la calidad de nuestros óvulos en el momento que los criopreservamos. Pero no sería correcto decir que con la criopreservación se puede garantizar la preservación de la fertilidad de una mujer que, además, depende de otros factores".

Necesidades reproductivas urgentes

En España, el cambio de tendencia ha llevado a una población cada vez menor, con menos nacimientos. De hecho, la tasa de reemplazo (es decir, la fecundidad mínima necesaria para que una población se mantenga indefinidamente en el tiempo sin disminuir su volumen) es de 2'1 hijos por pareja, pero en España se sitúa en apenas en 1'15 hijos. Por otro lado, la edad media a la que las españolas tienen su primer hijo no deja de subir, superando los 32'6 años en la actualidad (en 2010 era 29'8 años), con las dificultades añadidas que esto puede generar para la fertilidad femenina. Además, la cifra de niños nacidos en España cae progresivamente, descendiendo de 1'37 a 1'19 el número de hijos por mujer de 2010 a 2021. Con todo, estas cifras ponen en peligro la sostenibilidad social.

El retraso de la maternidad y un nuevo modelo social con una mayor implicación laboral de la mujer son dos de las causas de este descenso de la natalidad. De ahí el aumento de los tratamientos de reproducción asistida y el acceso a técnicas tan esenciales, para posponer la decisión de ser madre a futuro, como la criopreservación de ovocitos.



HAZ QUE EL TIEMPO SE DETENGA

UNIDAD ESPECIALIZADA EN
CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS

INSTITUTO
BERNABEU **ib**
MEDICINA REPRODUCTIVA

• INFORMACIÓN



La percepción social que se tiene respecto al cáncer de mama, en líneas generales, es la de un proceso duro y difícil al que las pacientes se sobreponen tras la extirpación del tumor. Se trata de una creencia errónea, alimentada por las historias de superación que proliferan cuando llega el 19 de octubre, día mundial de esta enfermedad. La realidad es que, de los más de 30.000 casos que se detectan cada año en España (35.001 en 2023, según estimaciones de la Red Española de Registros de Cáncer), un 30% terminan en metástasis e invaden otros órganos del cuerpo. Y esto, a día de hoy, es incurable.

«El cáncer de mama metastásico se ha convertido en la principal causa de muerte en mujeres de entre 35 y 55 años y supone más de 6.000 muertes al año. En 2023, concretamente, 6.500», afirma Pilar Fernández, presidenta de la Asociación Española de Cáncer de Mama Metastásico (Aecmm). Esta organización, creada en 2017 por pacientes con metástasis, representa, en palabras de Fernández, «la otra realidad del cáncer de mama». Además de la sensibilización, uno de sus principales objetivos es la búsqueda de vías de financiación para impulsar nuevos proyectos de investigación.

A falta de un tratamiento que resulte 100% efectivo, Fernández espera que se esté llegando a la «cronificación de la enfermedad», es decir, que cada paciente pueda convivir con el cáncer sin morir a causa de la

A falta de una cura definitiva, buena es la cronificación

El cáncer de mama con metástasis se lleva cada año más de 6.000 vidas en España. Mientras se desarrolla un tratamiento que resulte 100% efectivo, mejorar la calidad de vida de las pacientes pasa, en parte, por conseguir que los pronósticos sean más rápidos y precisos

Por Jaime Vicioso

metástasis. Esto, como recuerda la presidenta de Aecmm, es algo que «ya se ha conseguido anteriormente, por ejemplo, con el VIH».

En busca de esa cronificación, y con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las enfermas, gran parte de la investigación actual se centra en un diagnóstico más temprano del cáncer. El doctor Rafael López, jefe del Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), señala nuevas vías para conseguir pronósticos más eficaces y rápidos. Por ejemplo, «la biopsia líquida o nuevos

métodos radiológicos para conseguir un mejor control local, a la vez que resultados estéticos».

Otro factor que entra en juego para la detección temprana de la enfermedad son los ensayos clínicos, que pueden ayudar a descubrir nuevos comportamientos de la metástasis. El International Breast Cancer Center (IBCC), una institución que ha reunido a profesionales médicos de distintas áreas (oncólogos, radiólogos y cirujanos) para tratar esta patología de una forma multidisciplinar, apuesta firmemente por la creación de unidades específicas de pruebas.

«Al tratarse de una enfermedad incurable, siempre se buscan nuevos fármacos que mejoren los existentes, por lo que la investigación clínica es una parte fundamental de la asistencia a las pacientes», añade el doctor Javier Cortés, director del IBCC en Barcelona. En ocasiones, añade, «el

En España, un 30% de los tumores de mama derivan en metástasis

mejor tratamiento para una paciente es un estudio clínico».

Según los datos que manejan en Aecmm, España es el segundo país en reclutamientos y ensayos clínicos relacionados con este tipo de cáncer tras EEUU. Sin embargo, esa actividad innovadora no llega a tiempo a las pacientes, por lo que acortar los plazos de financiación pública se ha convertido en otra de las grandes peleas de la asociación. Tal como explica su presidenta, «el plazo recomendado para la incorporación de un fármaco a la cartera sanitaria de un estado miembro, desde su aprobación por parte de la Agencia Europea de Medicamentos, es de 180 días. En España, según los últimos datos oficiales, estamos en 629». Además, añade, la tendencia reciente es nefasta: «En lo que respecta a fármacos oncológicos, la disponibilidad ha pasado del 61% al 57%».

Otro de los lastres del sistema sanitario español, lamentan desde Aecmm, es la «falta de equidad en el acceso a la innovación». Por eso, reclaman a las administraciones públicas una estrategia conjunta para todo el estado. Fármacos, tratamientos y métodos de detección temprana no llegan de la misma forma a todas las comunidades. «Esto no ocurre sólo entre regiones, sino también entre hospitales de una misma zona», incide Fernández. «La vida de una paciente depende, ya no sólo de la comunidad en la que viva, sino del centro en el que sea atendida».



Incluso una vacuna deberá sumarse a otros tratamientos

La búsqueda de una vacuna efectiva contra cualquier tipo de cáncer es una de las principales obsesiones de la comunidad

médica y científica. Algunos expertos creen que durante esta década se producirán grandes avances, aunque otros prefieren ser más prudentes. En lo que respecta al cáncer de mama metastásico, la investigación se está centrando en las variantes terapéuticas. Su objetivo es «prevenir las recaídas una vez que

se ha eliminado un tumor localizado o, al menos, reducir el riesgo de que vuelva a aparecer», explica Javier Cortés, director del IBCC de Barcelona. Actualmente, continúa, «se encuentran en fase de investigación incipiente, pero algunas están dando resultados prometedores en los ensayos». Teniendo en cuenta que el tumor

busca siempre vías de escape, y más aún en los casos en los que hay metástasis, Rafael López, jefe del Servicio de Oncología Médica del CHUS, considera que una hipotética vacuna deberá «combinarse con otras armas terapéuticas sistémicas para lograr un resultado importante». Entre esos tratamientos, López confía en

la efectividad de la inmunoterapia y la quimioterapia, combinadas con «diagnósticos tempranos que permitan ver las vulnerabilidades y debilidades del tumor». Respecto a las vacunas preventivas, se está avanzando bastante en estudios genéticos, pero no se esperan resultados en el corto plazo dada la heterogeneidad de la enfermedad.

SALUD MENTAL

15 años de Grupo Mujer

El Grupo Mujer de la Fundación Rey Ardid se consolida como espacio de reflexión para mujeres diagnosticadas con algún problema de salud mental



Por **Studio**

Con motivo de la celebración del 8 de marzo, el Centro de Rehabilitación y Apoyo Psicosocial de Salud Mental de Zaragoza (CRAP), junto con Espacio Visiones (el centro de arte para personas con sufrimiento psíquico), conmemoran el Día Internacional de la Mujer.

Y este año 2024 lo celebran de una forma muy especial: abanderados por uno de los grupos con más solera de la Fundación Rey Ardid. Se trata del Grupo Mujer, que comenzó en 2009 tras la detección de necesidades concretas relacionadas con el género por parte de los profesionales del CRAP de la Fundación Rey Ardid. "Tradicionalmente, en los centros de salud mental hay más hombres que mujeres, porque las mujeres con problemas de salud mental se las dejaba en casa como cuidadoras de padres, abuelos o hijos. Esto provocaba que, en los centros, las actividades estuvieran diseñadas para ayudar a los hombres", explica Noemí López, responsable del Espacio Visiones, que, junto con Pilar Moreno, terapeuta ocupacional del CRAP, crearon el Grupo Mujer. "Lo que hemos querido es diseñar un lugar y unas actividades en el que las mujeres se sientan libres y a gusto para hablar de lo

que les apetezca. Por ello, también, el grupo es no mixto, porque hablar, por ejemplo, del propio cuerpo delante de hombres no les es tan cómodo". Así, el Grupo Mujer hoy es un espacio donde poder trabajar temáticas relacionadas con la mujer de forma específica y en un entorno de cuidado.

Las protagonistas

El Grupo Mujer se ha consolidado ya como un espacio donde compartir experiencias y reflexiones en mujeres diagnosticadas de problemas de salud mental, trabajando de forma transversal, en constante reformulación y evolución, dando el mayor protagonismo a lo que las usuarias proponen. "Desde 2009 ha habido muchos cambios. Al principio, Pilar y yo diseñábamos las actividades que creíamos que las ayudarían. Ahora esto ha cambiado: son ellas las que proponen y nosotras ayudamos. Porque a veces les apetece ir a algún sitio; u otro día, quizás, solo tomar un café y hablar de nuestras cosas", asegura Noemí López, que destaca que "es un espacio de aprendizaje, reparador, de cuidado, de respeto

y entre iguales, formado por usuarias de diferentes recursos, profesionales, alumnas de prácticas y voluntarias".

Entre otras actividades, se trabaja la vertiente comunitaria, y varios ejemplos claros

son la participación en la carrera de la mujer, colaboraciones con otras entidades, visitas a exposiciones, talleres creativos... Todo ello para sensibilizar a la población en general de la presencia de la mujer en nuestro mundo, como agente de cambio y parte del crecimiento social y cultural. "Experiencias hay tantas como mujeres, y estar en otros espacios con otras mujeres nos permite ver otras realidades y nos ayuda mucho, por eso participamos en actividades muy diversas".

Todas sus integrantes manifiestan la necesidad de dar a conocer a la sociedad sus valores como mujeres, más allá de todo lo que pueda catalogar un certificado o un diagnóstico.

Jornadas Afrodita

La figura de la mujer en el arte siempre ha estado invisibilizado, desde no poder crear a hacerlo con pseudónimo para poder mostrar su arte. "Muchas mujeres artistas se las ha tildado de locas, pero si hubieran sido hombres, hubieran dicho que eran genios", dice López.

Por este motivo, y porque Espacio Visiones es un espacio de arte, todos los 8 de marzo, el Grupo Mujer celebra las Jornadas Afrodita, en las que, de manera conjunta, se reúnen y comparten el trabajo que han ido realizando a lo largo del año, siempre bajo una temática relacionada con la mujer y el arte. "Sin arte no hay mundo. En el arte se plasma la sensibilidad

de la persona y se quitan muchas etiquetas. El arte sirve como terapia".

Desde hace 5 años, en este proceso les acompaña Marisa Felipe, que lleva más de una década dedicada al desarrollo del liderazgo en las organizaciones, con especial atención a la visibilidad del liderazgo femenino. Este año el objetivo ha sido la búsqueda de la proactividad en el empoderamiento

femenino. Una manera muy importante y reivindicativa de celebrar un 8 de marzo desde la igualdad, la sororidad y el empoderamiento.

La Fundación Rey Ardid y sus profesionales están comprometidos con la equidad de género y facilitan crear espacios donde poder trabajar específicamente dichas temáticas a través del Grupo Mujer y la formación de sus profesionales en distintas facetas relacionadas con la mujer.

Dado el éxito de este formato, este activo grupo se está replicando en otros centros de la Fundación Rey Ardid, como la Unidad de Media Estancia Profesor Rey Ardid y el CRAP de Calatayud. "Nos encanta que se esté haciendo en otros centros y, desde aquí, les ayudamos en todo lo que podemos. Aunque lo mejor sería que todos estos grupos desaparecieran porque no hicieran falta, pero la realidad es otra, y cubrir las necesidades de cuantas más mujeres mejor debe ser nuestro objetivo", concluye Noemí López, responsable del Espacio Visiones.

Todos los 8 de marzo, el Grupo Mujer celebra las Jornadas Afrodita, en las que se reúnen y comparten el trabajo que han ido realizando a lo largo del año, relacionando mujer y arte

Durante generaciones, ciertos temas sobre la salud de la mujer han sido un tabú. La menopausia es, quizás, el mejor ejemplo. Ya sea por el envejecimiento que lleva asociada, ante una sociedad que idolatra la juventud, o por su posible incidencia en la vida activa de la mujer, su nombre aún se pronuncia, en muchos casos, únicamente en la esfera más íntima.

De entrada, «hay que empezar a verla de manera natural, porque le va a pasar a todas las mujeres. Y los hombres también tenemos andropausia», argumenta Pluvio Coronado, presidente de la Asociación Española del Estudio de la Menopausia (AEEM). Y es que, en líneas generales, la mujer es posmenopáusica durante más de un tercio de su vida.

Pese a ello, se mantiene la percepción de una mujer menopáusica añosa, cuando la realidad es que hoy en día es una mujer activa, en la plenitud de su vida, de unos 50 años, que trabaja y tiene una vida social plena, según expone Coronado. La menopausia, como bien recuerda el doctor, es un día fijo: el de la última regla. Sin embargo, es en la posmenopausia cuando habitualmente se sufren los síntomas. Este periodo empieza un año después de la última regla y se alarga «otros 20», dice.

Existen hasta 40 síntomas diferentes, algunos muy molestos

Sofocos y problemas óseos son las repercusiones más conocidas de este cambio de ciclo en la mujer que, en realidad, afecta a todo el cuerpo. Insomnio, dolor en las articulaciones, aumento del riesgo cardiovascular, niebla mental, aumento de peso, cansancio... Hay hasta 40 síntomas diferentes, que pueden ser muy molestos e influyen en la vida personal, social y laboral de la mujer.

«Bajan los estrógenos y todos los órganos del cuerpo que responden a las hormonas se empiezan a atrofiar», narra Coronado. «El primero que lo nota es el aparato genital», lo que se materializa en forma de una «sequedad que afecta a las relaciones sexuales». Pero las repercusiones no se circunscriben a esa zona. Tras la alteración de los centros termorreguladores causante de los sofocos, llega el insomnio derivado de su mayor frecuencia por la noche.

Además, al caer los estrógenos, el colágeno se reduce. Esto se aprecia tanto en la tersura de la piel, que se hace más fina y envejece, como en las articulaciones. «Duelen las rodillas, los codos, las manos... porque el cartilago tiene receptores estrogénicos». No se trata de artrosis, aunque el presidente de AEEM puntualiza que también aumenta.

Por supuesto, también está la osteoporosis posmenopáusica. «Cuan-

Un cambio de ciclo que tiene efectos en todo el cuerpo

La bajada de los estrógenos derivada de la menopausia suele repercutir en la vida personal, social y laboral de las mujeres, aunque la intensidad es diferente dependiendo de cada persona. En el 60% de los casos, las consultas al especialista guardan relación con la sintomatología general

Por Silvia Fernández

do el hueso empieza a debilitarse, porque le faltan los estrógenos, aparecen las frecuentes roturas de muñeca». Pero, según Coronado, también las fracturas vertebrales y el achepamiento, lo que hace que se empiece a perder altura. «Luego llega la sarcopenia, porque el músculo se va reduciendo, y se pierde grasa magra y se va ganando masa grasa».

Pero la cosa no queda aquí. La protección que la mujer tiene respecto al hombre en cuanto al riesgo de accidentes cardiovasculares se pierde con la menopausia, generalmente, a partir de los 70 años. Según detalla el doctor, los estrógenos son vasculoprotectores, es decir, mejoran la salud cardiovascular, por lo que su ausencia, a la larga, aumenta el riesgo de arterioesclerosis. Hay «más posibilidades de infartos, y de ictus, que es precisamente la causa más frecuente de muerte en las mujeres». Concretamente, entre el 50% y el 75% de las féminas de mediana edad experimentan síntomas vasomotores.

También aumenta el peso, porque baja el metabolismo, y suben los triglicéridos. Y se produce una

afectación en los estados de ánimo similar al síndrome premenstrual, que generalmente provoca melancolía y se conoce médicamente como labilidad emocional.

No obstante, la menopausia no es igual ni afecta con la misma intensidad en todas las mujeres. Eso sí, los síntomas que merman su calidad de vida son frecuentes. Pese a ello, sólo entre el 30% y el 40% comunica una caída de su rendimiento en el trabajo. Además, el 60% de las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas únicamente consulta al médico por síntomas generales, dejando de lado que algunos no desaparecen tras este periodo. Es el caso de los relacionados con la sexualidad, por los que sólo pregunta una minoría.

TRATAMIENTOS

La reducción de los síntomas comienza con comida sana y ejercicio, sin olvidar una actitud positiva. «Los cuidados previos pueden mejorar los síntomas que se tengan a posteriori», afirma Coronado. De hecho, los sofocos son más frecuen-

tes en las mujeres obesas, en las que fuman o en las que toman más hidratos de carbono, café o alcohol. Si eliminar todo eso no es efectivo, existen, en primer lugar, tratamientos naturales como el lúpulo, las isoflavonas de la soja, la cimicífuga racemosa o la salvia.

Otra opción es la terapia hormonal, indicada cuando los síntomas son de moderados a intensos. Cabe destacar que existen diferentes alternativas de este tipo para cada mujer dependiendo de sus necesidades, lo que abarca, por ejemplo, desde tratamientos sin progestágeno hasta otros sin estrógenos.

Los beneficios de la terapia hormonal son múltiples. Por ejemplo, reduce o elimina los sofocos y mejora la calidad del sueño, el ánimo y la memoria; disminuye los signos y síntomas del síndrome genitourinario de la menopausia; mejora la sequedad vaginal, reduce la dispareunia y alivia los síntomas de urgencia y cistitis postcoital; disminuye el dolor articular y retrasa la progresión de osteoartritis; reduce la pérdida de masa muscular asocia-

da a la edad; y optimiza el uso de insulina, reduciendo el riesgo y la progresión de la diabetes tipo 2.

Y como tercera opción, Coronado adelanta que en abril llegará a España el fezolinetant, un fármaco no hormonal que actúa bloqueando los sofocos desde el cerebro.

Por tanto, para síntomas concretos de la menopausia hay soluciones locales. Y también se estudian tratamientos de hormonas naturales y con estrógenos de origen fetal, actualmente en ensayo. En cualquier caso, «la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) es la más eficaz para todos los síntomas de esta etapa», asegura el doctor. Quita los sofocos, mejora la sequedad vaginal y la libido, y reduce el riesgo cardiovascular, la osteoporosis, los dolores articulares o el insomnio. Una panacea a la que muchas mujeres temen desde que un estudio de hace 22 años dijo que producía cáncer de mama e infartos. «Desde AEEM ponemos la THM en el momento en que se debe, entre los 50 y 60 años, cuando además está comprobado que reduce la mortalidad por cualquier causa en un 30%», cuenta Coronado.

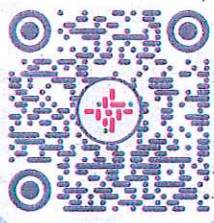
Desde AEEM también han puesto en marcha dos aplicaciones para medir la calidad de vida de la mujer española y valorar la candidatura de cada una a la THM. Mi Menopausia es una app gratuita que, mediante la Escala Cervantes, permite a la usuaria conocer su calidad de vida al introducir datos de forma anónima. En Criterios de Elegibilidad de la THM, por su parte, han trabajado durante cuatro años 22 sociedades científicas de todo el mundo. Sólo para médicos, les indica si la paciente es candidata. «No todas las mujeres pueden tomar THM», dice Coronado. Se estima que en España deberían tomarla alrededor del 25%, que son las que realmente tienen sofocos y una calidad de vida pésima.



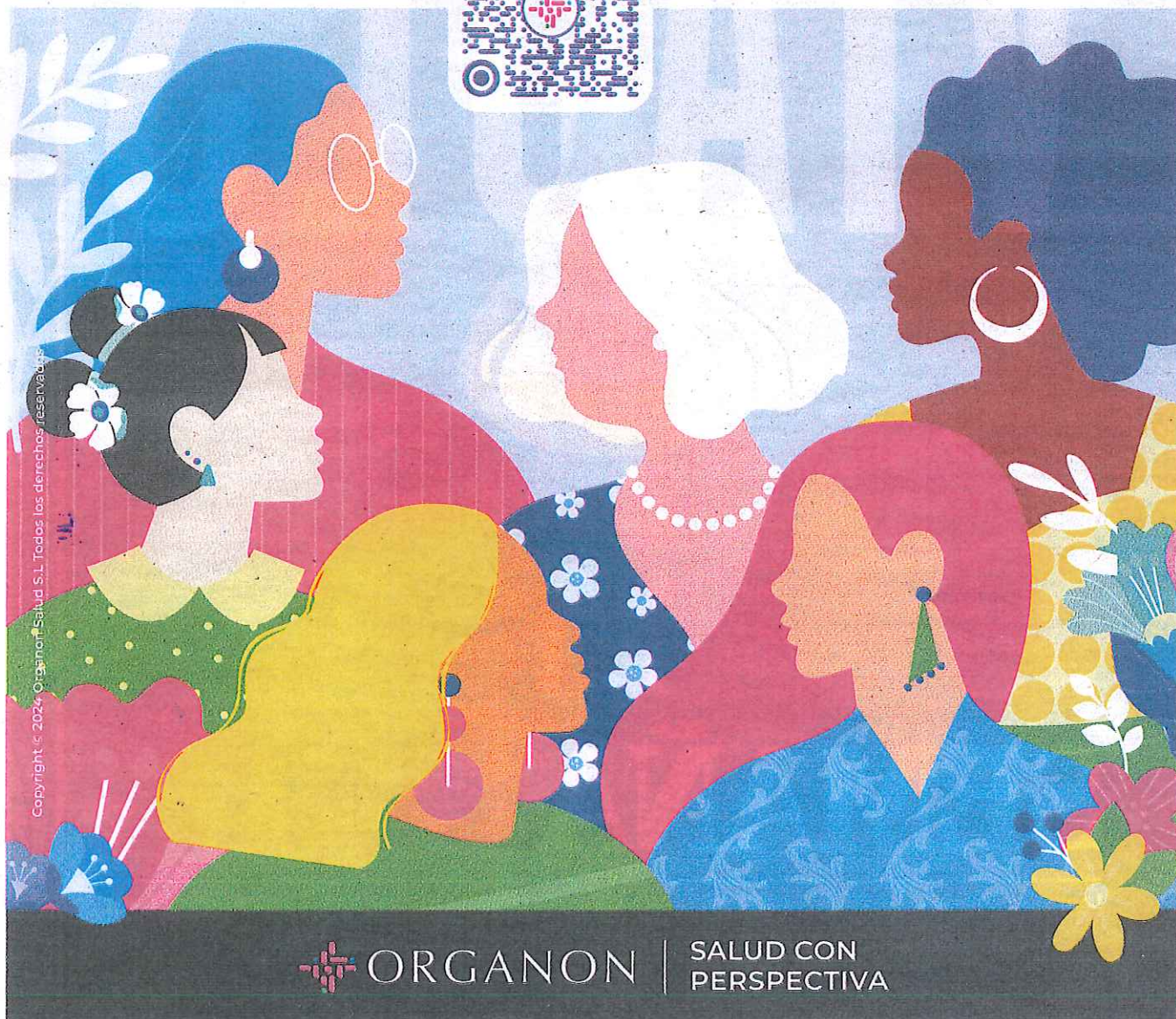
UNIDADES Desde AEEM consideran que sería conveniente poner en marcha unidades especializadas en menopausia en los centros hospitalarios. /S.L

Nuestro compromiso
es mejorar la salud
integral de las
mujeres, mediante
innovaciones
terapéuticas y
el impulso a una
atención con
perspectiva

Por un día a día mejor y más saludable para todas las mujeres



Conócenos:
www.organon.com/spain/



Copyright © 2024, Organon Salud S.L. Todos los derechos reservados.



ORGANON

SALUD CON
PERSPECTIVA

Hora de acabar con la brecha sanitaria en España

Retrasos en los diagnósticos o barreras en la investigación, entre las barreras que las mujeres sufren todavía en la atención médica. Un comité de expertos analiza su impacto en nuestro país

Por Ángel G. Porianes

A pesar de los notables avances en igualdad de género de los últimos años, la atención médica sigue siendo, aún hoy, un terreno en el que las mujeres enfrentan mayores barreras que los hombres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lleva destacando durante mucho tiempo esta preocupante brecha, que continúa siendo una realidad. Desde demoras en el proceso de diagnóstico y estrategias terapéuticas mal enfocadas hasta la baja participación en ensayos clínicos y puestos de responsabilidad.

Todos ellos son factores que contribuyen, por ejemplo, a que el porcentaje de mujeres con enfermedades crónicas (el 40%) supere al de los hombres (30%) en España. El dato procede del Observatorio de Salud (OdS), que, ante esta problemática, ha lanzado recientemente junto a Estudio de Comunicación el primer *Libro Blanco sobre Salud y Género en España*, en el que han colaborado destacados expertos del sector sociosanitario.

A juicio de la directora general de OdS, Marta Riesgo, «se trata de un documento necesario, porque no había hasta ahora ninguno en España que abordara en profundidad las distintas patologías en las que existe un fuerte impacto del género en el diagnóstico y tratamiento». Y aunque el libro recoge esa influencia en una veintena de enfermedades, asegura que basta con profundizar en otras para percibir que, en la mayoría de patologías, repercuten diferentes inequidades.

El arraigado estereotipo sociocultural de la mujer como cuidadora principal contribuye significativa-

mente a esta disparidad en el diagnóstico de enfermedades. «Ese rol hace que la mujer cuide pero no se cuide, que acuda más tarde al médico y provoca que tengan un diagnóstico tardío y se identifique la enfermedad cuando ya está más avanzada», asevera Riesgo. De hecho, según revela la investigación, los hombres pasan de media unos tres años para la obtención de un diagnóstico, mientras que en las mujeres esa espera se prolonga hasta los seis años.

La experta destaca fenómenos comunes como que muchas madres descubren que padecen trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) sólo después de llevar a sus hijos a ser evaluados por esa patología. En otros casos como la migraña (la dolencia neurológica más frecuente), existe un claro predominio en la población femenina y la incidencia de los cambios hormonales es notable durante periodos como la menstruación y la menopausia. Y a pesar de su impacto, dice, esta enfermedad «sigue siendo subestimada en el diagnóstico y tratamiento a la mujer, y si a eso se le une la presión de su rol de cuidadora, acaba por derivar en problemas de salud mental y una sobremedicación».

Otro factor determinante en esta brecha radica en los propios profesionales de la salud. Al estar acostumbrados a que ciertas enfermedades sean más comunes en los hombres que en las mujeres, dificultan el diagnóstico con un sesgo de género. Así lo explica la doctora Rosa Polo, coordinadora del libro, al hablar de las dificultades en la comunicación con los pacientes, lo que puede derivar en una anamne-



RESPONSABILIDAD El techo de cristal es una evidencia en el sector sanitario. Según la OMS, las mujeres suponen el 80% del personal de enfermería, pero sólo el 12% de los cargos de dirección ejecutiva. /SEAN LOCKE PHOTOGRAPHY

sis (exploración) incorrecta o una recopilación errónea de antecedentes: «En general, las mujeres necesitan una atención especializada, con una sensibilidad especial para poder tratarlas, porque tienen condiciones distintas al hombre».

Un ejemplo notorio de este problema en España, como señala la publicación, está en las enfermedades cardiovasculares, principal causa de mortalidad en las mujeres. Según explica la autora de este capítulo, la cardióloga Lourdes Vicent, mientras en las historias clínicas se recogen sistemáticamente todos los factores de riesgo clásicos generales, casi nunca se recogen los específicos de las mujeres: «Gracias a la investigación se ha visto que factores como la menopausia, antecedentes de tratamientos hormonales o el número de embarazos pueden dejar huella en el

riesgo cardiovascular, y eso es algo que hay que preguntar y conocer».

De la misma forma, Vicent pone de manifiesto que distintos estudios demuestran la existencia de otros agravantes que potencian la aparición de infartos. Por ejemplo, «la situación económica, experimentar violencia machista o la educación».

DEFICIENTE INCLUSIÓN

Estas expertas coinciden en que acabar con la brecha requiere un plan de formación y concienciación, tanto de la población como de los sanitarios. «No se le puede pedir a un profesional que tiene que atender a 50 personas en una consulta que dedique horas extra a formarse en ciertos aspectos, pero sí debe haber voluntad política para formar en escuelas y universidades», arguye Polo.

También demandan ese cambio cultural para reducir la desigualdad

en la gestión del liderazgo sanitario. No en vano, aunque la mujer ocupa el 70% del personal de la sanidad, su presencia es muy baja en los puestos de responsabilidad. Según datos de la OMS, suponen sólo el 12% de los cargos de dirección ejecutiva del sector sanitario, el 20% de los jefes de delegación de la propia OMS, el 25% de las ministras de sanidad o el 30% de las decanas de las 20 mejores facultades de medicina. Paradójicamente, el dato asciende al 80% si hablamos de personal de enfermería.

Algo parecido sucede en la investigación de fármacos, donde su participación no llega al 30%. Según Polo, esto provoca que no se tengan en cuenta otros efectos adversos exclusivos en la mujer. Por eso, insiste en la necesidad de un amplio plan sanitario «que ponga de acuerdo a todo el sector para dejar de penalizar a la mujer en la atención sanitaria».

ACTUALIDAD ECONÓMICA

1,5 millones de españoles al día no van al trabajo por baja médica

● Crecen un 62% las jornadas laborales perdidas por Incapacidad Temporal ● El absentismo está en máximos históricos

ALEJANDRA OLCESE MADRID Del total de jornadas laborales que podrían trabajar en conjunto todos los trabajadores asalariados del país, en 2023 se perdieron 396 millones por Incapacidad Temporal, un 62% más que las registradas en 2018. Dado que cada año tiene de media 260 días laborables, esto supone una pérdida media de 1,5 millones de jornadas de trabajo diario, o que cada día un millón y medio de trabajadores se ausentaron de su puesto por enfermedad.

Así se desprende del *Estudio sobre la Incapacidad Temporal y la Sinistralidad en España* elaborado conjuntamente por la mutua Univale Activa y el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (IVIE) y publicado ayer, que recoge que «los procesos iniciados de IT en relación al volumen de población protegida (índice de incidencia anual) experimentaron un descenso sostenido a partir del estallido de la Gran Recesión desde finales de 2008 y hasta 2013. Sin embargo, a partir de 2014 el índice no ha dejado de crecer, situándose actualmente en máximos del periodo».

Tras la pandemia, se están produciendo más de 400 bajas al año por cada mil trabajadores, frente a las 300 de 2019, con un incremento del 67% respecto a 2013 de los procesos gestionados por las mutuas, y del 138% en una década para los gestionados por el INSS.

Se entiende por incapacidad temporal la situación en la que se encuentran los trabajadores impedidos temporalmente para trabajar debido a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras reciben asistencia sanitaria de la Seguridad Social. También tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos.

Los autores construyen un indicador de absentismo total a partir de los microdatos de la Estadística

de Incapacidad Temporal y lo sitúan en el 5,2% en las contingencias comunes gestionadas por las mutuas y el 5,9% en las gestionadas por el INSS. Esto supone que en torno a un 5% de las jornadas que se podían trabajar se perdieron por causa de IT, mientras que en 2018 se perdían en torno a un 3,8%.

«Naturalmente, una parte de ese incremento cabe achacarlo al aumento de la población ocupada, que en 2023 se sitúa en máximos históricos para España, pero otra parte muy sustancial se debe al aumento de las jornadas perdidas per cápita», aclaran los autores, que puntualizan que ese incremento del absentismo sería equivalente a que cada trabajador faltara de media 20 días al año.

Mientras que el número de bajas por enfermedad ha subido, su duración media ha bajado y se sitúa actualmente por debajo de los niveles prepandemia: en 34,4 días, frente a los 41 días que duraban de media en 2018 y 2019. Aún así, en términos netos, «el fuerte aumento de la in-

Hay 400 bajas al año por cada 1.000 empleados, frente a 300 en 2019

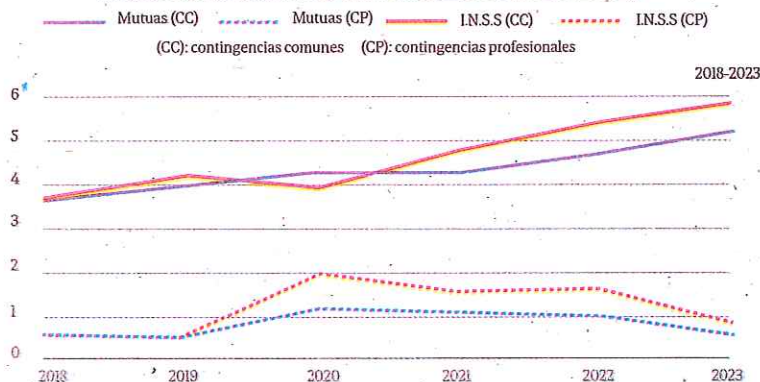
Un 5% de las jornadas no se trabajan por culpa de la enfermedad

cidencia domina al efecto moderador de la reducción de la duración media, dando lugar a un incremento notable del indicador de absentismo y del porcentaje de jornadas anuales perdidas».

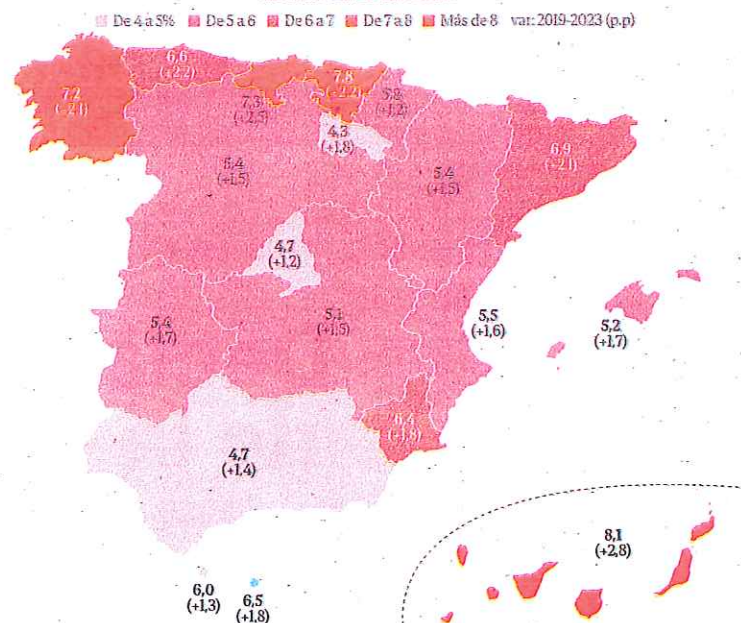
Pese al fuerte incremento a nivel nacional se producen importantes diferencias autonómicas. La Comunidad Foral de Navarra y Cataluña son las que tienen más incidencia del

EVOLUCIÓN DE LAS BAJAS POR ENFERMEDAD

INDICADOR DE ABSENTISMO (PORCENTAJE DE JORNADAS PERDIDAS)



ABSENTISMO POR CC.AA.



MEDIA DE DÍAS DE LOS PROCESOS CON ALTA MÉDICA



FUENTE: Univale Activa, IVIE, INSS

JUAN C. SÁNCHEZ/EL MUNDO



Precio: 2 euros.
Teléfono de atención al cliente: 91 050 16 29.

EL MUNDO

MADRID: Avenida San Luis, 25. 28033.
Madrid. Tel.: 91 443 59 00.
© Unidad Editorial Información General.
Madrid 2024. Todos los derechos

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

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

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

absentismo, con 600 bajas por cada mil trabajadores, frente a Extremadura, en el lado opuesto, con algo más de 200. Aunque en esta última la incidencia es menor (menos proporción de trabajadores está de baja), los que lo están pasan más tiempo (más de dos meses de media, igual que en Galicia), mientras que en Baleares, Madrid, Cataluña o Navarra la media es de unos 25 días o menos. En tasa de jornadas laborales perdidas, Canarias lidera la clasificación (con un 8,1%), seguida de País Vasco (7,8%) y Galicia (7,2%), frente a Madrid, La Rioja y Baleares, donde ronda el 4,5%.

«La creciente intensidad del fenómeno del absentismo por IT, que en España se sitúa actualmente en nive-

Canarias y el litoral cantábrico tienen más jornadas perdidas

En Extremadura hay menos bajas, pero duran mucho más: 71,4 días

les máximos, históricos y entre los países europeos, merece un análisis riguroso, dados los notables costes que supone para los trabajadores, las empresas y la sociedad en su conjunto», valora el equipo de investigadores que dirige por el catedrático de la Universidad de Valencia José María Peiró.

Juan Miguel Mesa, responsable del proyecto por parte de Urnival Activa, se pregunta: «¿por qué, en una década donde aparentemente estamos cuidando más la alimentación y haciendo más ejercicio físico y en la que, al mismo tiempo, se han ido incorporando más medidas y ayudas para favorecer la conciliación, enfermamos más que hace diez años?» y señala que eso, entre otras cosas, es lo que quieren averiguar con su investigación, que tendrá más entregas.

El incremento del absentismo es un asunto que preocupa no sólo a las empresas, por el coste que supone, sino también a los organismos e instituciones macroeconómicas por su impacto en el crecimiento económico por distintas vías: porque hay menos gente trabajando y menos actividad; por la caída de la productividad, y porque un empeoramiento de la salud podría afectar a los niveles de ahorro e inversión.

El informe también ofrece una comparativa entre los procesos gestionados por el INSS y por las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, que se ocupan del 72% de los procesos. La duración media de los procesos de las mutuas es sensiblemente menor, de 31,9 días de media frente a 38,2 días del INSS, algo que podría deberse a la saturación de la Seguridad Social y que justifica que el Gobierno esté negociando con los agentes sociales para reforzar su papel en la IT y tratar de agilizar las altas en estos procesos.



PATIO GLOBAL RACHEL CLARKE

QUIÉN. Rachel Clarke, doctora y autora de 'Breathtaking', ha recibido amenazas de muerte y ataques en las redes sociales por recordar cómo se vivió el Covid desde el interior de un hospital. **QUÉ.** La televisión británica ITV ha adaptado su libro en una serie dramática que ha tenido una gran impacto en el Reino Unido. **POR QUÉ.** Clarke arremete contra «las mentiras de los políticos» y la inconsistencia de Boris Johnson por el 'Partygate'.

La doctora que ha revivido el drama del Covid desde dentro

Ha recibido amenazas de muerte. La han comparado con los nazis. Ha sufrido ataques de los trolls en las redes. Y todo por contar desde dentro el drama del Covid en los hospitales en un libro, *Breathtaking*, y en una serie de la ITV que ha revivido los fantasmas de la pandemia a tiempo para el cuarto aniversario del primer confinamiento en el Reino Unido.

«Es una clásica respuesta humana intentar dejar atrás una experiencia traumática», admite la doctora Rachel Clarke. «Pero es necesario afrontarlo lo que ocurrió y recordar que en este país murieron más de 230.000 personas. Y es también una manera de replicar a la historia revi-



CARLOS FRESNEDA
LONDRES

sionista que se está imponiendo, porque es una invitación a ignorar el próximo virus».

«¿Cómo se puede alegar que los hospitales estaban vacíos y que las enfermeras mataban el tiempo bailando en TikTok?», se pregunta Clarke, que trabajó durante la pandemia en la unidad de cuidados paliativos del hospital

John Radcliffe de Oxford. «Vi morir a decenas de pacientes, pero también a una enfermera, a dos porteros y a un administrador. Era una muerte tras otra...»

«Las jornadas se hacían interminables», recuerda. «Suplicaba para que acabara el turno y poder abrazar a mi familia, aunque a veces acabara el día lloran-

do a solas o recibiendo ayuda psicológica como tantos colegas. Fue la experiencia más infernal que he tenido en mi carrera médica, y he querido transmitir esa sensación a la gente».

Breathtaking deja sin aliento a los telespectadores con esa «inmersión claustrofóbica e implacable en el interior de

un hospital, como si fuera un submarino», con la muerte campando a sus anchas por los pasillos. La doctora y cogaionista, de 51 años, que fue antes periodista, cuenta que todas las situaciones y

personajes que aparecen son reales, aunque hayan cambiado los nombres.

Los que sí aparecen como tales son los políticos, que quedan en evidencia desde el primer episodio, en la antesala del confinamiento. «El Gobierno fue el primero en propagar la desinformación. Dijeron que

no se estaban racionando los equipos personales de protección, cuando sí se estaba haciendo. Dijeron que había suficientes respiradores para todos, cuando no los había. Dijeron que el Sistema Nacional de Salud estaba afrontando la situación, cuando estábamos al límite. Fueron completamente deshonestos desde el principio».

Clarke arremete contra el ex secretario de Salud Matt Hancock por no haber reaccionado a tiempo y contra el actual secretario del Tesoro, Jeremy Hunt, por su inquina contra los médicos residentes. Pero sus críticas más duras se las reserva a Boris Johnson, que sale bastante mal parado. «Johnson pretendía dejar un legado como el de Churchill, cuando es el anti-Churchill. Lo que esperas de un líder cuando la población está asustada es honestidad, sinceridad y consistencia, y no una sarta de mentiras que llevan hasta el *Partygate*. Es alucinante ver cómo un político populista no puede entender la indignación de la gente, que cumplió mayoritariamente las restricciones mientras el alcohol corría por Downing Street».

«Ha sido una inmensa desgracia que un primer ministro con tal grado de frivolidad coincidiera con un cataclismo», declara Clarke a *The Times*, donde revela el renovado acoso de los trolls en las redes por cuenta del libro y de la teleserie.

El libro es «una inmersión claustrofóbica» en el interior de un centro sanitario

«Ha sido una desgracia tener un primer ministro con tal grado de frivolidad», dice

Mtr.
Motor de El Mundo.

Harley-Davidson
pasa por el gimnasio

TEATRO REAL
LUGAR DE FI

EL MUNDO

Mañueco anuncia 8,4M€ para la unidad de Radioterapia y el acelerador lineal

El Consejo de Gobierno aprueba hoy la autorización del gasto • El presidente de la Junta ratifica, a preguntas de Soria Ya, el «compromiso» de la Junta con la reapertura de la línea de tren a Castejón y la electrificación del ferrocarril a Madrid

JOSÉ SOSA SORIA
El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, anunció este miércoles en el Pleno de la Cortes que el Consejo de Go-

bierno aprobará una partida de gasto por valor de 8,4 millones de euros que se utilizarán en la compra del acelerador lineal y las obras de la unidad satélite de Radioterapia. El anun-

cio de Mañueco se produjo durante una pregunta de Soria Ya por la conexión de la provincia con los corredores ferroviarios europeos. Al final de su último turno, el presiden-

te de la Junta incidió en que su Gobierno «va a cumplir con los compromisos con Soria» y anunció la infraestructura sanitaria. Del mismo modo, Mañueco ratificó el «compromiso» del Gobierno regional con la

reapertura de la línea de tren entre Soria y Castejón y la electrificación de la Soria-Torralba, dentro del tren a Madrid. **Pág. 5**

Mañueco anuncia 8,4 M€ para la unidad de Radioterapia de Soria y el acelerador lineal

El Consejo de Gobierno aprobará hoy la autorización para el gasto/ El presidente, a preguntas de Soria Ya, ratifica el compromiso de la Junta con la reapertura a Castejón y la electrificación de la línea a Madrid

JOSÉ SOSA SORIA
A principios de diciembre el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, anunció en Soria que en el plazo de un año la unidad de Radioterapia de Soria estaría en funcionamiento. Hoy el Gobierno autonómico dará un paso decisivo para cumplir ese compromiso. El propio Mañueco anunció ayer en el Pleno de la Cortes que el Consejo de Gobierno aprobará una partida de gasto por valor de 8,4 millones de euros que se utilizarán en la compra del acelerador lineal y las obras de la unidad satélite de Radioterapia.

El anuncio de Mañueco llegó durante el debate a cuenta de una pregunta de Soria Ya por la conexión de la provincia con los corredores ferroviarios europeos. Al final de su último turno, el presidente de la Junta incidió en que su Gobierno «va a cumplir con los compromisos con Soria». «Mañana –por hoy– llevamos al consejo de Gobierno la aprobación de 8,4 millones de euros para el acelerador lineal y las obras de la unidad satélite de Radioterapia que tanto tiempo llevan esperando en Soria», aseguró Fernández Mañueco. «Los compromisos del Gobierno de Castilla y León se cumplen con hechos», ratificó.

La radioterapia es un viejo anhelo de la provincia, amplificado desde el compromiso de Juan Vicente Herrera en el año 2007. La unidad se instalará en el Santa Bárbara aprovechando las obras de reforma del hospital soriano. Tal y como está explicado, el pasado mes de diciembre el presidente Fernández Mañueco realizó una visita a las obras y ase-



Fernández Mañueco durante su intervención en el Pleno. ICAL

guró que «dentro de un año» el servicio estaría en funcionamiento, es decir, en diciembre de 2024. La unidad realizará unas 4.000 sesiones anuales y atenderá a unos 200 pacientes, a los que evitará desplazamientos obligados hasta ahora. Será atendido por profesionales del Hospital Universitario de Burgos, cuyos responsables trabajan ya para determinar el personal necesario.

CORREDORES

El portavoz de Soria Ya en las Cortes, Ángel Ceña, aprovechó su turno

de pregunta para cuestionar al presidente Mañueco sobre la «apuesta concreta» de la Junta para la conexión de Soria con los grandes corredores ferroviarios.

El máximo responsable del Gobierno autonómico recordó la apuesta «desde el minuto 1» por el corredor Atlántico y su «conexión» con todas las provincias de Castilla y León. Mañueco también defendió la asistencia de la Junta al acto de la semana pasada para impulsar el Corredor Cantábrico-Mediterráneo –que incluye el ramal de la Soria-Cas-

tejón–. La reivindicación de la Junta también alcanza la Soria-Torralba explicó el presidente, recordando a Soria Ya que la competencia sobre este asunto es del Gobierno de España. «Le invito que pregunte ahí, aunque perdieron las elecciones generales», espetó.

Mañueco insistió en que la apuesta es por la Soria-Castejón y la Soria-Torralba. El presidente aseguró además que la presencia de la Soria-Castejón en el proyecto del Cantábrico-Mediterráneo «es porque la consejera y este presidente hemos insistido, porque en los papeles iniciales no aparecía». «Estamos a favor de cualquier iniciativa que beneficie a Soria y su conexión al Corredor Atlántico y al Mediterráneo».

Desde la Junta insistieron en que la apuesta por la conexión por Soria con los corredores ferroviarios pasa por diferentes vías. La Junta defiende la Soria-Castejón, pero vincula también a la implementación de más mejoras en la Soria-Torralba orientadas a la electrificación de la vía y la mejora del material rodante. En este sentido, incluso ya se ha contactado, a través de la consejería de Movilidad y Transporte, con Renfe para exigir estas mejoras. La Junta tampoco pierde de vista la recuperación de la Valladolid-Ariza posibilitando que Soria sea nexo de unión entre el Atlántico y el Mediterráneo.

Soria Ya no quedó muy convencida de las explicaciones del presidente autonómico. Ceña recordó que estuvo presente en el foro y acusó a la consejera de Movilidad, María González Corral, de «pasar de puntillas» por la Soria-Castejón. «Se

olvidaron de defenderla y no les importa, tuvo que ser el señor Azcón –presidente de Aragón– el que defendió de forma vehemente la Soria-Castejón», subrayó. Ceña repasó la historia de la provincia en los últimos años recordando que ya se quedó fuera de la red radial de carreteras y a finales del siglo pasado fuera de las redes ferroviarias con el cierre de las principales líneas. «También nos quedamos fuera de la Alta Velocidad», expresó advirtiendo del riesgo de quedar fuera de los grandes corredores ferroviarios.

CIRUJANOS

En el Pleno hubo una segunda pregunta de Soria Ya vinculada a la situación del servicio de Cirugía del Hospital y la problemática con las guardias. El portavoz de la Junta, Carlos Fernández Carriedo, por ausencia del consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, recordó que la plantilla está completa, con la circunstancia de que hay un médico de baja de larga duración y otros cinco «tienen exención» para las guardias. El consejero aseguró que se está trabajando en «varios mecanismos» para dar una respuesta que pasan por «la incorporación de efectivos con contratos de larga duración» o con «acuerdos que permitan disponer de algún profesional más para esas guardias».

Soria Ya advirtió que «con la salud no se juega» y recordó los inconvenientes que puede suponer no contar con profesionales de guardia. Carriedo insistió en las soluciones propuestas además de recordar las inversiones en materia sanitaria.

YO DONA PAPEL

ENDOMETRIOSIS "DOS DÍAS AL MES ME LOS PASABA EN CAMA POR LA REGLA"

Menstruación. A Luisa le decían que sus dolores eran normales. A los 30 supo que aquello era una enfermedad que sufre el 10% de las mujeres en edad reproductiva

Por Mar Muñiz

Luisa Morillo cumple este año 40 y desde que recuerda, sus reglas siempre fueron muy dolorosas. En sus primeros años, perdió planes y días enteros por quedarse metida en la cama hasta que esa furia del vientre se apaciguaba. La única explicación era ninguna: la regla duele y esto es lo que toca, le decían. Pero ella sabía que no a todas las mujeres les daban esos latigazos. Sus amigas hacían vida normal, pero ella, más o menos dos días al mes era baja de casi todo: no podía ir a clase y se quedaba con la compañía de la manta eléctrica y de unas cuantas pastillas. «La época de la carrera fue horrible, la peor. He llegado a vomitar del dolor», recuerda. También refiere cierta incompreensión en el entorno, porque aquello de quejarse por los dolores de tripa a muchos les parece poco más que una excusa. «No solo mis amigos hombres no lo entendían, tampoco ellas. Y mi madre insistía en que la regla tiene que doler...».

Esa normalización del dolor no la llevó al médico, así que Luisa fue tirando, haciendo un paréntesis en su vida cada mes. A punto de los 30 fue a su primera revisión ginecológica y, ya allí, aprovechó para «comentarlo», como de pasada. Le hicieron una ecografía y *voilà*: esos dolores del demonio tenían un nombre y era endometriosis. «Después de tantos años supe que aquello que me pasaba tenía explicación». Le recetaron la píldora anticonceptiva y mejoró un poco, cuenta. Así estuvo un par de años.

Ayer fue el Día Mundial de la Endometriosis, una enfermedad que se define por la presencia de endometrio (tejido mucoso que tapiza el interior del útero) fuera de la cavidad y musculatura uterinas. Afecta al 10% de las mujeres en edad reproductiva y causa, entre otros, dolor menstrual, al defecar y durante las relaciones sexuales, e infertilidad. Esa localización anormal suele alcanzar áreas como las trompas de Falopio y los ovarios, aunque ocasionalmente puede invadir el intestino, la vejiga, el estómago, el pulmón, etc., según el documento oficial *Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud*. El cuerpo reacciona ante esa invasión del endometrio con una inflamación de carácter crónico. Se desconoce la causa de esta enfermedad, aunque se ha comprobado una cierta predisposición genética. El tratamiento recomendado pasa por analgésicos, medicamentos hormonales y anticonceptivos y, en determinados casos, cirugías para cortar o eliminar áreas de tejido endometrial.

Uno de los caballos de batalla de esta enfermedad es el retraso en el diagnóstico, como refleja el caso de Luisa. Explica el citado documento que los síntomas diversos y «la conciencia generalizada por parte de las mujeres de que es normal que la menstruación duela» influyen en los diagnósticos tardíos de la endometriosis. El doctor Francisco Carmona, ginecólogo, autor de



Endometriosis: La guía para entender qué es y cómo cuidarte (Grijalbo, 2021) y uno de los mayores expertos en esta dolencia, eleva a 8,3 años el tiempo que tardan las mujeres españolas en ponerle un nombre a los síntomas que sufren. No siempre, considera, este retraso se debe a la falta de quejas, sino que de media, las mujeres han acudido a tres ginecólogos antes de salir de

consulta con un diagnóstico debajo del brazo. Es una enfermedad silenciada, más que silenciosa, que en España alcanza a dos millones de mujeres, de las que una cuarta parte, explica el doctor Carmona en su libro, sufre su forma más grave.

Luisa sabía de los dolores cada mes, pero de nada más. Se casó y buscó un embarazo junto a su marido. Nadie le advirtió nunca de

Luisa Morillo, paciente de endometriosis, en Valencia. Ha recurrido a la reproducción asistida para ser madre. E.M.

que la endometriosis que padecía desde niña iba a ponerles zancadillas en su propósito de formar una familia, así que siguieron intentándolo por vías naturales. «Si hubiera sabido que causaba infertilidad, me habría puesto antes en tratamiento. Tenía 31 años y perdimos cuatro antes de ir a una clínica de reproducción asistida», se lamenta.

José María Rubio, ginecólogo y director de Calidad Clínica de la clínica Next Fertility Valencia, explica que si la inflamación que causa la endometriosis afecta al útero, se complica la implantación natural de los embriones. En esos casos, son precisos tratamientos hormonales para bloquear el crecimiento del endometrio antes de proceder a una inseminación artificial o de implantar a través de fecundación *in vitro* los embriones conseguidos en el laboratorio. Si son las trompas de Falopio o los ovarios los invadidos (en los que incluso pueden formarse quistes), es la propia fecundación la que se ve entorpecida. Huelga decir que la edad, en muchas ocasiones, es factor agravante, puesto que a partir de los 35 años la fertilidad de una mujer desciende notablemente.

Luisa tardó en dar el paso e ir a una clínica de reproducción asistida porque, aparentemente, no había motivos para ir al médico. «Como había dejado la píldora, cada mes no solo tenía dolores tremendos, sino que sentía la pena de no haber logrado el embarazo», recuerda. Su endometriosis afectaba a una de sus trompas y al ovario del mismo lado, así que una gestación espontánea difícilmente hubiera llegado. Por suerte, cuando con 36 años inició el proceso de

fecundación *in vitro*, el embrión se implantó sin problemas y a la primera. Hoy su hija tiene 2 años. Sus dolores menstruales aflojaron un poco después del nacimiento. Tiempo después repitió el procedimiento y en un par de meses sale de cuentas de su segundo bebé. Esta vez, «viene niño», afirma contenta. Con conocimiento de causa, asegura: «Los dolores de las primeras contracciones del parto son como los de mis reglas. Imposibilitan una vida normal».

Cuando nazca y se recupere del posparto, Luisa tiene previsto revisar su endometriosis en consulta: «Si me duele como antes, me opero. Con dos niños pequeños, no quiero tener que estar dos días metida en la cama con un ibuprofeno. No quiero volver a eso», sentencia.

Esta dolencia dificulta el embarazo y se caracteriza por la implantación del endometrio fuera de la cavidad uterina

En España afecta a unos dos millones de mujeres, que tardan más de ocho años en conseguir un diagnóstico

PRIMER PLANO

CUARTO ANIVERSARIO PANDEMIA

El análisis de la gestión de la pandemia en España se fecha a finales de abril de 2023, pero se hizo público en diciembre. El parón legislativo impidió su difusión antes. "Me preocupa el escaso eco que tuvo nuestro trabajo", dice una de las autoras

LA EVALUACIÓN DEL COVID ESTUVO NUEVE MESES EN UN CAJÓN

PILAR PÉREZ MADRID

«Superaremos esta emergencia unidos y cumpliendo cada cual con nuestro deber». Hace más de cuatro años Pedro Sánchez pronunciaba estas palabras en el momento que se anunciaba el primer estado de alarma para luchar contra un virus: el SARS-CoV-2. Ese cerrojo total que supuso un parón casi total de la vida en nuestro país.

Una situación a la que se llegó tras un inicio de año en el que un virus salido del mercado de Wuhan había cruzado las fronteras chinas y se había dispersado por todo el mundo. Tres meses en los que se vio venir esa primera ola, a lo lejos, tomar forma de tsunami, cuyas consecuencias fueron desastrosas y trágicas. De forma oficial se han registrado 13.914.811 casos y 121.760 muertes desde el inicio de la pandemia hasta la declaración del final en nuestro país en junio de 2023.

«Sabemos que en enero de 2020 no estábamos suficientemente preparados. La ausencia de reservas estratégicas del material necesario para hacer frente a una pandemia por un virus respiratorio, la debilidad de los sistemas de información y alerta temprana, o la insuficiencia de recursos diagnósticos, por citar algunos ejemplos, lo corroboran. Tampoco el marco legal disponible fue suficiente para afrontar la crisis sanitaria».

Así de contundente se califica la actuación de España frente a la pandemia. Se trata de un extracto de la Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud Español frente a la pandemia Covid-19. Este análisis independiente «llegó tarde», según muchos expertos, como Oscar Zurriaga, presidente de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Y pasó sin pena ni gloria, como destaca uno de sus cuatro autores, Rosa Urbanos Garrido, del Departamento de Economía Aplicada, Pública y Política de la Universidad Complutense de Madrid: «Me preocupa también el

LAS CLAVES

LECCIONES Y ERRORES DE LA GESTIÓN

Los autores del informe sostienen que cuatro después de la primera ola sus conclusiones están en vigor, como un Plan Nacional de Preparación y respuesta ante Emergencias Sanitarias, entre otros.

200

PROFESIONALES. De distintos ámbitos sanitarios han aportado su experiencia y juicio que han resumido cuatro autores principales en las más de 150 páginas.

15

DIMENSIONES. El análisis contempla la estructura de tres grandes áreas propuestas por el Interterritorial: gestión de la crisis, capacidades del sistema e información y comunicación.

72

ACCIONES. Son parte de la Hoja de ruta de las conclusiones. Hay medidas concretas, como la reserva estratégica de material o la agencia estatal de Salud Pública.

escaso eco que ha tenido el informe, porque indica, a mi juicio, la poca prioridad que se le concede a este asunto».

RENDIR CUENTAS

Esta evaluación de un comité independiente de expertos se exigió en numerosas ocasiones desde el inicio de la pandemia. La primera vez, en julio de 2020, a través de la revista científica *The Lancet*, en una carta firmada por 20 figuras clave de la Sanidad en nuestro país. Esto se repitió en varias ocasiones, en las cuales se insistía en la necesidad de evaluar para corregir.

Desde el actual Ministerio de Sanidad, su director de Salud Pública, Pedro Gullón, apunta a este medio el propósito de enmienda. «Deberíamos intentar no repetir las cosas que la evaluación nos señala como las más problemáticas». Al tiempo, subraya que «esto llevó a la pérdida en algunos momentos de la confianza en las instituciones, y la confianza tarda muy poco en destruirse y mucho en ganarse».

Tras las continuas peticiones, el Consejo Interterritorial de Salud encargó su elaboración en septiembre de 2021. El informe se dio a conocer en diciembre del año pasado, aunque en la web del Ministerio de Sanidad, date de abril de 2023. Un baile de fechas atribuido al devenir político. Con las elecciones autonómicas en el mes de mayo, el adelanto electoral de julio y la constitución del nuevo ejecutivo de Sánchez, nunca fue un buen momento para dar a conocer la evaluación de la gestión. Uno de los principales asuntos de la legislatura que se sometía al escrutinio en las urnas.

Nada sorprendente, ya que, a lo largo de la pandemia, sucedió lo mismo con la contabilidad de los casos y los fallecimientos en varias ocasiones. Cambios de recuentos, modos en los que se registraban las muertes con Covid, por Covid... poco importaba si el resultado era el mismo.



Pedro Sánchez, en la declaración institucional en Moncloa. EFE/EFETV



Madrid usó como morgue las instalaciones del Palacio de Hielo. EM



Sanitarios del Hospital Gregorio Marañón. ANTONIO HEREDIA

PRIMER PLANO

CUARTO ANIVERSARIO PANDEMIA



Imágenes imborrables para el recuerdo: un Palacio de Hielo en Madrid con los ataúdes de fallecidos que no pudieron tener una despedida de sus seres queridos. Para evitar nuevos errores, Urbanos destaca que «en el informe se hacía constar la necesidad de desarrollar un mecanismo de rendición de cuentas anual que nos informe —señala— de los avances que se van logrando, y nos permita saber en qué punto estamos y qué está pendiente. Hasta ahora no tenemos noticias de que esto se vaya a hacer».

La autora del informe también pone el dedo en la llaga de la famosa Comisión de Reconstrucción del Congreso, desarrollada en junio de 2020, «ya nadie habla del dictamen que recogía una batería de propuestas muy detallada de las que no se ha hecho ningún seguimiento». Un año más tarde, tras su firma, el Gobierno incumplió el 81% de las medidas sanitarias de los Pactos de Reconstrucción.

Para ello hubiera sido necesario apostar por la Sanidad, esto es, financiarla para apuntalar el sistema y combatir la temporalidad. Pero de los 70.000 millones de ayuda directa del Plan de Recuperación y Resiliencia, sólo se le consignaron 1.000 millones, el 1,5%. Con los presupuestos prolongados para 2024, Sanidad mantiene la par-

tida de 7.049 millones de euros. Esto estrecha el margen de gasto proyectado para las mejoras sanitarias del gabinete de Mónica García.

FIGURA DISUASORIA

¿Qué hubiera evitado el pillaje de venta de material sanitario y la descoordinación absoluta? Una Agencia Estatal de Salud Pública. José Martínez Olmos, profesor de Salud Pública y ex secretario general de Sanidad (2005-2011) subraya: «De haber existido esta estructura (lo que habría sido la obligación del Gobierno en el periodo desde 2012 en adelante para cumplir el mandato de la Ley General de Salud Pública), es probable que hubiésemos tenido mejores capacidades para afrontar la pandemia».

La Agencia está de nuevo a las puertas de su constitución. El adelanto electoral truncó su consecución en la anterior legislatura y volvió a la casilla de salida. Actualmente, se recogen enmiendas hasta el 20 de marzo (en principio). «Podemos estar mejor preparados si seguimos las recomendaciones del informe de expertos y, en especial, la creación de la Agencia Estatal, la previsión de reservas estratégicas, el fortalecimiento de los servicios de salud pública de las CCAA o de la atención primaria», señala Olmos.

Al igual que él, Ildefonso Hernández Aguado, presidente de la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública y ex director General de Salud Pública (2008-11), tiene claro cómo una «agencia de alta calidad puede cambiar el abordaje de una pandemia». Y enumera los pilares clave: «Analizar

«UN ORGANISMO AUTÓNOMO HABRÍA EVALUADO AL MARGEN DE LA GESTIÓN POLÍTICA»

«EL CONSEJO INTERTERRITORIAL NO FUE EFICAZ EN LA TOMA DE DECISIONES»

permanentemente las amenazas a la salud presentes y futuras de forma coordinada; dotarse de los recursos imprescindibles estratégicos con tiempo suficiente; hacer un trabajo de comunicación en salud pública oportu-

no; y, promover que las comunidades autónomas mejoren los recursos de salud pública». Sin embargo, el actual director de Salud Pública no cree que una sola institución fuera «a suponer un giro de 180°». Aunque, al tiempo, destaca que «un organismo autónomo como una agencia podría haber-nos ayudado a tener una organización técnica que realice evaluaciones un poco más separadas de la gestión política». Y hubiera evitado capítulos como la trama Koldo.

Otro de los errores que se menciona en ese informe es el abuso del término técnico. De la memoria de muchos no se borra «el análisis por los técnicos» o «la comisión de personas expertas», a las que las administraciones y sus representantes aludían en cada una de las intervenciones públicas. El Ministerio de Sanidad liderado por Salvador de Iñáñiz lo reconoció en una respuesta oficial al Defensor del Pueblo en junio de 2020.

«Tampoco el Consejo Interterritorial fue suficientemente eficaz como instrumento para adoptar decisiones», reza el informe. Los choques de decisiones entre las CCAA y la administración central llevaron a otro error continuo que alentaba la desconfianza, según el informe. Y de ahí que el documento sugiera de cara al futuro «evitar en lo posible la discrepancia frontal en pública de quienes lideran la lucha contra la pandemia».

No todo se hizo mal. «La respuesta de los profesionales sanitarios dice mucho de su excelente capacitación y de su vocación y entrega. Y la puesta en marcha de las medidas de protección social que se adoptaron para amortiguar el efecto de la crisis, que sin duda contribuyeron a proteger la salud de la población», destaca Urbanos. La campaña de vacunación fue un «éxito del país». Aquí sí que España ha sido un ejemplo. Para inmunizar a la población sí se organizaron las CCAA y se diseñó una estrategia, que, con sus correcciones, mitigó el golpe del virus y permitió devolver los abrazos a la población vulnerable.

Amós García Rojas, jefe de Servicios de Epidemiología y Prevención de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias y uno de los expertos detrás del diseño de la estrategia, asegura: «La vacuna fue un acierto, sí, pero ya teníamos conciencia en nuestro país de la importancia que tiene».

¿Estamos listos para una nueva pandemia? No. Cada una de las voces que ha aportado su visión en estas líneas no está segura de que podamos. Martínez Olmos asegura que «no es posible una preparación perfecta para pandemias del tipo de las sufridas por causa de la Covid-19». Hernández apunta que «las autonomías ya se han olvidado de trabajar en salud pública, en planes de preparación y respuesta, y otros aspectos. La pandemia no fue el último problema, vendrán más».

LOS «KOLDOS» NO NOS DEJAN VER EL BOSQUE

EDUARDO SATUE
PRESIDENTE DE SESPAS

La presunta trama denominada «Koldo» ha traído de nuevo las mascarillas para el control y la prevención de la pandemia de la Covid-19 al primer plano de la actualidad, aunque por motivos muy lamentables. Traficar y especular con productos de primera necesidad supone un agravante siquiera moral de este tipo de conductas por lo que no hay duda de la pertinencia en cuanto al interés informativo y político de la cuestión. Sin embargo, es pertinente preguntarse cómo pudo suceder que una trama, o varias, pudieran aprovecharse del sistema de esta manera tan prolífica.

Varios responsables políticos han expuesto las dificultades de aquellos días para aprovisionarse de los medios de protección esenciales en una pandemia, de la descoordinación e incluso, de la «competencia» entre administraciones públicas a la hora de conseguir este material y que por tanto, parecen decir, los controles eran menos rigurosos.

Que no estábamos preparados para la pandemia se ha dicho en informes tan relevantes como *Evaluación del desempeño del SNS español frente a la pandemia de Covid-19* expuesto a finales de año en el Consejo Interterritorial del Sistema Sanitario. Que hemos avanzado poco desde entonces también es necesario decirlo: tan importante como averiguar lo que sucedió es poner remedio para evitar o minimizar futuros daños.

A nadie se le ocurriría que España pudiera pasar sin una agencia de seguridad aérea, o ferroviaria o sin una agencia de meteorología pero a pesar de estar prevista desde 2011, nos hallamos sin una agencia de salud pública. Siguiendo con el paralelismo ferroviario es como si cada estación de tren decidiera los horarios, modelo de vagón, capacidad de transporte, etc. y que la coordinación entre ellas, el desarrollo de planes preventivos o la investigación para mejorar el servicio fueran opcionales. A nadie se le escapa que en el mejor de los casos se resentiría como mínimo la puntualidad por no mencionar que pasaría en el peor de los escenarios.

En estos días el gobierno central ha puesto a información pública su proyecto de Agencia Estatal de Salud Pública. La existencia de una institución como esta podría, como mínimo, haber evitado o limitado las prácticas corruptas.

PRIMER PLANO

CUARTO ANIVERSARIO PANDEMIA

Emilio ingresó en la primera ola y salió en la cuarta. Sin acusar a nadie, cree que las medidas que se tomaron fueron laxas. «He aprendido a vivir de nuevo con otras posibilidades»

«LA RESPUESTA POLÍTICA NADA TUVO QUE VER CON LA MÉDICA»

PILAR PÉREZ MADRID

Pasar página no es fácil. Ya a veces olvidar tampoco es la solución porque la realidad que tienes enfrente es otra. «Nueva normalidad» lo denominaron desde el Gobierno. «Saldremos más fuertes». Esloganes de campaña que poco consuelan a pacientes y profesionales sanitarios que hoy, cuatro años después del primer estado de alarma, viven con las secuelas.

Hace casi tres años, el 31 de abril de 2021, Emilio abandonaba el Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes. Allí había permanecido más de 400 días, en la UCI unos ocho meses. Pero Emilio ha seguido acudiendo al hospital a revisiones, a fisioterapia... «Cada cierto tiempo hago un *intensivo*, vengo durante varios días varias semanas a rehabilitación», cuenta con un hilo de voz tenue y una cadencia lenta.

Acaba de terminar la sesión de fisioterapia con Isabel Hortelano. «Bueno, ya ha avanzado mucho. Hoy ha tocado bici». Sonríe a Emilio mientras le acomoda la bombona de oxígeno entre las piernas en la silla de ruedas. Él se la devuelve con un gesto y la mirada. La mitad de su cara está tapada con una mascarilla, que no se quitará en toda la conversación con EL MUNDO.

Tres años después de que este medio se hiciera eco de su hazaña: sobrevivir al Covid, todavía alguno en los pasillos del hospital le recuerdan. A Emilio no le gusta. «te vas a hacer famosos», le dicen. «Solo cuento lo que me pasó porque no debemos olvidar que hay muchos que están como yo, y si sirvo para dar esperanza, bien».

Hablamos con Emilio el día del alta en 2021. Entonces las ganas de volver a casa chocaban con la incertidumbre de qué se encontraría fuera. Estaba recién jubilado cuando se contagió. Era profesor de Historia. «Volver a la normalidad, en la medida de lo posible», decía. Pero esa normalidad ya no existe, es otra.

Una en la que ha tenido que apren-

der a comer. «Ya como casi de todo, sin problemas». Una en la que esos paseos por Madrid no son como antes. «Cada 60 pasos tengo que pararme unos seis o siete minutos. Ocasionalmente, llego a 70. Extraordinariamente, 90», detalla Emilio sobre su capacidad aeróbica.

Emilio es uno de los 35.367 se contagiaron en la primera ola. Uno de los 3.013 que pasó por la UCI. Pero es de los casos inéditos que ingresó en la primera ola y salió en la cuarta. Para los médicos significó mucho porque «para nosotros el Covid no terminó con los estados de alarma. Esto ha durado en realidad casi tres años en los hospitales», explica Teresa Ramírez, jefa de Neumología del hospital madrileño. Hace tres años era pesimista. «Estamos muy lejos de haber resuelto esto», eran las palabras que recogíamos en el momento del alta de Emilio.

«La peor parte del Covid no fue el encierro, llegó después. La tasa de mortalidad fue mayor después y la falta de recursos fue por parte del sis-

«¿HEMOS VUELTO A LA NORMALIDAD? NO. HA HABIDO UN ANTES Y DESPUÉS DEL COVID», SUBRAYA ROSA SANZ

«PARA NOSOTROS [LOS MÉDICOS] EL COVID NO TERMINÓ CON LOS ESTADOS DE ALARMA», DICE TERESA RAMÍREZ

tema que no podía absorber la demanda y por parte de los profesionales que no teníamos los conocimientos», subraya Ramírez.

Asiente a la explicación de su com-

pañera, la jefa de Urgencias del hospital, Rosa Sanz de Barros. «¿Hemos vuelto a la normalidad? En ningún momento. Hemos tenido un antes del Covid y un después. ¿Volveremos a la normalidad? Nunca». Ambos testimonios denotan cómo les abatió la

pandemia y cómo todo lo que arrastraron con cada una de las olas todavía pesa y queda mucho para la reconstrucción.

La primera ola del Covid pasó como un tsunami. A Emilio 'casi' se lo llevó por delante, pero no pudo. «No vale de nada la queja. No me acomodo a la situación, pero sí que busco recursos para mejorar». Alicia su mujer tuvo que pedir una excedencia en el trabajo para cuidarle. La botella de oxígeno y, en ocasiones, la silla de ruedas son sus compañeros habituales. Pero también la mascarilla. Ese objeto asociado a la pandemia, a los días difíciles y a la

discordia. «No salgo de casa sin ella, sobre todo cuando voy a sitios con mucha gente». Mientras unos discutirán mascarillas sí o no cada invierno, Emilio lo tiene claro. «Es útil y

evita contagios». Es tajante. También lo es con cómo sucedieron los hechos en la ola que iba cogiendo altura y contra la que «se jugó y se confió todo a la suerte».

Ramírez y Sanz afirman que «es uno de los milagros», porque estuvo «muy malito y se ha quedado con un organismo muy tocado». Ahora las cosas han mejorado, la situación es diferente y Ramírez pone el foco en por qué: «La mortalidad no es menor porque se trató mejor, sino porque la gente se vacuna. Eso fue lo que doblegó el Covid, la concienciación».

Aunque se nota el desgaste de la pandemia en sus palabras y un cierto tono amargo por cómo han terminado las cosas. «Supe desde el principio que íbamos a pasar de héroes a villanos», le recuerda Sanz a Ramírez. La jefa de Neumología asiente. «Parece que les debemos algo, la sociedad parece que se ha vuelto más exigente, tiene menos paciente. Aquí llegan pidiendo de todo: pruebas, medicinas... y todo ya».

Con todo ambas miran al futuro sacando el lado positivo. Se sonríen mutuamente. «¿Qué hemos aprendido como médicos? Que podemos con lo que nos echen. Pero eso lo sabíamos

desde la residencia», cuenta Ramírez. «Sabemos que hemos tejido una red de seguridad entre nosotros, para compartir lo que sabemos», añade Sanz. Porque «no se trata de olvidar sin más, tampoco borrarlo. Hay mucha gente que sufrió pérdidas y vive con las secuelas». Sobre los responsables de las administraciones actuales y pasadas. Solo se miran en entre ellas y callan. «Pasar la pandemia en un despacho es fácil». Dicen sin añadir más.

Emilio no busca culpables. Y su cadencia al hablar se vuelve firme y su hilo de voz fuerte, sin pausas para coger aire cuando recuerda aquellos primeros días de marzo en que todo cambió. «El 8-M chocamos con lo políticamente correcto», sentencia. Califica la gestión de todos como «poco eficaz». Y aclara que no fue «tanto por irresponsabilidad, sino por la laxitud de las medidas tomadas antes del estado de alarma».

Emilio tiene claro que «la respuesta médica nada tuvo que ver con la política». Mientras, ha aprendido a vivir de nuevo, con otras posibilidades, «a las que voy a sacar el máximo partido». Con ojos tristes reconoce sus límites. Viajar no es posible, «ni me lo planteo, es complicado».



Emilio a la salida de su sesión de fisioterapia en el Hospital Universitario Infanta Sofía. ANTONIO HEREDIA

PRIMER PLANO

CUARTO ANIVERSARIO PANDEMIA

CRISTINA G. LUCIO MADRID

Tiene guardada la PCR positiva de noviembre de 2020, pero, en realidad, Virginia Martínez no necesita nada que le recuerde cómo fue su primer encuentro con el Covid. Porque aquel día su vida cambió por completo. Ya no volvió a ser la misma. Casi cuatro años después, las secuelas de aquella infección siguen presentes en su organismo, marcando de forma indeleble su día a día.

«A mí esto me ha jodido la vida», expone, con franqueza, esta asturiana de 39 años, una de las españolas afectadas por Covid persistente. El virus ha provocado una cascada de reacciones en su organismo, que van desde lo neurológico a lo digestivo, pasando por la audición o la marcha.

«Desde el principio ya vi que aquello no era un catarro cualquiera. De hecho, apenas tuve problemas respiratorios. Tenía unos dolores de cabeza y por todo el cuerpo tremendos, veía que la cabeza no me funcionaba bien, perdí el olfato y el gusto. Y no acababa de recuperarme. 27 días después seguía teniendo fiebrícula. Ya nunca volví a estar bien. Ya partir de ahí todo ha ido a peor», recuerda.

Virginia Martínez trabajaba como esteticista en un local situado a siete minutos de su casa en Gijón. «No tardaba nada en llegar. Iba y venía caminando sin ningún problema. Pero después del Covid ese trayecto se me hacía eterno. Llegaba ya cansada y el trabajo se me hacía agotador, no podía mantenerme en pie porque me fatigaba continuamente», añade.

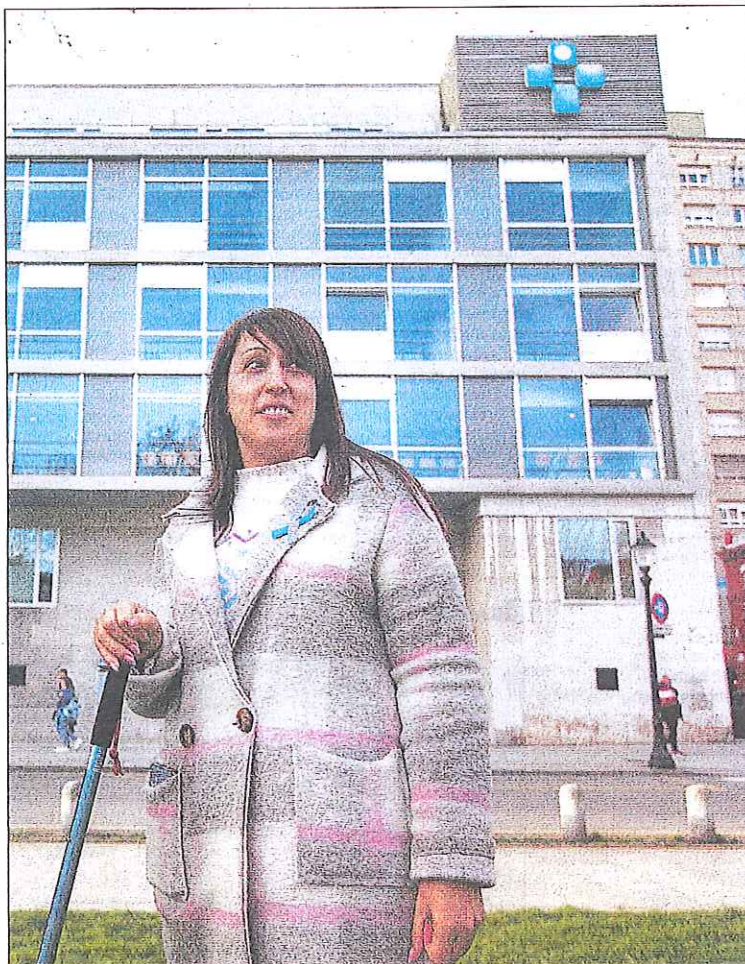
En este tiempo, la asturiana ha desarrollado además colon irritable, sensibilidad a luces y sonidos, y problemas cognitivos, entre otros síntomas. «A veces me quedo de repente totalmente paralizada, no puedo hablar ni pensar», desgrana.

Antes de la infección, asegura, era una persona completamente sana. «Llevaba muchísimos años trabajando, también como autónoma y jamás había estado de baja. Ni siquiera sabía cómo eran los trámites porque nunca me había pasado. Desde que terminé de estudiar siempre había trabajado. No tenía ningún problema de salud», relata.

Actualmente, esta asturiana está luchando para que se le reconozca la incapacidad laboral, pero el asunto es complejo «porque la administración no nos reconoce», lamenta.

Pilar Rodríguez Ledo, que además de ser presidenta de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) también está al frente de la Red Española de Investigación en Covid persistente (REiCOP), confirma las dificultades a las que se enfrentan estos pacientes para que se reconozca el impacto de sus dolencias.

Según los estudios realizados por REiCOP, solo un 2,9% de los afectados ha conseguido la incapacidad,



Virginia Martínez, afectada por Covid persistente, cerca de su casa en Gijón. JORGE PETEIRO

Virginia Martínez sufre Covid persistente desde 2020. No puede trabajar pero la administración no reconoce su enfermedad

«EL COVID CAMBIÓ MI VIDA. A VECES ME QUEDO TOTALMENTE PARALIZADA. NO PUEDO NI HABLAR»

permanente por Covid persistente y un 1,6% tiene la incapacidad permanente por otras enfermedades, pese a que únicamente el 15,6% de los afectados por Covid persistente trabaja en condiciones de normalidad. «No se está poniendo el foco en

estos pacientes. La pandemia ha sido muy dura emocionalmente para todos. Y lo que quiere la mayoría es olvidarla. Pero si la olvidamos sin más dejamos atrás a estos pacientes que todavía no se han recuperado ni sabemos cuándo se van a re-

cuperar. Nuestra responsabilidad es tomar las medidas necesarias para prestar la asistencia adecuada a todos los afectados, garantizando la equidad», reclama Rodríguez Ledo. Según explica, alrededor de un 10% de las personas que han pasa-

do la fase aguda del Covid-19 pueden padecer síntomas persistentes después de las 12 semanas tras la infección, que se mantienen durante al menos 2 meses y no se explican por ninguna otra patología. «Este síndrome es lo que se conoce como Covid persistente», subraya.

En la literatura médica se han reportado más de 200 síntomas diferentes relacionados con el síndrome, algunos muy incapacitantes, aunque los más comunes son los relacionados con el cansancio y el deterioro neurocognitivo, añade la es-

EN TORNO A UN 10% DE AFECTADOS DE FASE AGUDA PUEDEN TENER SIGNOS PERSISTENTES

«ESTOS PACIENTES SE MERECE QUE SE LES RECONOZCA Y SE LES INCORPORA A LA ASISTENCIA»

pecialista.

El problema es que a día de hoy en España no hay un reconocimiento oficial generalizado, lo que repercute en su abordaje. «Si no tienes registro de codificación de tu afectación podrás tener una baja por los síntomas que tienes, pero no por la enfermedad. Como si en una neumonía te dieran la baja por fiebre. No es lo mismo tener una astenia que tener un Covid persistente pero es la realidad a la que se enfrentan los pacientes».

En el fragor de la pandemia, las unidades post Covid que se crearon sobre todo para atender las secuelas de los enfermos que habían pasado mucho tiempo en la UCI aglutinaron en cierta medida los casos de Covid persistente y su asistencia, pero «la gran mayoría de estas unidades han ido cerrando», lo que ha dejado a muchos pacientes en un limbo. «Existe una gran indefinición de las vías asistenciales para estos pacientes y falta mucha formación entre los profesionales sanitarios sobre esta entidad nueva a la que nos enfrentamos», lamenta la médica de familia.

Tanto Rodríguez Ledo como Martínez reclaman más atención para los afectados y más recursos para la investigación sobre la dolencia.

«Estos pacientes se merecen que los reconozcamos y los incorporemos a las vías asistenciales para que no se sientan tan perdidos», desliza Rodríguez Ledo. «Esto no es una invención, necesitamos que se apliquen los protocolos, que se nos reconozca y se acabe ya este estigma que nos rodea», remacha Martínez.

SALUD | DÍA MUNDIAL DEL SUEÑO

CONTRA EL INSOMNIO: MELATONINA O HIPNÓTICO

Las farmacias registran un aumento sustancial de la demanda de productos (con o sin receta) para dormir. La pandemia supuso un punto de inflexión en los trastornos del sueño

ANA I. PÉREZ MARINA / SORIA

El 48% de la población adulta y el 25% de la infantil no tiene un sueño de calidad, según la Sociedad Española de Neurología (SEN). Y los trastornos que afectan al descanso se detectan entre el 22-30% de los ciudadanos. Esta valoración coincide con el Día Mundial del Sueño que se celebra cada año el tercer viernes de marzo, este año con el lema 'Equidad del sueño para la salud mundial'. Los datos tienen su consecuencia directa en el aumento sustancial de la comercialización de productos sin receta, así como fármacos con prescripción médica, para conseguir un sueño reparador.

Así lo constata el presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Soria, Javier Alonso, que advierte de que a partir de la pandemia la demanda de melatonina, en sus distintos formatos, y de hipnóticos con receta se ha incrementado de forma notable. «Ha aumentado muchísimo el consumo de benzodicepinas y de pro-

ductos con la melatonina o combinados con zinc o valeriana, para que la gente pueda dormir mejor. Sobre todo, a raíz de la pandemia», afirma.

En este sentido, Alonso apunta a la falta de educación respecto a hábitos saludables. «Hay pacientes que vienen y te dicen que se levantan a las 3.00 de la mañana y están tomando Lorazepam. Pero se acuestan a las 21.00 y ya han dormido seis horas. Por eso, hay que hacer ejercicios de relajación antes de acostarse, no estar con las pantallas... porque eso agita un poco y cuesta dormir. Hay que intentarlo primero así, antes de recurrir a los fármacos», abunda.

A su juicio, se prescriben benzodicepinas «con demasiada alegría» por parte de los facultativos, ya que en el caso de los productos sin receta, como los compuestos por melatonina o la doxilamina (antihistamínico) son lo que los farmacéuticos recomiendan a los pacientes.

Además, el presidente del Colegio de Farmacéuticos refiere que la receta de los hipnóticos o sedantes suele es-



TRATAMIENTO

PARA UN MES

15-26 €

El tratamiento para un mes de productos para dormir que no requieren receta médica (complementos de melatonina o valeriana, o comprimidos de doxilamina) oscila entre los 15 y los 26 euros, dependiendo la marca o el producto.

tar acompañada por la de otros fármacos para la depresión, la ansiedad o la relajación muscular. «También depende del hipnótico. El Zolpidem se receta más solo para dormir, pero el Lorazepam se usa sobre todo cuando un paciente tiene ansiedad y agobio. Son medicamentos, realmente, para otras patologías», explica.

Asimismo, Javier Alonso asegura que «hay muchos pacientes» con problemas de insomnio crónico que recurren a las gominolas de melatonina o a Oniria, comprimidos recubiertos de liberación prolongada del suplemento que favorece a un sueño salu-

dable. Hay que puntualizar que la valeriana se demanda menos frente al auge de la melatonina, ya que es «más relajante» y no un inductor del sueño.

«Lo bueno de la farmacia es la cercanía al paciente y sabes que algunos tienen estos problemas para dormir por malos hábitos, por estar con el móvil, tener poco tiempo para descansar o trabajar por turnos», señala.

Respecto al perfil de consumidores de estos medicamentos, los adultos de mediana edad se decantan más por los productos naturales, mientras que los más mayores, a partir de 55-60 años, toman hipnóticos o sedantes

con receta médica. «Para dormir es difícil que tome estos fármacos alguien de 30 años, puede hacerlo por ansiedad o depresión», aclara.

Por otra parte, aunque su venta es residual, existe también melatonina para bebés y niños (Melamin), un complemento alimenticio en gotas.

Cabe puntualizar que la SEN advierte de que existen cerca de un centenar de trastornos del sueño clasificados y otras patologías que impiden un descanso adecuado. No obstante, el insomnio es la afección más prevalente en España y la padece en torno al 20% de la población.

COCINAS

Más cocinas en

PEYCA

EXCLUSIVIDAD A TU MEDIDA
www.peyca.com - Pol. Ind. Las Casas

Y AHORA TAMBIÉN

PG estudio
ARQUITECTURA, INGENIERÍA & INTERIORISMO

BAÑOS

Más baños en

SANIDAD | ATENCIÓN PRIMARIA

2024: impulso a la construcción y ampliación de cinco centros de salud sorianos

La Gerencia Regional de Salud adjudica la redacción del proyecto básico y de ejecución de las nuevas instalaciones de Soria Norte

ANA I. PÉREZ MARINA / SORIA

La Junta de Castilla y León, a través de la Gerencia Regional de Salud de la Consejería de Sanidad, adjudicó esta semana la redacción del proyecto básico y de ejecución, dirección facultativa y coordinación de seguridad y salud del Centro de Salud Soria Norte en la capital soriana, a la UTE Ana Isabel Jiménez Jiménez-María de la O García García, por un importe de 199.650 euros. El plazo de ejecución de las obras estimado es de 34 meses,

a los que hay que añadir dos meses para realizar el levantamiento topográfico y el proyecto básico correspondiente, y otros cuatro meses, a contar desde la supervisión favorable del mismo, para la elaboración del proyecto de ejecución, proyectos específicos de las instalaciones, estudio de seguridad y salud, gestión de residuos y estudio acústico, que serán la base de licitación de las obras. El presupuesto de ejecución material calculado asciende a 6.148.688 euros (IVA incluido).

Por otra parte, hay que recordar que a lo largo de este año también se licitará el nuevo centro de salud de El Burgo de Osma, tal y como trasladó el vicepresidente de Asistencia Sanitaria, Planificación y Resultados en Salud, Jesús García-Cruces, al alcalde burguense, Antonio Pardo, en una reunión a finales de febrero. En este sentido, el regidor se muestra satisfecho con el «compromiso» de impulsar este proyecto. «Parece que hay voluntad para que salga adelante», sostiene Pardo. Recordó que el Ayuntamiento cedió

una parcela de casi 5.000 metros cuadrados en el año 2009. «Estaremos vigilantes para que se cumpla lo prometido», advierte el alcalde.

El plazo previsto para la ejecución de las obras del nuevo centro de salud ribereño es de 18-20 meses y su coste rondará los seis millones de euros.

Asimismo, la Consejería de Sanidad licitará en 2024 la redacción del proyecto para la construcción del nuevo centro de salud en San Leonardo de Yagüe, según confirmó la delegada territorial de la Junta en Soria,

Yolanda de Gregorio, al alcalde pinariego, Jesús Elvira, a finales de noviembre. De este modo, el primer edil pone de relieve que es «una de las cuestiones más importantes de este año» para el Consistorio.

Además, ya están en marcha las obras de ampliación del Punto de Atención Continuada del centro de salud Soria Sur La Milagrosa en la capital soriana, adjudicadas por 835.273 euros a Hermanos Rubio Grupo Constructor Herce SLU.

Y está a punto de finalizar una modificación del plan funcional para la ampliación del centro de salud de Almazán. Cuando acabe «se determinará la cuantía» de esta inversión, señala la delegada territorial de la Junta, Yolanda de Gregorio.

PREVISIONES. «En 2024 saldrá a licitación el nuevo centro de salud de El Burgo de Osma, ya se ha licitado la redacción del proyecto de Soria Norte y este año también se licitará el de San Leonardo. El de Almazán, en cuanto esté el plan funcional, también se procederá a su licitación», abunda la representante de la Junta en Soria.

Por último, De Gregorio apunta a la complejidad de concretar el inicio de las obras en los tres nuevos centros de Atención Primaria y la ampliación del ambulatorio adnamantino.

«Con estos cinco proyectos tendríamos todos los centros de salud de nueva construcción o adaptados al siglo XXI, con independencia de otras actuaciones puntuales», concluye.



Parcela cedida por el Ayuntamiento de Soria para el nuevo Soria Norte. / EUGENIO GUTIÉRREZ

SANIDAD | INVERSIONES

El Consejo de Gobierno aprueba la compra del acelerador lineal para Radioterapia por tres millones

La inversión que la Junta destinará a la nueva Unidad Satélite en el Hospital Universitario Santa Bárbara supera los 8,4 millones de millones

A.I.P. / SORIA

El Consejo de Gobierno de la Junta de Castilla y León dio luz verde este jueves a la adquisición de un acelerador lineal multienérgico y su equipamiento auxiliar, que supondrá un desembolso de 3.025.000 euros y un plazo de ejecución de once meses, para la Unidad Satélite de Radioterapia del Complejo Asistencial de Soria, cuyas obras costarán, asimismo, 5.438.338 euros. Por lo tanto, la inversión prevista asciende a más de 8,4 millones de euros.

«La idea es que a finales de año se puedan pasar las primeras consultas del Servicio de Radioterapia, como dijo el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, en diciembre. Hoy (por este jueves) es un buen día para la provincia de Soria porque ya se ha aprobado la adquisición del acelerador lineal», aplaude la delegada territorial de la Junta en Soria, Yolanda de Gregorio.

Así las cosas, la Unidad Satélite de

Radioterapia estará dotada de tecnología de última generación, con técnicas de primera elección en algunas patologías como los tratamientos de radioterapia estereotáctica y de control respiratorio (radioterapia 4D).

Cabe recordar que las obras de la Unidad Satélite de Radioterapia se incluyen en la segunda modificación del contrato para la ejecución de la Fase 2 del proyecto de ampliación y reforma del Hospital Universitario Santa Bárbara.

Las obras para la construcción del búnker en el que se instalará el acelerador lineal tendrán un plazo de ejecución de seis meses.

De esta forma, la futura Unidad de Radioterapia se dividirá en las siguientes áreas: Área de Tratamiento (dos búnkers para acelerador lineal, sala de control, dos cabinas de pacientes con aseos, espera de camas, sala de espera con office, sala de curas/exploraciones para tres puestos, dos consultas médicas, una consulta de enfermería y almacén de área de

consultas. Se estima una superficie útil asistencial de 361 m²; Área de Simulación (TAC simulador, sala de preparación y control, dos cabinas de paciente y un aseo, en una superficie útil asistencial de 82 m²); Área de acceso general y apoyo administrativo (66 m²); Área de Planificación y Control (despacho de radiofísico, sala de trabajo de planificación y sala de moldes, en una superficie asistencial de 47 m²); Áreas de trabajo y servicios (58 m²); el resto de zonas de trabajo y servicios (70 m²); y las instalaciones generales para la ubicación de los equipos necesarios para el funcionamiento de la unidad.

SEGUNDA EN LA COMUNIDAD. La Unidad Satélite de Radioterapia de Soria será la segunda en ser puesta en marcha tras la de Ávila, que comenzó a prestar servicio el pasado año. El pasado 1 de febrero, el Consejo de Gobierno de la Junta aprobó la unidad de Palencia, por un importe de 5,71 millones de euros.

550º Aniversario Ólvega, La Segunda Numancia Homenaje a nuestros antepasados



PROGRAMACIÓN

Sábado, 16 de Marzo de 2024

19:30 h: En el centro social, breve representación interpretada por la Asociación Cultural Celtibérica Tierra Quemada que nos acercarán a la historia de Ólvega.

20:30 h: Procesión con la Banda Municipal hasta la Ermita de Los Mártires donde se realizará una ofrenda floral.

Quema del Castillo en la Picota y posteriormente reparto de bocadillos de chorizo.

Se colocarán huchas en las diferentes mesas con fines benéficos para la rehabilitación de la Ermita de San Marcos.

ORGANIZA:

La Junta

A.M.P.A. Virgen de Olmedo

A.P.A.I.

A.M.P.A. Villa del Moncayo

Asociación Cultural de los Artesanos de Almazán

COLABORA:

La Junta

A.M.P.A. Virgen de Olmedo

A.P.A.I.

A.M.P.A. Villa del Moncayo

Asociación Cultural de los Artesanos de Almazán

¿Es la obesidad hereditaria?

Las personas tienen seis veces más probabilidades de vivir con obesidad en la mediana edad si ambos padres vivieron con sobrepeso en ese mismo momento de su vida, según se detalla en una nueva investigación que se presentará en el Congreso Europeo sobre Obesidad (ECO 2024, Venecia, 12-15 de mayo). Así, tener uno de los padres con obesidad triplica las probabilidades de sufrirla.



4.000

MUJERES fueron atendidas por el servicio de información y orientación de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) en el último año, una cifra que supone más de un 75 por ciento de las atenciones realizadas durante el ejercicio.

CALIDAD DE VIDA | UN INDICADOR QUE NO DEJA DE CRECER

LA RECETA DE LOS 100 AÑOS

La genética tiene mucho que decir en la longevidad de cada persona, pero los hábitos de vida son esenciales, así como tener una red social que te mantenga activo, no sufrir estrés y tener un carácter optimista

EUROPA PRESS

El reciente fallecimiento de la socialité icono de la moda Iris Apfel a los 102 años de edad ha hecho plantearse a muchos qué hay que hacer para llegar a esa edad. Y con esa vitalidad.

Investigadores de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) han reflexionado sobre si hay rasgos comunes entre las personas centenarias y si la sociedad está preparada para el crecimiento de este sector en los próximos años. Recuerdan que la esperanza de vida de la población en todo el mundo va en aumento gracias al progreso global, que garantiza a los ciudadanos el acceso a la atención sanitaria, el saneamiento, la educación y la lucha continua contra el hambre, lo que hará que las personas centenarias serán cada vez más.

Así, señalan que durante siglos, la esperanza de vida de la población mundial permaneció fijada en torno a los 30 años, hasta principios del siglo XX que, gracias a las mejoras en áreas como la higiene, la expansión de los antibióticos y el acceso a la vacunación empezó a crecer, una tendencia que sigue y no se espera que se detenga en un breve plazo de tiempo.

Según la División de Población de las Naciones Unidas, la esperanza de vida global al nacer alcanzó los 72,8 años en 2019, una mejora de casi 9 años respecto a 1990. Se prevé que nuevas reducciones de la mortalidad darán lugar a una longevidad global media de unos 77,2 años para 2050.

Dentro de estos datos, en las últimas décadas la cantidad de personas que llegan a los 100 años se ha disparado sustancialmente. En el mundo había cerca de medio millón de centenarios en 2015, más de cuatro veces la cifra de las personas centenarias de 1990, según estimaciones según estimaciones de las Naciones Unidas. Y se espera

que este crecimiento se acelere: las proyecciones anticipan que en 2050 habrá 3,7 millones de centenarios en el mundo.

¿Cuál es el secreto para alcanzar el siglo? «No existe un punto de vista demográfico separado del social. La demografía calcula, en las condiciones de un momento dado en el tiempo, cuál es la probabilidad de que un bebé recién nacido alcance los 100 años en Cataluña. Este indicador ha sido del 2 por ciento en los hombres y del 4 por ciento en las mujeres», explica Pau Miret, demógrafo del Centro de Estudios Demográficos y profesor colaborador de los Estudios de Artes y Humanidades de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). «Así que po-

dríamos decir que el secreto para vivir muchos años desde el punto de vista exclusivamente demográfico es nacer mujer, algo que no podemos elegir», bromea.

BASES BIOLÓGICAS. Salvador Macip, médico y director de los Estudios de Ciencias de la Salud de la UOC, investiga las bases biológicas del envejecimiento desde hace más de 25 años, siempre con la idea de entender por qué envejecemos para poder buscar después formas de retardar este proceso.

«En mi laboratorio actualmente trabajamos en varias líneas en torno a este tema, sobre todo para buscar mar-

cadore que nos permitan saber la edad real de nuestros tejidos y definir dianas terapéuticas. También investigamos fármacos y otras intervenciones que puedan mejorar el envejecimiento», explica sobre los avances de su investigación.

«Entre otros aspectos, hemos mejorado un 30 por ciento la esperanza de vida de unos ratones y, lo más importante, un 400 por ciento su salud en el tramo final de la vida. También estamos estudiando la respuesta a cambios dietarios en mujeres menopáusicas, para ver si tienen algún efecto en el envejecimiento que experimenta esta población», añade.

Los expertos concluyen que no hay una fórmula única para llegar a los 100 años en buenas condiciones, ni pueden determinar con certeza por qué algunas personas viven más que otras.

«Existen muchos factores que sabemos que determinan cómo envejecemos, y posiblemente no los conocemos todos -precisa Macip-. Hay factores genéticos que dependen de lo que heredamos de nuestros padres, y otros están relacionados con el entorno y los hábitos de vida, y el peso que tienen unos y otros todavía no está claro.

Hay consenso en que la genética tiene, sin duda, una gran incidencia en la longevidad, así como los hábitos saludables: una dieta equi-

72,8

años alcanzó en 2019, según Naciones Unidas, la esperanza de vida al nacer, una mejora de casi nueve años respecto a 1990. Se prevé que llegue a los 77,2 años para 2050.

librada y sin muchos excesos, ejercicio moderado constante y no fumar ni beber son algunas de las recomendaciones de los expertos para conservar una buena salud y, a la vez, retrasar los procesos biológicos del envejecimiento.

«También es importante disponer de una buena red social que te mantenga activo, que es un factor que se menciona poco: si no se tienen motivos para vivir, no se llega a estas edades», apunta Macip.

Varios estudios a lo largo de los años han señalado que nuestro estado de ánimo tiene cierta incidencia sobre la longevidad. No sufrir estrés o ansiedad son algunos de los factores clave que nos hacen vivir más años. También son más longevas las personas que tienden al optimismo, que viven en pareja o están rodeadas de una comunidad, y, por lo tanto, evitan el aislamiento. En cuanto a la personalidad, viven más las personas que no son impulsivas.

Iris Apfel, icono hasta los 102

La empresaria estadounidense, diseñadora de interiores e icono de la moda Iris Apfel falleció a principios de este mes a los 102. Y pese a su edad centenaria, siempre fue un icono. Su cabello corto y blanco, los labios rojos y las gafas grandes de pasta redondas fueron desde hace años las señas de identidad de Apfel, pionera prescriptora de estilo, uno de los grandes símbolos de la industria de la moda.

Esta neoyorquina, que cuenta con muñeca Barbie y amigos propios, fue una figura de la cultura pop, «reverenciada por su inteligencia y su estilo ocurrencioso», que rompió moldes. Además, nunca lo abandonó. Fue cumpliendo años y los colores, las texturas y los complementos la acompañaron siempre.





LA DETECCIÓN PRECOZ ES CLAVE PARA TRATAR LA ENDOMETRIOSIS

El diagnóstico precoz y una actuación médica adecuada es clave para tratar la endometriosis y «evitar dolor crónico y a veces irreversible en zonas como el intestino grueso, la vejiga y los uréteres», una enfermedad que afecta al 10 por ciento de mujeres en edad fértil, según explica el especialista en ginecología de Vithas Internacional, el doctor Carlos Millán Sanz-Lomana. «La detección precoz también es clave para preservar la fertilidad en nuestras pacientes, ya que en muchas ocasiones

en consulta vemos que no han sido bien orientadas con su enfermedad y llegan tarde ya para ser madre y crear una familia», agrega. La endometriosis es una enfermedad crónica que se produce porque la presencia del tejido glandular que se expulsa cada mes con la menstruación se queda dentro de la cavidad abdominal. Afecta a útero, ovarios, trompas y órganos y tejidos que lo rodean, provocando fibrosis y adherencias que pueden producir dolor severo e infertilidad, pero también afectar al intestino delgado y a los uréteres, provocando alteraciones del ritmo intestinal y obstrucción del paso de la orina a la vejiga.

INFORME | MONITOR DE LA ACTIVIDAD EMPRESARIAL EN EL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL

UN SECTOR ESENCIAL PARA EL BIENESTAR Y LA ECONOMÍA

La sanidad privada exhibe cifras que la convierten en clave para sustentar el sistema de salud español, que consideran «agotado»: 12 millones de asegurados, más de la mitad de los hospitales y un millón de trabajadores

SPC / MADRID

El sector sanitario se ha convertido en uno de los pilares de la economía española, a la que aporta el 10,4 por ciento del Producto Interior Bruto, un porcentaje muy próximo al del turismo. Y dentro de este «motor económico», el sector sanitario privado aparece como «pieza clave», ya que entre el 54 y el 58 por ciento del gasto en salud requiere de una colaboración público-privada. «Si no existiese la colaboración público-privada, no habría sistema sanitario. Nuestro sistema sanitario está formado por vasos comunicantes y todo aquello que afecte a uno de ellos también afecta al otro», resume en este sentido el presidente del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS), Juan Abarca. Una declaración realizada durante la presentación del informe *Monitor de la Actividad Empresarial en el Sector Sanitario Español*, que pretende «demostrar la importancia del sector sanitario en su conjunto en España».

Este documento pone de relieve la importancia de la relación público-privada para el Sistema Nacional de Salud (SNS) analizando casi un centenar de indicadores englobados en cinco áreas de estudio. Entre los datos más destacados, este estudio señala que el 55,6 por ciento de los hospitales españoles son de titularidad privada, lo que supone el 32 por ciento de las camas hospitalarias, y el 70,5 por ciento de los centros sociosanitarios. Los hospitales privados llevan a cabo el 31 por ciento de las cirugías y el 24 por ciento de las altas y las urgencias de España. A su vez, es remarcable que en España el 92 por ciento de las ambulancias operativas para cualquiera de los servicios son de propiedad privada.

La Fundación IDIS hace hincapié, además, en lo referente al empleo. Y es que el sector sanitario privado agrupa a más de un millón de asalariados que forman parte de las 198.869 compañías que integran el



La Fundación IDIS presentó su informe sobre el Sector Sanitario Español en un acto en el que participaron diversas organizaciones sectoriales de este ámbito. / JUAN LÁZARO

LAS FRASES

CARLOS RUS
PRESIDENTE DE ASPE

«Nosotros aportamos sostenibilidad y flexibilidad al sistema»

MARTA VILLANUEVA
DIR. DE LA FUNDACIÓN IDIS

«Sin iniciativa privada, el sistema no es sostenible»

JUAN ABARCA
PTE. DE LA FUNDACIÓN IDIS

«El sistema sanitario público está agotado»

JAVIER URZAY
SUBDIR. DE FARMAINDUSTRIA

«La inversión en Sanidad es lo mejor que puede hacer un país con su futuro»

tejido empresarial sanitario, lo que supone el 5,7 por ciento del total de entidades en España, lo que le hace ser uno de los principales generadores e impulsores de empleo.

«Sin iniciativa privada no hay fármacos ni vacunas, no hay transporte sanitario, tecnología diagnóstica ni terapéutica, ni recursos residenciales y asistenciales suficientes», remarca la directora general de la Fundación IDIS, Marta Villanueva.

EVITAR EL «COLAPSO». Representantes de distintas organizaciones sectoriales del ámbito de la salud estuvieron presentes en la puesta de largo del informe, anali-

zando desde su perspectiva la situación de la Sanidad en España. Josune Méndez (Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia), Carlos Rus (Alianza de la Sanidad Privada Española), Javier Urzay (FarmaIndustria), Pablo Crespo (Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria) y Luis Miguel Ávalos (Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras) coincidieron en la «importancia» del sector privado para evitar «el colapso del Sistema Nacional de Salud, al tiempo que pusieron el foco de atención en la inversión, clave para «el futuro de cualquier país».

GLIFOSATO, UN PLAGUICIDA EN EL PUNTO DE MIRA

Investigación. Europa volvió recientemente a autorizar su uso tras asegurar que "no hay pruebas" para clasificarlo como carcinógeno. Sin embargo, varios investigadores piden más prudencia con el plaguicida por sus posibles efectos sobre la salud

Por Carmen Torrente. Fotografía de Sean Gallup / Getty

En noviembre de 2023, Europa renovó la autorización del uso de glifosato hasta 2033. Aunque no hubo mayoría cualificada entre los Estados miembros, la Comisión Europea (CE) fundamentó su decisión de seguir dando luz verde al pesticida en «evaluaciones de seguridad muy amplias», realizadas por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA), junto con un grupo de Estados miembros (Francia, Hungría, Países Bajos y Suecia). «No hay pruebas para clasificar el glifosato como carcinógeno», concluyeron. Y ello a pesar de que la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (International Agency for Research in Cancer, IARC), que forma parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo había calificado como producto «probablemente carcinógeno» en 2015.

La CE detalló que en el proceso se examinaron más de 16.000 estudios publicados, de los que unos 2.000 se consideraron potencialmente pertinentes y se evaluaron más a fondo para determinar su relevancia. Esto dio lugar a una selección de 780 publicaciones de interés en este ámbito.

Sin embargo, para Nicolás Olea, catedrático de Radiología y Medicina Física de la Universidad de Granada y uno de los científicos españoles que más ha investigado los efectos del herbicida, esos 780 estudios seleccionados no reflejan bien la realidad ya que siguen únicamente los criterios de experimentación aprobados por la CE en los años 80: «Por ejemplo, no hay observación de efectos tiroideos en animales. Si el compuesto químico es antitiroideo, no se ve. Hay estudios de exposición intrauterina, de seguimiento de las crías durante dos generaciones... pero los *end points* u objetivos de observación son tan restrictivos que, por ejemplo, tienen en consideración solo el peso de los órganos, sin ver la histología uterina», desgrana. Esa filosofía, continúa, «desprecia toda la Epidemiología, porque no es experimental. Nuestros estudios son observacionales y, por tanto, consideran que no tienen carácter regulador. Eso no tiene interés para ellos. La ciencia, desde hace ya unos años, se hace de una forma mucho más adelantada y atrevida, buscando el efecto», subraya. El equipo de Olea, recuerda, ha analizado plaguicidas en orina humana y ha visto su relación con la aparición temprana de la pubertad en niñas y tardía en niños.

Tesifón Parrón Carreño es director del Grupo Plaguicidas, Salud y Medio Ambiente de la Universidad de Almería, una de cuyas líneas de



Regulación. En noviembre de 2023, la Comisión Europea decidió renovar la autorización del pesticida glifosato con algunas restricciones, por 10 años, hasta diciembre de 2033.

Consumo. "En España se consumen al año 77 millones de kilos de pesticidas, 14 de los cuales son glifosato. Somos los campeones de Europa en la utilización de este tipo de productos", señala Olea

Exposición. "El 83% de los niños valencianos orinan todos los días clorpirifós, que es un pesticida prohibido en enero de 2020, después de 30 años de estar advirtiéndolo sobre ello", añade el científico

Análisis. La evaluación la llevó a cabo la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y la Agencia Europea de Sustancias y Mezclas Químicas (ECHA), junto con un grupo de Estados miembros

investigación es la exposición a pesticidas y cáncer. En línea con Olea, apunta que «el problema de los estudios con plaguicidas es la dificultad de establecer una relación causa-efecto». Con un fármaco, añade, «es muy fácil realizar un ensayo clínico, porque se supone que el medicamento es para sanar a las personas. Pero un plaguicida está hecho para matar». Y, por ello, no es posible decirle a la gente que se expongan al glifosato sin EPI.

«Para enfermedades multifactoriales como el cáncer o alteraciones endocrinas, con exposiciones múltiples, si uno quiere, nunca va a haber evidencia suficiente para decidir; solo cuando ya interese desde el punto de vista económico y estratégico, el comercial cede y el producto se retira, porque ya hay en el mercado un sustituto. El proceso es muy imperfecto y la evidencia requerida, muchas veces, para los decisores no es suficiente. Y eso es completamente erróneo», señala Olea.

Ambos especialistas recuerdan que el Parlamento Europeo decidió hace más de 20 años que las decisiones en Europa iban a estar tomadas en función del principio de precaución. Por eso, ante la posible evidencia, hay que tener cautela, señalan. «No es el que sufre la enfermedad quien tiene que demostrar el daño; es el que pone el producto en el mercado el que tiene que demostrar su inocuidad», subraya Olea, quien añade que el peligro no solo reside en el glifosato, sino en «el cóctel de plaguicidas al que estamos expuestos».

Parrón augura que con el glifosato va a ocurrir como con el tabaco: «Van a tener que pasar muchísimos años para demostrar la relación causal».

La Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA), en cambio, tiene otro punto de vista sobre la seguridad del glifosato. Tal y como señalan fuentes del organismo, la sociedad «está de acuerdo con el resultado de esta evaluación realizada por la EFSA». Y añade: «No ha sido solo la EFSA; también la ECHA ha evaluado los peligros del glifosato de acuerdo con los criterios de clasificación globalmente armonizados, lo que incluye sus propiedades como carcinógeno, mutágeno y tóxico para la reproducción, entre otras (también se ha estudiado su potencial como alterador endocrino), y la conclusión ha sido la misma. No hay evidencias», subrayan.

A su juicio, «se está haciendo lo posible para mantener un equilibrio entre la necesidad de utilizar

fitosanitarios y el riesgo que representan. Se ha focalizado mucho la atención sobre el glifosato, pero esto ocurre con todos los fitosanitarios. Son sustancias químicas cuyo uso nos ha permitido el acceso a alimentos de calidad, y suficientes. Tras unos años de gran desarrollo de estos productos para la protección de las plantas y la expansión de su uso, ahora estamos poniendo freno porque estamos viendo las consecuencias, pero no podemos eliminarlos todos de un plumazo».

El organismo añade que tienen confianza en la legislación europea, «como garantía frente a los riesgos alimentarios. Estamos de acuerdo con los objetivos planteados por la Comisión en el Pacto Verde, que pretende reducir el uso de plaguicidas, ya que no son inocuos para la salud humana ni para el medio ambiente. Esto puede plantear conflictos con otras partes interesadas, como ocurre con los agricultores actualmente, y será necesario encontrar el equilibrio entre todos». Sin embargo, la Sociedad también admite que causa preocupación la gran extensión del uso de glifosato: «Ha sido quizás el herbicida más utilizado y podrían haberse producido abusos o malas prácticas, cuyas consecuencias se pueden manifestar con mayor intensidad, precisamente por la cantidad de producto comercializado. Esto hay que evitarlo. Ningún plaguicida es inocuo y por eso es importante seguir las estrategias de control integrado de plagas, lo

En 2001 Olea y su equipo establecieron una cohorte, Infancia y medioambiente (proyecto INMA), con 3.600 embarazadas en su quinto mes de gestación. Bran de Asturias, Guipúzcoa, Ribera del Ebro, Sabadell, Menorca, Valencia y Granada: «A esos niños los hemos tenido como centinelas de la exposición. Se han publicado unos 500 papers solo de esos niños».

En los últimos estudios realizados, han analizado al menos nueve pesticidas, que se orinan, y su asociación con el adelanto de la pubertad en las niñas y el retraso en los niños. «El 83% de los niños valencianos orinan todos los días clorpirifós, que es un pesticida prohibido en enero de 2020, después de 30 años de estar advirtiéndolo sobre ello», señala Olea. Sus análisis no acaban ahí: «Ahora vamos estudiar en esos mismos niños, que ya tienen 23 años, sus niveles de exposición en relación con la calidad seminal en los chicos y la reserva ovárica en las chicas».

A la hora de destacar un estudio entre los publicados en la literatura científica, Olea cita uno americano, del Hospital Monte Sinaí, en Manhattan (Nueva York): «Desde allí nos llega la última publicación de nuestra amiga Shanna Swan, en la que se muestra la asociación entre la exposición intrauterina al herbicida glifosato, medido por la presencia de sus metabolitos en orina durante el embarazo, y el efecto irreversible en el desarrollo genitourinario de las niñas. Según Shanna Swan, los datos presentados son contundentes: el glifosato es un disruptor endocrino con carácter androgénico que afecta al desarrollo de las niñas y confirma así lo que la experimentación en modelos animales ya señalaba».

Parrón, por su parte, señala que los estudios que ellos han realizado han sido en exposición colectiva: «Lo deseable sería estudiar la exposición a un plaguicida específico», puntualiza. «Tenemos varios estudios sobre plaguicidas y cáncer, pero lo único que podíamos decir era que en algunos tipos de cáncer, como de vejiga, había una prevalencia mucho más alta en una zona donde hay mayor uso de plaguicidas. Pero desde el punto de vista epidemiológico, el que algo ocurra en una zona por el hecho de usar plaguicidas no demuestra relaciones causales. Hay que hacer estudios de caso

“El principal problema de los estudios científicos con plaguicidas es la dificultad de establecer una relación de causa-efecto”

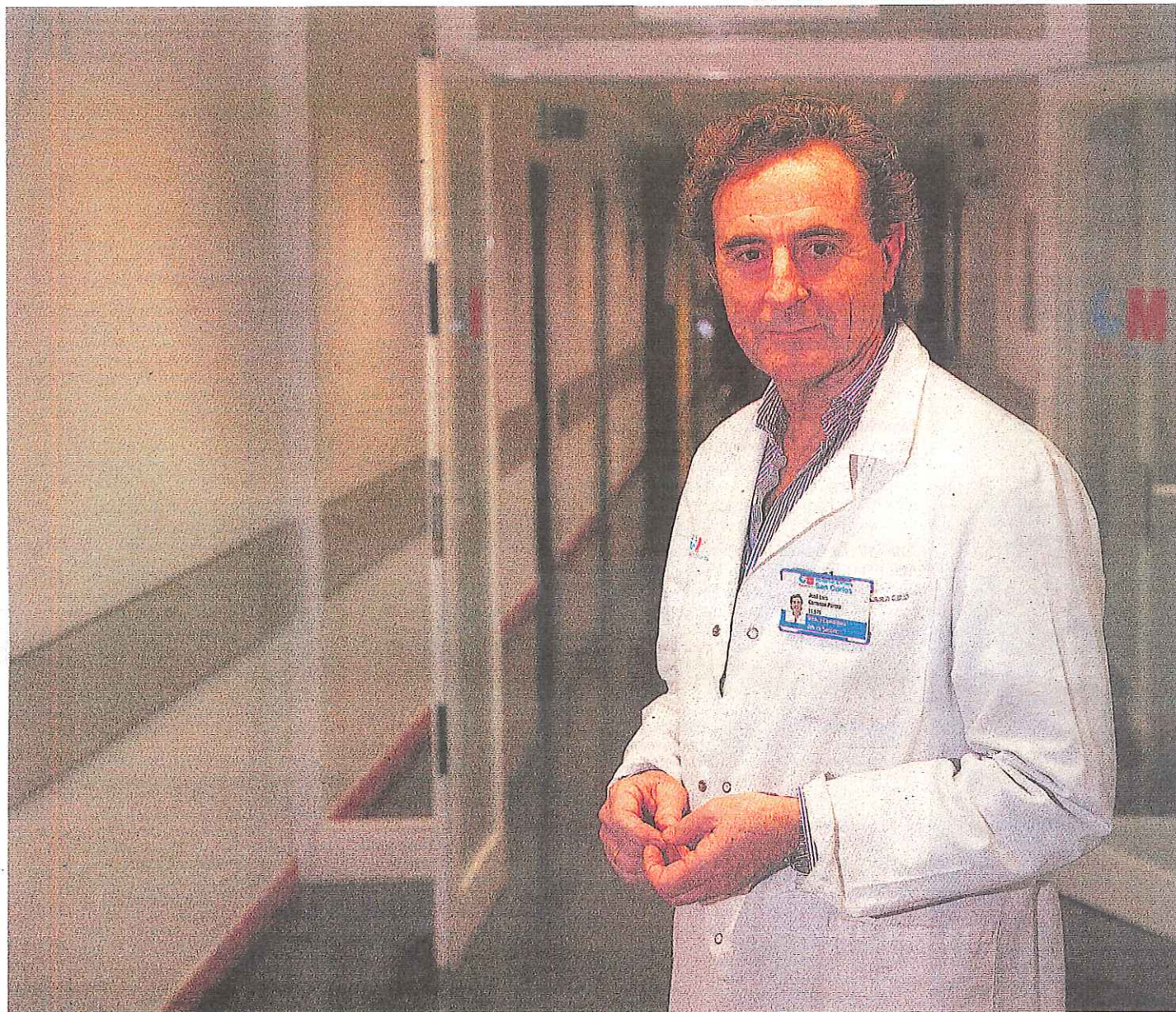
“El Parlamento Europeo acordó hace más de 20 años que las decisiones se iban a tomar en función del principio de precaución”

que en este caso sirve, no solo para proteger la salud humana, sino también la biodiversidad, que es otro de los puntos que han originado debate».

Olea aclara que el glifosato no se emplea en alimentos, sino para el tratamiento del campo. Sin embargo, en Estados Unidos se han hecho estudios que han detectado presencia de glifosato en cereales infantiles, señala. Fue en 2018 cuando el Grupo de Trabajo Ambiental (EGW, Environmental Working Group, en sus siglas en inglés) publicó un estudio en el que analizaron 45 productos hechos de avena; determinaron que todos, menos dos, tenían rastros de glifosato.

de controles o de cohortes, de seguimiento. Sin embargo, no podemos decirle a un fumigador: 'Fumigue usted su invernadero con un plaguicida determinado para que nosotros podamos estudiar sus efectos'».

Si que admite que en los estudios realizados por su grupo se detallan una serie de patologías prevalentes, como algunos tipos de cánceres, trastornos neurológicos, tiroideos de tipo hormonal... «Pero la dificultad está en saber cuál es la causa: ¿el glifosato, los plaguicidas clorados, los carbámicos, los piretroides...? Se han usado tantos y simultáneamente que, si eres honesto en tu investigación, lo único que puedes decir es que en ese grupo hay más prevalencia». Por eso insiste en que, «salvo algunos estudios muy puntuales que se han hecho con piretroides, y en Madrid, con trabajadores del Metro, donde se usaba solo un tipo de plaguicida, hay muy pocos estudios que puedan demostrar relación causa-efecto».



“ESTA SOCIEDAD INCITA A LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD”

Entrevista a José Luis Carrasco. Hasta hace poco, este tipo de alteraciones no entraban en las listas de enfermedades mentales y quienes las sufrían acababan en ambientes marginales. El jefe de psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos ha dedicado su carrera a “los fenómenos psicobiológicos de la impulsividad” para ayudar a estos pacientes

Por Pilar Pérez. Fotografía de Sergio González Valero

Durante más de tres décadas ha tratado de desgranar biológicamente los trastornos de la personalidad y la identidad del individuo. José Luis Carrasco empezó de la mano del psiquiatra Jerónimo Saiz en el madrileño Hospital Universitario Ramón y Cajal. «Quise basar mi tesis en el estudio de los fenómenos psicobiológicos de la impulsividad porque me llamaba la atención», reconoce. Aquella curiosidad fue el germen que le llevó a convertirse en uno de los expertos en Psiquiatría en un área poco explorada hasta entonces.

Hoy forma a otros estudiantes como catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid y pasa consulta como jefe de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos. Desde su despacho, en el que nos atiende días antes de la publicación de su último libro *La personalidad y sus trastornos* (Arpa Editores), se ve una arbolada que forma parte del Parque Jaime del Amo. Esa luz que entra en el despacho bien podría servir al psiquiatra como elemento para despejarse. Algo que a veces el ser humano necesita para ordenar ideas y encontrar el equilibrio que los factores externos rompen. Y sobre eso hace hincapié Carrasco. «Estamos en una sociedad que facilita la aparición de los trastornos de la personalidad». Antes de hablar de qué tipo de trastorno, hay que «saber distinguir la

personalidad, sus rasgos y cuándo y cómo parecen». El psiquiatra lamenta que hay poco conocimiento en este aspecto. «Y mezclamos conceptos sin conocer».

P. Empezó a interesarse por los trastornos al inicio de su carrera. ¿Qué fue lo que le llamó la atención?

R. Me interesaba mucho que la personalidad pudiera tener una base biológica. Quería conocer cómo medir los factores que estuvieran relacionados con rasgos de la impulsividad; para lo que hicimos un estudio.

P. ¿En qué consistía?

R. Aquello era muy llamativo. Buscamos tres perfiles profesionales que podían tenerlo: tedax, toreros y ludópatas. Buscamos la parte patológica de la impulsividad en los ludópatas. Pero había otra parte, no patológica, en la búsqueda del riesgo que perseguían los toreros, que no son enfermos. Ambos presentaban una actividad irregular de la monoamino oxidasa A, que es una enzima que regula la degradación metabólica de serotonina y noradrenalina en el sistema nervioso. En los ludópatas y los toreros los niveles eran bajos, pero en los desactivadores de explosivos no.

P. ¿Qué significa?

R. Los segundos no buscaban el riesgo, pero los otros sí. Los desactivadores de explosivos no son temerarios. Y es lógico. La policía los selecciona en función de una serie de pruebas; buscan los más metódicos. Entonces, ahí juega un papel clave el tema de la personalidad y cómo se va adaptando en los obsesivos metódicos.



IDENTIDAD. Hoy día es muy importante porque nos da la estabilidad emocional del individuo. Se construye con la autoimagen.

PERSONALIDAD. Se forma a través de los rasgos de cada uno. En conjunto es el esqueleto psíquico de las personas.

TRASTORNO. Aparece con la inflexibilidad ante la modificación de acciones en la convivencia con otros sujetos y precisa terapia.

P. ¿Cómo se distingue a una persona que desarrolla un trastorno a través de la exploración y la búsqueda de sensaciones?

R. Cuando seleccionas a una persona para ser desactivador de dispositivos explosivos porque tenga rasgos de buscador de sensaciones, fallarás. Porque él lo que busca es que estalle la bomba. Y, claro, eso no es un rasgo normal, ni es útil para el objetivo.

P. A los pacientes con trastornos de la personalidad cuesta identificarlos. ¿Qué tienen en común o no con otros enfermos mentales?

R. Estos individuos no son psicóticos. O sea, no deliran, no pierden el sentido del juicio y de la realidad. No muestran solamente ansiedad y/o depresión neurótica, son algo más. Son personas que distorsionan mucho y tienen graves alteraciones de la conducta. Suelen desarrollar episodios de tentativas de suicidio. En general, tienen conductas muy inadaptadas al entorno.

P. ¿Qué pistas sí permiten identificar a este tipo de individuos?

R. En todo ese mundo de trastornos de la personalidad hay personas con conductas muy inadaptadas, muy graves, pero que no han perdido el juicio, tampoco son bipolares. Por eso me interesé en saber qué tenían que los hacía diferentes. Pero eran pocos. Lo que pasa es que terminaban en ambientes marginales, caían en la droga, la prostitución, la delincuencia...

P. ¿Por qué acababan mal y sin ayuda?

R. Antes no había un diagnóstico para el trastorno de

conducta impulsivo. La gente era más o menos propensa a pelearse. A veces no salían adelante y morían en estas peleas o por el abuso de sustancias adictivas... Había desconocimiento y pocos casos. Por ejemplo, la esquizofrenia no ha cambiado: es igual ahora que hace 200 años, lo que pasa es que ahora se trata mejor.

P. Dice que la situación ha cambiado en la actualidad, tras décadas de estudio. ¿Cómo?

R. El trastorno de la personalidad viene condicionado por el entorno en el que nos desarrollamos: cómo es la familia, cómo son las figuras de autoridad, cómo está estructurado el entorno social... Todo esto influye en cómo se desarrolla el yo interior, la personalidad. Si se permite una evolución sin alteraciones, no pasará nada, pero si se cortapisan deseos o se intenta cambiar los rasgos, aparecen los problemas.

P. En el libro menciona el 'feedback', esa respuesta que esperan los niños o los bebés a través de esa mirada de los padres de aprobación o no. ¿Cómo condiciona esto el desarrollo de la personalidad individual?

R. Se trata de la identidad, que es el núcleo mismo de la personalidad. Se desarrolla a través del contacto con el mundo. Esto es clave, porque según el entorno en el que uno crezca le devolverá unas enseñanzas u otras.

P. ¿Qué hay en esa mirada que nos moldea la personalidad para bien o para mal?

R. La respuesta está en mantener el equilibrio entre la voluntad y la libertad. Y hoy la respuesta del aumento

de los trastornos está en la ruptura de esto, porque ha aumentado la flexibilización de la autoridad y la caída de los límites. Y eso hace que uno se vaya desarrollando de forma diferente y con menos referencias. Las nuevas generaciones carecen de la autoridad que debe llegar de figuras clave en su formación como personas: los padres y los profesores. También tiene parte de responsabilidad el auge del movimiento del individualismo que vivimos desde finales del siglo XX y que se ha consolidado en estos últimos años. Esa manía de justificar que hoy «el hombre lo puede todo», cuando no lo puede. Cada

uno tiene que encontrar sus limitaciones. Esto no significa que no tengamos metas, que hay que tenerlas. Pero cada individuo debe tener las propias, las que se adecúan a su personalidad y sus rasgos. Todo esto ha dejado mucho más expuesta a la gente que tiene dudas, dificultades, que tiende a la soledad. En ellos crece el sentimiento de vacío, de que la vida no tiene sentido. Y llegamos al momento dramático: la respuesta a través del suicidio.

P. ¿Qué hemos hecho mal como sociedad para estar detrás de esta generación que lo tenía todo para evitar los desastres del pasado?

R. Se les ha creado un sentimiento de vacío y desesperanza con el que conviven. Paradójicamente, con todas las formas de redes sociales actuales, hay menos comunicación social y menos redes de amigos. Las redes familiares están bastante más diluidas.

P. En el ámbito de las enfermedades mentales, la pandemia supuso un antes y después. En el caso de los trastornos de la personalidad, ¿también?

R. Cada vez hay más. En los últimos cinco años, con la pandemia de por medio, todavía no sabemos exactamente por qué se han disparado. Durante el confinamiento y después ha crecido el índice de autolesiones. Este es uno de los indicadores que tiene que ver con estos procesos. También indica la presencia de un malestar que se traduce en un «no

tengo futuro, esperanza, estoy enfadado con la familia». Esa sensación de estar perdidos.

P. ¿Cómo reconducimos la situación?

R. Conocer la personalidad del otro nos ayuda a comprenderle más; nos puede ayudar a amar más y mejor. Pero también nos ayuda a evitar relaciones en las que no tenemos que estar, porque comprendemos que el otro es imposible y es mejor retirarse y evitar el desgaste de una lucha agresiva continua. Comprender la personalidad del otro es fundamental para evitar los trastornos de la personalidad y también los trastornos mentales en general, porque aceptamos lo que hay. Un caso práctico: yo tengo un hijo con una determinada personalidad, más extrovertido, inquieto, tirando a un poco impulsivo. Si le doy caña continuamente y lo comparo con otro que no lo es, mino su autoestima que está creciendo bajo una mirada continua de reproche. El niño llega a pensar «soy una decepción», «no sé hacer las cosas». Hay unas expectativas que siente que no cumple porque su personalidad no se lo permite. P. Esto ocurre cuando la sociedad nos exige ser a todos iguales...

R. Exactamente. Si tienes un chico introvertido y que no es muy hablador, es que va a ser así. Entonces hay que entender la diversidad de rasgos y de personalidades. Esto es lo que configura la riqueza social. Pero, si uno se empeña en que tiene que ser sociable, sin tener los rasgos, le puedes provocar un mal crecimiento. P. De nuevo volvemos a la mirada correctiva. ¿Siempre es el germen del trastorno?

R. Sí, porque ese mal crecimiento es lo que va haciendo que las conexiones de la identidad, de la autoestima, de la autoimagen, del cómo me ven los otros y cuál es mi futuro, se bloquee y ahí llega el trastorno. Es muy importante entender la personalidad de los otros, aceptarla, comprenderla y potenciarla en la medida que no sea destructiva. P. Ya sea como padres, profesores, amigos... ¿cómo podemos aprender a respetar la personalidad y permitir un crecimiento sano?

R. Con la publicación de mi libro pretendo que la gente entienda bien, lo que es la personalidad, los tipos y sus rasgos. Y, por otro lado, los trastornos. De esta forma uno puede comprender lo que le pasa a un familiar, amigo o persona cercana. Se trata de un manual educativo que sirve para enseñar qué es la personalidad, cómo somos y cómo es el otro. Con herramientas para prevenir, una de ellas sería tener empatía, ponerse en el lugar del otro. Y esto no es fácil. P. Parece que hemos frivolidado la enfermedad mental. Hemos pasado del tabú a la exhibición de las redes sociales. ¿Dónde está el equilibrio?

R. Hay que buscarlo. Enseñar a distinguir el malestar y la angustia, de la patología depresiva y la ansiedad, y por supuesto del resto de los trastornos. Por eso no siempre hay que necesitar un psicólogo o un psiquiatra, a veces basta un *coach* que nos devuelva al camino de nuestra personalidad y al equilibrio.

P. ¿Cómo diferenciamos quién necesita qué?

R. En la vida habrá sufrimiento y estrés, y sin ser algo malo hay que aprender a lidiar con él. En este nivel, si son buenos los *coach*. Cuando hablamos de que ese sufrimiento se ha hecho bola y se ha vuelto patológico en la persona (en forma de ansiedad, depresión), ya hay que recurrir a los psicólogos y psiquiatras. Con una úlcera vas al médico, pero para evitarla buscas alguien que te enseñe a comer bien. Con la mente, sucede lo mismo: hay que prevenir antes que curar.

“El aumento de los trastornos se debe a la flexibilización de la autoridad, la caída de los límites y el auge del individualismo”

“No siempre se necesita un psicólogo o psiquiatra, a veces basta un ‘coach’ que nos devuelva al camino de nuestra personalidad y al equilibrio”



TU SALUD EMPIEZA EN LA CESTA DE LA COMPRA

Alimentación. Seleccionar bien los productos en el súper es clave para disfrutar de una despensa y nevera que nos nutran y llenen de energía. Prioriza la frescura y lee con criterio

Por Cristina Galafate

Este mundo polarizado –palabra del año– se divide entre quienes en el súper llenan sus carros de ultraprocesados como patatas fritas y platos precocinados, sin mirar etiquetas ni origen, como mucho el precio, y los que escanean productos de forma casi obsesiva con aplicaciones del tipo Yuka. Unos y otros tienen algo en común: parecen igualmente perdidos.

El nutricionista Àlex Yàñez de la Cal (Barcelona, 34 años), también licenciado y doctor *cum laude* en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte con estudios de posgrado en Psiconeuroinmología y máster en Actividad Motriz y Educación, ha recorrido los pasillos de 30 cadenas de supermercados para analizar nuestros comportamientos y los de la industria con la intención de crear una guía imprescindible. En *Compra bien, come mejor* (Ariat Editorial) el especialista en Nutrición Dietética y Deportiva reúne el resultado de este estudio que se apoya en la evidencia científica para ayudarnos a hacer una compra más saludable. «Lo ideal es que la persona aprenda a identificar qué ingrediente está bien y qué está mal, no que se lo diga un nutricionista como yo o una nota en su teléfono móvil que ni siquiera entiende. Al final esas apps también están financiadas por productos que pretenden obtener mejor calificación. Y los fabricantes saben trampearlas, por ejemplo, subiendo la cantidad de fibra. Además, las composiciones cambian», explica.

Por eso, anima a intentar entender semana a semana un producto habitual en la cesta. «No compramos más

de 20 ó 30 referencias en total al año. Variamos muy poco. Si hacemos ese esfuerzo poco a poco de irnos fijando, tendremos el trabajo hecho en un par de meses». ¿Y el polémico Nutriscore, nacido en teoría para favorecer el valor nutricional, es útil? «El problema es que está hecho por grandes multinacionales de la industria agroalimentaria y, cuando algo se hace para regular al regulador, es conflictivo. Lo vemos con los cereales de Nestlé: ellos te dicen que consumes 25 gramos por ración, dándote una fibra elevada y unos azúcares bajos. Pero no es real, porque tú echas bastantes más en tu bol. Y el resultado es que los azúcares se multiplican y el porcentaje de fibra es ridículo. Lo mismo ocurre con los refrescos, que te ponen que se toma el tercio de una lata, cuando nadie hace eso. Si te *inventas* la dosis a tu antojo no es una buena opción. Por eso causó tanto revuelo en España que calificara tan mal el aceite de oliva virgen».

Su recomendación más básica, por tanto, es que «los alimentos sin etiqueta son los mejores». Frutas, hortalizas... «Son opciones que están repletas de vitaminas y minerales, pero eso no lo vas a leer en ninguna etiqueta». En el caso de que no quede más remedio, hay que darle la vuelta. «La composición nos indica el listado de ingredientes de mayor a menor cantidad. Así que sospecha si el primero no coincide con lo que estás comprando». Una pechuga de pavo tiene que ser carne, no almidón de patata o agua con colorantes. «Las leches de crecimiento para niños suelen tener agua, aceites de girasol y hay que irse al tercer y cuarto ingrediente para ya encontrar la leche y las vitaminas. Y la madre está comprando agua a precio de leche. No es una buena opción». Suele coincidir, asevera el experto, que cuando la calidad es mala, los mensajes y colores son llamativos. «Mucho marketing: sin azúcares, sin grasas. Eso por delante, pero luego colorantes y conservantes por detrás. La ignorancia nos hace un flaco favor, porque compramos un queso al doble de precio pensando que tiene más proteínas y al final son idénticas». Además, indica el dietista, cuando un ingrediente controvertido se demoniza, como sucedió con el aceite de palma o el glutamato monosódico, «se inventan otro nombre y derivado para camuflarlo, jugando a la confusión. Parece alarmante pero la industria no quiere que sepamos leer una etiqueta». Igual que el azúcar acumula nombres para camuflarse, los edulcorantes tampoco son la panacea. «La sacarina, el ciclamato sódico y el aspartamo son los que más evidencias tienen en contra y están hasta en colutorios». Aconseja no ir a la compra con hambre o estresado «para no caer en los antojos en la caja y hacer una lista de lo que necesitas de verdad», concluye.

ENFERMERA SATURADA

CLAVES DE LA ORTODONCIA INVISIBLE

Evitar timos. España se ha convertido en el tercer país que más usa los alineadores que pasan desapercibidos. Hay que desconfiar de los tratamientos baratos que prometen resultados rápidos

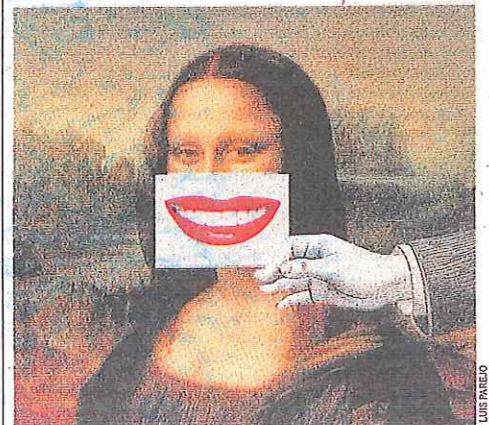
Los alineadores dentales transparentes han llegado para quedarse y probablemente desbancar a la ortodoncia tradicional. A su favor tienen factores como que se pueden retirar fácilmente para comer o su discreción, ya que pasan desapercibidos. A día de hoy España es el tercer país del mundo en lo que al uso de ortodoncias invisibles se refiere, justo por detrás de EEUU y China. Pero como ya alertábamos hace meses en este diario, ese bum ha provocado la aparición de empresas sin escrúpulos que comercializan auténticos timos que están costando la salud a un buen número de españoles. Distinguir el tratamiento fiable del que no lo es será fundamental para lograr una sonrisa perfecta

Clinica de confianza
Que sea fiable no solamente pasa porque tenga buenas reseñas en internet o la decoración sea moderna y bonita. Además de disponer de todos los requisitos legales que debe cumplir para obtener la licencia, que en el caso de las clínicas sanitarias no son pocos, debemos asegurarnos de que los profesionales de la salud dental que se van a encargar

de moldear nuestra sonrisa estén colegiados en el colegio profesional que corresponda a su región. Si en la sala de espera o en la web de la clínica no están expuestos datos profesionales tales como el número de colegiado, el nombre o el título profesional, deberíamos empezar a desconfiar.

Fijate en el precio
Un tratamiento de ortodoncia invisible en una clínica dental tiene un precio que oscila entre los 2.500 y los 5.000 euros, dependiendo del estado y colocación de las piezas dentales del paciente fundamentalmente. En internet podemos encontrar alineadores dentales invisibles a domicilio por 800 euros. Cuando la diferencia de precio es tan grande, empieza a sospechar.

Tiempo de tratamiento
Si nadie confía en una dieta milagro que promete bajar 20 kilos en dos días, no se fíe de quien le prometa solucionar un problema de apilamiento dental en tres meses. El tiempo variará en función del problema de cada paciente, pero en los casos sencillos el tratamiento suele durar entre 8 y 12 meses, y en los más complejos puede llegar fácilmente hasta los dos años.



CASTILLA Y LEÓN

Atasco de reclamaciones por negligencia a Sacyl: 545 sin resolver, la más antigua de 2017

El aumento de peticiones se une al escaso ritmo de resolución tras la pandemia: Sanidad emite sólo 16 pronunciamientos en un año frente a los más de 150 por ejercicio hasta 2019

ESTHER NEILA VALLADOLID

Un paciente de Zamora presentó en 2017 una reclamación de responsabilidad patrimonial ante Sacyl por mala praxis en una prueba diagnóstica. Pedía una indemnización de 7.000 euros. Siete años después, la Consejería de Sanidad no ha dicho esta boca es mía. Es el expediente más antiguo pendiente de resolución, el primero de una montaña de carpetas formada por un total de 545 reclamaciones que aún no han recibido respuesta a otras tantas peticiones de una compensación por los daños sufridos como consecuencia de una deficiente asistencia en Castilla y León.

Este procedimiento administrativo de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial (no confundir con las quejas que el paciente puede presentar para trasladar su descontento pero sin perseguir una reparación económica) es la primera vía que tiene un ciudadano para exigir una indemnización antes de acudir a los tribunales. El paciente puede recurrir pasados los seis meses, porque ese es el plazo que tiene la Administración para responder. Si no contesta, su silencio tiene efecto desestimatorio, aunque lo habitual es que la administración acabe respondiendo tarde o temprano. De hecho, según datos de la Consejería de Sanidad, no existen expedientes anteriores a 2016 pendientes de resolución expresa, de modo que el reclamante acaba recibiendo una contestación, aunque sea con años de demora.

Por provincias, León y Valladolid son las que en la actualidad tienen más casos a la espera de una respuesta (con 114 y 113 expedientes sin responder, respectivamente). Le siguen Burgos (con 100, cinco de ellos desde 2018), Salamanca (61), Segovia (41), Zamora (40), Palencia (32), Ávila (24) y Soria (20).

El embudo se ha formado a raíz de la pandemia como consecuencia, por un lado, de las nuevas reclamaciones patrimoniales presentadas durante estos años de mayor tensión en el funcionamiento del sistema sanitario. Por otro, se ha desplomado el ritmo de resolución de los expedientes por parte de los administrativos, gestores y expertos jurídicos que redactan las propuestas de resoluciones en la Consejería de Sanidad.

Lo habitual hasta hace unos años era que los funcionarios de la gerencia sanitaria dieran salida a más de un centenar de casos cada año: resolvieron 145 expedientes en 2017, otros 179 en 2018, 158 en 2019. A raíz de 2020 el volumen disminuyó de forma brusca y no se ha recuperado: ese año emitieron 72 pronunciamientos, en 2021 sólo 53 y en 2022 sólo cerraron 16 reclamaciones. En total, entre 2017 y



Acelerador lineal del Hospital Clínico de Valladolid. LETICIA PÉREZ (ICAL)

2022 ha emitido 623 resoluciones. La Consejería no ha querido proporcionar los datos relativos al año 2023 porque 2022 es «el último año con datos consolidados», argumenta en respuesta a la petición de acceso a la información formulada por este periódico el pasado mes de agosto, recurrida a la Comisión de Transparencia y que Sacyl ha tardado más de seis meses en contestar (el plazo legal para estas solicitudes es de un mes).

Por provincias, las gerencias que más resoluciones han dictado son las de Valladolid (158 desde 2017), León (131), Salamanca (101), Burgos (93), Ávila (37), Segovia (31), Palencia (31), Soria (27), Zamora (14).

De esas 623 resoluciones emitidas en los últimos seis años, 148 han sido estimatorias, es decir, el 24%. En el resto, la Administración autonómica no ha admitido el derecho del paciente a ser compensado económicamente por la lesión sufrida. En esos casos, el reclamante tiene la posibilidad de

recurrir.

Valladolid es también la que registra un mayor porcentaje de resoluciones estimatorias (ha aceptado indemnizar al reclamante en el 35% de los casos durante estos seis años), seguida de Zamora (29%), León (28%), Burgos (24%), Segovia (23%), Ávila (14%), Salamanca (13%), Soria (11%) y Palencia (6%).

La tramitación de las reclamaciones en materia sanitaria comienza con la evaluación de la Inspección Médica, cuyo informe es remitido al paciente en trámite de audiencia para que pueda formular alegaciones si lo desea.

El ciudadano tiene un año para presentar una reclamación por responsabilidad patrimonial ante la Administración, contado desde que se produce el daño o éste presente síntomas. En su escrito, el reclamante debe detallar las lesiones producidas y la relación de causalidad entre el daño y la asistencia sanitaria recibida,

aportando la documentación que considere necesaria. No es obligatorio incluir una evaluación económica de la indemnización solicitada, aunque si ésta se cuantifica y la cantidad supera los 6.000 euros es preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

Precisamente esa institución ha advertido en numerosas ocasiones del excesivo tiempo transcurrido desde que se inicia el procedimiento hasta que se formula la propuesta de resolución que luego le remiten para la emisión del preceptivo dictamen. «Llama la atención que, una vez completada la instrucción y concedido el trámite de audiencia, transcurra un excesivo tiempo», hasta la elaboración de la propuesta de resolución y la remisión del expediente al Consejo Consultivo, según ha lamentado en varias memorias en la última década, considerando como excesivo el transcurso de «un año», no digamos si la demora supera, como en la actualidad, los tres ejercicios de espera desde ese trámite de audiencia. Son retrasos que «no parecen tener justificación alguna» y «juegan en contra de los intereses del reclamante tanto si la resolución final le es favorable como si no lo es», según el Consultivo. «Ha de recordarse que el silencio de la Administración no es una forma de respuesta. El silencio administrativo desestimatorio tiene un carácter meramente procesal y no enerva el deber de la Administración de resolver expresamente todos los procedimientos», recuerda el Consultivo al indicar que «la obligación de responder subsiste aunque se haya superado el plazo para entender estimada o desestimada la pretensión», sostiene el Consultivo.

Sanidad destina 32M€ para reducir la lista de espera en traumatología

VALLADOLID

La Gerencia Regional de Salud acaba de lanzar un acuerdo marco con el objetivo de crear un catálogo de empresas privadas que le permita agilizar la lista de espera quirúrgica en traumatología y ortopedia a medio plazo. El presupuesto máximo estimado para esta licitación es de 31,78 millones, exento de IVA, y permitirá las 14 gerencias de las nueve provincias acudir a los conciertos cuando sean incapaces de atender en tiempo a sus pacientes. El periodo de vigencia será de cuatro años, desde el 1 de julio de este año, o desde la fecha que se indique en los contratos cuando se firmen en caso de que sea posterior.

Pese a la reducción del tiempo de espera en el último año, ha pasado de 177 a 155 días, traumatología es la especialidad que acumula más pacientes pendientes de una intervención, lista que no para de crecer, con 10.893 a cierre de 2023, la cifra más alta de la última década, con la única excepción de 2021, donde la pandemia disparó la cifra a los 12.480 pacientes. En 2022, otro de los peores años, había 10.716 pacientes pendientes de pasar por el quirófano.

El propio Sacyl reconoce que la lista sigue siendo elevada y que en los próximos tres o cuatro años podría resultar «imprescindible acudir, en mayor medida que hasta ahora, a la sanidad privada» ante la insuficiencia de medios propios para rebajar cifras «tan elevadas», según la memoria justificativa del acuerdo marco consultada por Ical.

La decisión llega, además, en un momento en el que la Consejería diseña su plan de reducción y mejora de la lista de espera quirúrgica, de pruebas diagnósticas y de consultas externas, para contener «las inasumibles listas de espera, garantizando la prioridad en función de la gravedad, y manteniendo la eficiencia y transparencia», toda vez que la sombra del covid-19 sigue siendo alargada, y exige optimizar medios propios y ajenos de los que dispone el sistema.

Tras un fuerte descenso durante el periodo 2019-2021, Sacyl ha registrado un importante ascenso de la actividad quirúrgica externalizada a la sanidad privada. El principal motivo, «paliar el fuerte incremento de la lista de espera provocado por diversos motivos», entre los que citan la reducción de la actividad quirúrgica en pandemia, y el repunte de pacientes con la vuelta a la normalidad en las consultas y pruebas, con el consiguiente aumento de la demanda para el mismo número de profesionales.

SE ABREN NUEVOS CASOS PERO NO SE CIERRAN

Acumulación progresiva. El colapso de expedientes se debe a la confluencia de dos factores: cada año entran más casos y al mismo tiempo salen cada vez menos. El expediente sin resolver más antiguo es de octubre de 2017, el primero de una larga cola compuesta por 11 reclamaciones pendientes desde 2018, 48 de 2019, 99 de 2020, 174 de 2021 y 212 de 2022. En total, 545 a la espera en estos seis años.

Bajo ritmo resolutivo: de 150 a 16 expedientes al año. La Consejería de Sanidad apenas da salida a las reclamaciones que llegan: hasta la pandemia resolvía más de 150 casos cada año (despachó 145 casos en 2017, 179 en 2018 y 158 en 2019). La pandemia marca un punto de inflexión, con sólo 72 resoluciones emitidas en 2020, 53 en 2021 y la pírrica cifra de 16 expedientes resueltos en 2022.



Instalaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus de Soria. MARIO TEJEDOR

Ciencias de la Salud podrá investigar con pacientes

La Junta habilita a la Facultad del Campus de Soria para hacer proyectos de investigación con el hospital y otras instituciones

VÍCTOR F. MORENO SORIA
La Junta de Castilla y León ha habilitado a la Facultad de Ciencias de la Salud de Soria a proyectos de investigación con pacientes. En concreto, la Consejería de Sanidad del Gobierno regional ha autorizado el certificado de inscripción del Servicio Sanitario de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus de Soria, según confirmó el vicerrectorado.

El objetivo del Servicio Sanitario de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de Soria es realizar investigación para el desarrollo de las disciplinas de Enfermería, Fisioterapia y Nutrición, tal como ya se estableció anteriormente para Bioquímica, coordinada por la doctora Zoraida Verde. El resto de nueva creación está coordinado por las docto-

ras Ana Fernández, Teresa Mingo y Patricia Romero Marco, pudiendo realizar desde este mes tareas propias de actividades y actuaciones con participantes de proyectos de investigación y con los pacientes voluntarios, como establecimiento autorizado para ello.

Esto supone, explica el vicerrectorado, un «avance» al poder trabajar e investigar con personas y profesionales en este centro autorizado por la Junta de Castilla y León.

Con esta habilitación, se podrán llevar a cabo investigaciones con el Hospital Universitario, el Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León y las propias de la Universidad, además de cualquier otra institución sanitaria, empresa, fundación y organismo con el que se establezcan con-

venios, con unos criterios de calidad y adecuación de estos servicios que han sido adaptados a la normativa requerida.

El vicerrectorado ha felicitado a las coordinadoras por su trabajo para la consecución de esta catalogación.

A la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus de Soria le corresponde la organización de las enseñanzas universitarias oficiales conducentes a la obtención de los títulos oficiales de Enfermería y Fisioterapia. Las enseñanzas de Enfermería comenzaron a impartirse en el curso 1964-65 en la Escuela Universitaria de Enfermería Doctor Sala de Pablo. La Escuela Universitaria de Fisioterapia de Soria inició su actividad en el curso 1990-91, ubicada en el Colegio Universitario de Soria (CUS).

La capital renueva las zonas arboladas con 400 nuevos ejemplares

Ayuntamiento y Ministerio trabajan en el diseño paisajístico de travesías

SORIA
El Ayuntamiento de Soria trabaja en la mejora de su arbolado, especialmente en la zona urbana, para evitar los problemas derivados en otras ocasiones con ejemplares no adecuados al espacio de su plantación. De esta forma, se trabaja en tres vertientes destacadas, según informó el Consistorio. Por un lado, se lleva a cabo una reposición de marrias para sustituir aquellos ejemplares en peores condiciones por otros, se actúa también en el planeamiento de nuevas zonas con especies adaptadas al espacio y la ciudad como es el caso de las travesías y, por otro, se lleva a cabo una recuperación de ejemplares de olmo resistentes a la grafiosis. Son cerca de 400 los árboles que se están plantando en la ciudad a los que habría que añadir los de los nuevos espacios recuperados.

La concejala Yolanda Santos señala sobre estas intervenciones que «la evolución del modelo de ciudad es evidente con los proyectos que se están realizando desde el Ayuntamiento de Soria». Estos cambios en la «fisonomía de la capital y su apuesta por la neutralidad climática y el

mayor protagonismo del peatón hacen que el arbolado tenga una mayor y más meditada presencia», señala. «El estudio y la conformación de la agenda local 2030 nos ayudan a definir un nuevo paisaje urbano en el que la naturaleza pasa de tener un papel meramente ornamental a ser un pilar fundamental en la ordenación de los espacios. Pasamos de una ciudad proyectada con objetivos básicamente productivos a interpretar la ciudad como un ecosistema vivo en el que los árboles cumplen un papel fundamental», manifiesta la representante municipal.

Dentro de las acciones que está llevando a cabo el Ayuntamiento está la reposición de marrias con 277 especies distribuidas por todos los espacios y calles de la ciudad. También se ha puesto en marcha la plantación de 100 olmos con una acción de divulgación inicial que se llevó a cabo en márgenes coincidiendo con el Día del Árbol. Por otro lado, se lleva a cabo el estudio y diseño de la vegetación de travesías por parte de técnicos del Ministerio junto con personal del ayuntamiento para determinar la vegetación en las vías.



Nuevos árboles plantados en la ciudad. M.T.

El cribado de colon para la detección del cáncer revela casi un 4% de positivos

SORIA
La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), con motivo del Día Mundial para la Prevención del Cáncer de Colon, presenta la campaña 'Juega tu papel en la detección precoz del cáncer de colon', invitando a la población a participar en los programas de cribado implantados en España.

En Soria, las cifras de participación en el programa de cribado son «las mejores de Castilla y León», se-

ñala la delegación soriana de la AECC, pero están lejos del 65%. Se invitó a 13.239 personas que se redujeron al final a 12.942, y participaron 6.108 (con una tasa de participación del 47,20%). La tasa de test positivos fue del 3,91%, 236 de 6.037 válidos. La tasa de aceptación de colonoscopia ascendió al 95,11%, se realizaron 214 colonoscopias (completas 201) de 236 positivos), que permitieron el diagnóstico precoz de 9 cánceres y 88 adenomas que podrían haber ocasiona-

do otros tantos cánceres. Es por ello que la AECC anima a participar en el cribado a las personas de mayor riesgo, hombres y mujeres de 50 a 74 años, (ya que la Junta de Castilla y León ha ampliado la edad de participación hasta los 74 años) para que participen y se hagan la prueba. La sede de Soria de la Asociación Española Contra el Cáncer, el día 19 de marzo instalará una mesa informativa en El Collado desde las 11 a las 13.30 horas.

TESTIMONIO DE GRATITUD
EL SEÑOR
DON JULIO LÓPEZ LOPE
VIUDO DE DOÑA CARMEN BLÁZQUEZ BARRANCO
Falleció en Soria el día 15 de marzo,
a los 81 años de edad,
habiéndolo recibido los Santos Sacramentos

D.E.P.

Sus apenados: hijo, Julio; hija política, María; nietas, Lucía e Irene; hermanos, hermanos políticos, sobrinos y demás familia ruegan y agradecen una oración por el eterno descanso de su alma.

La familia, ante la imposibilidad de corresponder particularmente a los numerosos testimonios de condolencia recibidos, lo hace por medio de estas líneas, quedando a todos muy agradecidos.

Soria, 19 de marzo de 2024

Para notas de condolencia: www.memorias.es

extra

19 DE
MARZO
DE 2024

DIARIO DE
CASTILLA Y LEÓN
EL MUNDO

INNOVADORES CASTILLA Y LEÓN

www.diariocastillaleon.es www.diariodevalladolid.es

Innovación e investigación biomédica en Castilla y León



EL MUNDO

SONIA MARTÍN Directora general de Planificación Sanitaria,
Investigación e Innovación de Castilla y León

«Potenciar la investigación y la innovación aumentará la efectividad del sistema de salud y su equidad»

Por E. Lora

Pregunta. El pasado mes de noviembre el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, presentó el Plan de Investigación e Innovación en Salud 2023-2027. ¿Cuáles son las líneas estratégicas de esta hoja de ruta?

Respuesta. Queremos trabajar en tres pilares fundamentales, que son el impulso de la estrategia, el desarrollo de una estructura sólida de apoyo a la investigación y generar una cultura científica dirigida a los profesionales y a la ciudadanía para poder avanzar. En la elaboración de este plan han participado más de 3000 personas de diferentes perfiles: gestores, equipos directivos, profesionales, investigadores..., es decir, todos aquellos agentes que están implicados en la tarea de investigar dentro de los hospitales y de los centros asistenciales de primaria. Pero también han participado otros agentes externos como las Universidades, el ICE, el Comisionado para la Ciencia y la Tecnología de Castilla y León en el marco de la RIS3, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes, entre otros.

Con toda la información que recibíamos, identificamos los factores clave que más tarde transformamos en retos y objetivos estratégicos. El primero es fomentar la actividad investigadora en el ámbito de la salud entre todos los agentes del ecosistema de Castilla y León, y definir y potenciar las áreas estratégicas. Para eso, a través de Agenda, la primera de las áreas, se han incluido una serie de acciones en relación a convocatorias para el desarrollo de proyectos; ensayos clínicos, incluso que se puedan realizar de manera autónoma; potenciación de la investigación e innovación en las áreas clave identificadas, que parta de un análisis de las necesidades de la población, las capacidades de los profesionales de la Comunidad y de la oportunidad estratégica de cada área en función de las tendencias del entorno, como pueden ser salud mental, cronicidad...

La segunda de las áreas es reforzar las estructuras de investigación e innovación en salud de Castilla y León, facilitando su integración y coordinación, y comenzar el trabajo en red. El proyecto más importante en esta área es la creación y

consolidación de una red de institutos de investigación biosanitaria en nuestra comunidad. Castilla y León contaba con el IBSAL y en octubre se creó el Instituto de Investigación Biosanitaria de Valladolid (IBioVALL). El plan también plantea la creación de otros dos centros en León y en Burgos.

Poder generar esta estructura que dé apoyo a la gestión de la investigación tanto en ensayos clínicos como en proyectos; acudir a convocatorias de concurrencia competitiva para lograr más fondos, y apoyar a los investigadores para la generación de patentes y modelos de utilidad es fundamental en este momento. Lo que queremos es terminar de completar nuestra red para poder dar cobertura a todos los profesionales del sistema de salud que quieran investigar.

La tercera de las áreas, que agrupa los objetivos 5 y 6, es potenciar las competencias de los profesionales, y detectar, atraer y fidelizar el talento. El activo fundamental es el investigador y, por lo tanto, buscamos compensarlo de alguna manera, fidelizarlo y reconocerlo. Al inicio cuando hicimos el análisis del plan contábamos con alrededor de mil investigadores reconocidos que están investigando en proyectos abiertos; el objetivo es duplicar esa masa crítica para que al final de este plan podamos tener 2000 investigadores en la Comunidad. Eso lo que ya a hacer es movilizar toda la actividad, y, en torno a ella, se desarrollarán muchos más proyectos, más fondos, lo que revertirá en la consolidación y generación de puestos de trabajo en los propios institutos para el apoyo de estos proyectos.

En la actualidad en muchas iniciativas parte del gasto se destina a la contratación de personal para hacer tareas de análisis de datos, perfiles complementarios a los investigadores científicos, como son los estadísticos, ingenieros... que completan el equipo para avanzar

en este camino. En los institutos se va a potenciar. A esto se suma que la inteligencia artificial, el big data... nos exige estos perfiles. De igual forma, queremos reconocer a nuestro personal y que su labor investigadora se tenga en cuenta en los baremos, con el fin de potenciar su carrera profesional.

La cuarta área, que es la de los procesos, es más operativa. Vamos a trabajar todos juntos para sistematizar los procesos de toda la comunidad, tanto para el desarrollo de proyectos de innovación que den lugar a patentes como de ensayos clínicos. Además, nos vamos a apoyar en herramientas informáticas.

La quinta área que recoge el plan es la que está dedicada a potenciar la cultura de la investigación y la

“En estos institutos se ayuda a los investigadores para que puedan ir trazando una carrera investigadora”

“El Instituto Biosanitario de León estará listo en un mes y medio; estamos cerrando el convenio”

innovación. Para ello se prevé reformular el espacio web que tenemos dedicado, incluyendo un apartado del portal del investigador, apoyando el enfoque del principio de la ciencia abierta, con campañas dirigidas a los profesionales y poniendo en marcha algunas plataformas de comunicación interna para poder generar comunidades científicas por materia. Todo eso con la idea de diseñar un repositorio de materiales de estudios, de proyectos, de casos de éxito, de buenas prácticas, que vaya alojándose en la web en abierto para que todo el mundo pueda tener acceso a esos estudios.

También se va a trabajar en la vertiente educativa la relación con los pacientes o con la ciudadanía con campañas de sensibilización para su colaboración en la investigación porque como pacientes son

los dueños y responsables de sus datos, muestras... para que puedan colaborar desde su posición.

P.- La colaboración público-privada es clave. ¿Cómo están impulsando para avanzar en esta dirección?

R.- El plan se formula de tal manera que impulsa la colaboración público-privada tanto en el desarrollo de proyectos como en el partenariado de resultados de esos proyectos. Lo que queremos es que cuando la actividad crezca, podamos contar con el sector privado a la hora de explotar debidamente esos resultados de las investigaciones, bien sean fórmulas de nuevos fármacos, nuevas moléculas descubiertas, etcétera, o incluso la explotación, es decir, la producción de productos y servicios dedicados a la mejora de la salud. Nosotros vamos a empujar para que surjan muchas más oportunidades de cara a establecer esos partenariados, esas colaboraciones, para que las empresas puedan invertir en Castilla y León y desarrollar esos proyectos de futuro. Queremos ser la palanca, primero movilizamos el conocimiento para luego generar crecimiento económico a través del desarrollo de productos y servicios.

P.- Uno de los grandes proyectos no solo de su dirección, sino de la Consejería de Sanidad es la creación del Instituto de Investigación Biosanitaria de Valladolid. ¿Cuándo estará a pleno rendimiento?

R.- Se creó el 2 de octubre a través del convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Universidad de Valladolid. A partir de ese momento ya es una realidad. Durante estos meses lo que hemos estado haciendo es poner en funcionamiento las estructuras tanto de dirección como de participación y la propia unidad de gestión del Instituto. En este momento ya están todas las estructuras plenamente operativas. De hecho, cuentan con el respaldo de la Junta de Castilla y León que ya ha incluido una partida en los presupuestos. El próximo mes se pondrá en marcha la incorporación de los grupos que mostraron su interés en adscribirse al instituto. A partir de ahí el Instituto podríamos decir que está en pleno funcionamiento.

P.- También están previstos los de Burgos y León. ¿Cuándo serán una realidad? León tenía que estar

listo en el primer trimestre de 2024. Es más, ha comentado en varias entrevistas que este año estaría montada toda la red de institutos biosanitarios. ¿Será posible?

R.- Estamos terminando de cerrar los apartados finales en relación a las capacidades que aporta la Universidad de León y que aportamos nosotros en la parte del sistema de salud para poder volcar la información en la herramienta jurídica, que es un convenio entre la Universidad de León y la Consejería de Sanidad. La idea es que en el plazo de un mes y medio esté aprobado también. En el caso de Burgos no había plazos, nosotros queremos hacerlo cuanto antes, pero también hay que acompañar los tiempos de la otra parte. En este momento todavía tenemos que concretar la forma y plazos con ellos.

P.- El IBSAL se creó en 2011. Ya tiene un recorrido importante. ¿Cuál es el proyecto estrella de este instituto?

R.- No podría quedarme con ninguno. Hay una actividad tremenda.





J. M. LOSTAU

Por ejemplo, de los últimos, podría comentarle un encuentro en Salamanca a nivel internacional, en el que participaron 23 países, por el proyecto Harmony. También se ha hecho una patente en cardiología con Phillips y se está desarrollando con Novartis un sistema de control lipídico para prevenir enfermedades cerebro-cardiovasculares.

P.- ¿Cree que estos centros ayudarán a frenar la fuga de talento de profesionales sanitarios? ¿Qué otras estrategias están poniendo en marcha para fidelizar a estos investigadores?

R.- En estos institutos se ayuda a los investigadores para que puedan ir trazando una carrera investigadora. Por esto los profesionales que quieren compaginar el ámbito clínico con la investigación tienen muchas más facilidades y oportunidades con la existencia de estos centros. Estamos convencidos de que vamos a poder atraer y fidelizar ese talento. Además, en-

tre las actuaciones del plan está la creación de la categoría profesional de investigador clínico para que puedan compatibilizar la actividad clínica con la investigación. También vamos a repetir la convocatoria mejorada de fidelización en la que a los residentes que terminan se les ofrece un contrato con un tiempo estipulado para la investigación, un 25% para estudiar un máster, desarrollar una tesis o participar en un proyecto de investigación concreto.

P.- ¿Cómo se acerca la investigación biomédica a la población general para que sepan lo que hacen en estos centros y cómo se invierte el dinero público?

R.- Los institutos cuentan con programas de formación dirigidos a diferentes colectivos: escolares, jóvenes, universitarios, asociaciones de pacientes... para poder hacer llegar toda esta información de la mejor manera. Por ejemplo, a los escolares les cuentan de primera mano experimentos científicos,

en qué consisten las pruebas de laboratorio, los ensayos clínicos...

P.- La burocracia lastra muchos proyectos, incluso hace que bastantes profesionales decidan abandonar esta carrera por la cantidad de papeles que tienen que rellenar para solicitar una ayuda. ¿Cómo se podría dar una vuelta a eso y agilizar los trámites?

R.- Es uno de los principales handicaps en el desarrollo de un proyecto. El manejo de las plataformas, el comprender qué es lo que te están pidiendo y el elaborar toda la documentación que tienes que aportar para poder participar en las convocatorias es tremendamente complicado y extenso. Los institutos cuentan con una unidad de gestión específica en la que habrá gestores de proyectos, personal de apoyo metodológico, en fin, los recursos necesarios para que los investigadores tengan que dedicar el menor tiempo posible a esa labor burocrática y solamente intervengan en el desarro-

llo de la idea. En este sentido, quiero incidir en que la apuesta desde el primer momento del consejero de Sanidad ha sido poner en marcha esta estructura de investigación cuanto antes para que se pueda acometer esta actividad y no sobrecargar a los profesionales sanitarios, ya que cuentan con un tiempo limitado para la investigación.

P.- Otro de los ejes estratégicos del Plan de Investigación e Innovación es hacer de Castilla y León un referente nacional e internacional en investigación e innovación de calidad. ¿Cuáles son los pasos que están dando para lograrlo?

R.- Una cosa lleva a la otra. En el momento en el que tu producción científica obtiene unos buenos resultados y se publica, entonces eso te posiciona. En nuestro caso trabajaremos para aumentar la cantidad de investigadores, conseguir acceder a más convocatorias y desarrollar más ensayos, lo demás vendrá solo. Como institución lo que haremos será dar visibilidad a esos resultados para que en el entorno nacional y en el europeo se considere a Castilla y León como una potencia de investigación e innovación en salud en los próximos años, pero, insisto, es una consecuencia de un trabajo de fondo, de un trabajo bien hecho de los investigadores y del sistema que permite poner en primera línea esos resultados.

P.- ¿Cómo está la transferencia de conocimiento en el ámbito sanitario de la investigación básica a la clínica? ¿Qué pueden hacer desde su departamento para avanzar en esta dirección?

R.- Vamos a distinguir que los resultados de la investigación para completar el camino hacia la innovación en el ámbito clínico

pueden darse de dos maneras. El primero es la traslación directa al ámbito clínico. Cuando tú modificas una guía o un protocolo con los resultados de la investigación que tú has hecho, el paciente ya se va a beneficiar inmediatamente. Cuando hablamos de innovación nos referimos más a la explotación, a la transferencia de esa innovación al exterior. En este caso es mucho más complejo porque el círculo implica un eslabón más, la empresa privada. Para poder explotar debidamente los resultados y poder generar fármacos, productos sanitarios nuevos, incorporar la tecnología a los procesos asistenciales, necesitamos de empresas privadas que con el conocimiento que se genera a través de las investigaciones y de las innovaciones entre nuestro personal que trabaja en ello, intervengan en una fase temprana para

que puedan ir desarrollando la solución de la mano y que la empresa pueda beneficiarse luego de este conocimiento explotando esos resultados y generando nuevos productos hacia el mercado. Eso tiene la complejidad de que los grupos de investigación tienen que abrirse a la colaboración con la empresa muy pronto.

En esta línea, en los institutos van a contar con un área específica de innovación y contacto con las empresas, que se va a dedicar a analizar los proyectos, valorarlos e incluso llegar a realizar una valoración de mercado para poder contactar con las empresas en ese momento. El objetivo no es generar patentes que queden ahí licenciadas y nada más, el objetivo es que se apliquen.

P.- La inteligencia artificial está presente en nuestro día a día. ¿Cómo la están aplicando tanto a la sanidad como a la investigación y la innovación en Castilla y León?

R.- La inteligencia artificial es una herramienta que lo que hace es facilitar, en muchos casos, el tratamiento de datos. En este sentido, viene a apoyar determinados procesos. Si hablamos del ámbito asistencial, ya hay experiencias, en nuestro sistema tenemos alguna, en la que se utilizan algoritmos de inteligencia artificial para mejorar la toma de decisiones. La in-

“Los institutos contarán con gestores de proyectos para que los investigadores se centren en la idea”

“La inteligencia artificial será un a revolución, pero en este momento todavía estamos entrando en ella”

teligencia artificial de tipo generativo es la que necesita un entrenamiento y una evolución un poco más compleja. Estamos en un momento muy incipiente. En los próximos años vendrán muchos cambios; será una revolución por lo que se va anunciando, pero en este momento todavía estamos entrando en ello.

P.- ¿Qué planes de futuro tienen?

R.- Hay 50 actuaciones y muchas de ellas son tremendamente importantes. Tenemos previsto desarrollar una estrategia de impulso de la investigación e innovación de terapias avanzadas. El avance en las terapias celulares, tisulares y génicas es ahora una prioridad en el marco de la medicina de precisión. También estamos desarrollando el Plan Estratégico de Medicina de Precisión que llevará un pilar en investigación importante.



Luis García Ortiz, director científico del IBSAL, en las instalaciones del centro. ENRIQUE CARRASCAL

Del laboratorio a la consulta

El IBSAL facilita las acciones de traslación de los resultados de investigación a la práctica clínica / En Atención Primaria están potenciando proyectos como Pandora, que evalúa el efecto del uso de una 'app' en la prevención de la ansiedad y depresión. Por E.L.V.

Es un instrumento clave para la generación de conocimiento científico con potencial impacto en la práctica clínica. El Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) está formado por el servicio de salud de Castilla y León, Hospital y Atención Primaria de Salamanca, la Universidad de Salamanca y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, agrupando a más de 1000 investigadores de estas entidades, organizados en 85 grupos y 6 áreas científicas.

Aporta el soporte necesario a los investigadores para facilitar el desarrollo de su trabajo en la gestión administrativa, científica o económica. De esa forma se han incrementado de manera exponencial los proyectos que consiguen, así como publicaciones y otros productos de la investigación. También aporta un entorno, en el que las interacciones de los investigadores facilitan las sinergias, lo que incrementa el éxito científico.

Además, se promueve y facilita las acciones de traslación de los resultados de investigación a la práctica clínica, así como al sector productivo, facilitando la relación con agentes económicos y generando riqueza en la sociedad. «Esto lo está dinamizando la unidad y futura plataforma de innovación, traslación y transferencia del instituto con diferentes accio-

nes», apunta Luis García Ortiz, director científico del IBSAL.

En esta línea, comenta que los ciudadanos han dejado de ser sujetos pasivos en los procesos de investigación, por lo que es «necesario» incorporarlos en las diferentes fases de este proceso. Desde el IBSAL acaban de crear la comisión ciudadana de investigación, con el objetivo de facilitar su participación en los planes estratégicos del centro, en las diferentes comisiones y como asesores en el diseño, ejecución y difusión de proyectos de investigación. Esto, según reconoce, les facilitará el traslado de los resultados de la actividad científica a la ciudadanía y, por lo tanto, contribuirá a la mejora de la salud.

En el IBSAL hay muchos proyectos que se han desarrollado y otros están en marcha. En este punto, cuenta que, por una parte, la generación de conocimiento que se traslada a las guías de práctica clínica es una de las herramientas de la traslación de la evidencia generada a los servicios de salud. Por otro lado, se vienen desarrollando proyectos de investigación e innovación por diferentes equipos, como es el grupo de Medicina regenerativa del servicio de Hematología, en los que están creando determinadas terapias pioneras a nivel mundial.

Del mismo modo, subraya que el

grupo de Cardiología ha desarrollado un sistema experto basado en la inteligencia artificial en la mejora del control de los niveles lipídicos y está en fase de traslación al sistema de salud. En Atención primaria se ha diseñado una aplicación llamada Evident, que ha demostrado que mejora la calidad de la alimentación disminuye el peso e incrementa la actividad física.

Para García Ortiz, la creación de los institutos biosanitarios de Burgos, León y Valladolid lejos de ser una amenaza, es una gran oportunidad y un reto. «Nosotros, con la experiencia de más de doce años de evolución, nos sentimos obligados a apoyar el desarrollo de estos institutos en la comunidad autónoma. Aunque cada uno de ellos tendrá sus particularidades, en el impulso inicial pensamos que podemos aportar mucho y acortar los tiempos para que sean centros competitivos», asegura antes de agregar que la sana competencia entre los institutos es «un estímulo en la búsqueda de la excelencia en la actividad investigadora y traslacional».

A esto se suma, dice, que es una oportunidad de colaboración entre los cuatro institutos, y no solo en las cuatro provincias señaladas, sino incorporando en el formato que sea posible al resto de provincias de Castilla y León, favoreciendo en

la medida que sea posible el trabajo en red en determinados proyectos. «Cada uno de los institutos, por el desarrollo actual de la investigación en sus servicios de salud y universidades, va a tener unas fortalezas que podrán facilitar las sinergias con las fortalezas de los demás para conseguir proyectos más competitivos, en base a la colaboración entre ellos», celebra.

Desde el IBSAL, tal y como señala, se está intentando incorporar a jóvenes investigadores facilitando el acceso de determinadas becas y contratos para continuar con las siguientes fases de la carrera investigadora. Otra de las líneas en las que tienen mucho interés es en la captación de profesionales sanitarios después de su periodo de formación especializada mediante los contratos Río Hortega del ISCIII, dando continuidad con el contrato Juan Rodes, que facilita la incorporación a los servicios de salud, como personal asistencial e investigador. «El desarrollo de la figura de investigador en los servicios de salud facilitará el impulso de la investigación en el ámbito asistencial, al promover profesionales con doble perfil».

Hay tres grupos de Atención Primaria. Algunos de ellos están trabajando en proyectos como MIVAS, que evalúa la influencia de

los estilos de vida en la microbiota intestinal y oral y en el envejecimiento arterial; PANDORA, centrado en el uso de una aplicación y web en la prevención de la ansiedad y depresión, Sinergias, basado en la evaluación, seguridad y satisfacción del paciente. El broche lo pone la investigación de la COVID persistente, los factores condicionantes de las adicciones, la prevención de caídas y la colaboración de las oficinas de farmacia en la prevención cardiovascular.

De cara al futuro, García Ortiz avanza que quieren incorporar al Instituto a todos los profesionales que realicen actividades de investigación en la provincia de Salamanca, y ser área de influencia también para Ávila y Zamora. De igual forma quieren facilitar apoyo a los investigadores y están acreditándose con la ISO 9000 para optimizar los procesos. En esta hoja de ruta su meta es desarrollar el área de proyectos europeos para mejorar la tasa de éxito y ampliar el número de grupos que acceden a estas ayudas. Además, tienen previsto acabar de diseñar una unidad de apoyo científico a los investigadores y algunas plataformas para facilitar el trabajo y dar soporte en los diferentes procesos de la actividad investigadora, así como de la traslación y transferencia.

IA para detectar a pacientes de alto riesgo

Emergencias Sanitarias desarrolla un sistema basado en inteligencia artificial para identificar a aquellos enfermos que van a sufrir un deterioro clínico en las siguientes 24 horas. Por E.L.V.

Detectar el riesgo de los pacientes es clave en cualquier servicio, pero en Emergencias Sanitarias de Castilla y León cobra un valor especial. Por este motivo, están trabajando en el desarrollo de un sistema basado en inteligencia artificial con el objetivo de detectar 'a pie de cama' (desde el minuto cero) pacientes con riesgo elevado de deterioro clínico.

Este proyecto, financiado por el Instituto de Salud Carlos III y la Unión Europea en la convocatoria de Desarrollos Tecnológicos en Salud (2024-25), persigue identificar de forma rápida y precisa a los enfermos de alto riesgo. Para ello, basándose en parámetros epidemiológicos (edad y sexo), constantes vitales (presión arterial, saturación de oxígeno, etc.), analítica venosa prehospitalaria y patologías asociadas, serán capaces de etiquetar con «buen rendimiento pronóstico» a aquellos pacientes que van a sufrir un deterioro clínico en las siguientes 24 horas.

Lo importante de esta herramienta, según explica el profesor

Francisco Martín Rodríguez de la gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León, es la capacidad de identificar casos de alto riesgo, mediante el análisis e interpretación en conjunto de todas las variables que se puedan recoger en los cuidados prehospitalarios, para que, a través de la detección de cambios sutiles, los profesionales sean capaces de detectar casos graves pero que aparentemente no lo parecen. En otras palabras, señala que este sistema ayuda al profesional a conocer la posible evolución del paciente y, en consecuencia, a tomar decisiones y marcar la estrategia más adecuada para cada caso concreto, personalizando la asistencia y activando, si es necesario, los siguientes niveles asistenciales.

De forma particular, han registrado una patente en colaboración entre Sacyl, la Universidad de Valladolid y la Universidad de Castilla-La Mancha para poder realizar un fenotipo -característica o rasgo observable- a pacientes aten-

didos por emergencias. «Utilizando todos los datos que tenemos a nuestro alcance en la primera atención, el sistema desarrollado coloca al paciente en un determinado grupo de riesgo», apunta.

En su opinión, la transferencia de los estudios de investigación a la aplicación directa sobre pacientes necesariamente sufre «una brecha», tiempo indispensable para poder validar y revalidar los resultados y aplicarlos posteriormente en la práctica clínica. En estos momentos subraya que se han comenzado a usar de forma rutinaria en las emergencias prehospitalarias las llamadas escalas de alerta temprana -«con un uso muy extendido y normalizado en otros niveles asistenciales», apostilla-, que no es más que interpretar un conjunto de signos vitales convencionales de forma conjunta, y asignarles una ponderación para, de esta forma, disponer de una escala numérica.

Pone como ejemplo la escala qSOFA, empleada para la detección precoz de los casos de sospe-

cha de sepsis, que permite identificar desde el primer nivel asistencial (atención primaria, residencias de ancianos, emergencias...) los casos de especial seguimiento, continuándose la asistencia y la posterior confirmación o no a nivel hospitalario. Esta escala se usa ya de forma rutinaria en las Unidades Móviles de Emergencias de Castilla y León.

Los profesionales que manejan emergencias prehospitalarias, según recuerda Martín Rodríguez, se enfrentan en su trabajo diario a un abanico de patologías muy diversa, tanto de edad pediátrica como adultos, debiendo tomar decisiones críticas en muy poco tiempo y con muy pocos datos en los que basar sus intervenciones en entornos altamente dinámicos y, a veces, con riesgo real o potencial en la escena, como son los accidentes de tráfico, incendios, agresiones, entre otros.

En este especial ecosistema, considera que dar una respuesta rápida, escalable y eficaz ante cualquier patología para que el

paciente llegue al siguiente nivel asistencial (urgencias hospitalarias) en las mejores condiciones posibles es un reto para los sistemas de salud. En este sentido, el también profesor de la Universidad de Valladolid subraya que los avances tecnológicos han posibilitado disponer de nuevos medios diagnósticos en la ambulancia.

En la actualidad el uso de la analítica portátil, ecografía y la telemedicina son una realidad en todas las unidades móviles de Emergencias. «Todos estos avances aportan certidumbre a los profesionales y ayudan de forma decisiva en el diagnóstico precoz de enfermedades tiempo-dependientes».

Además, indica que se han implantado sistemas de comunicación y transmisión de datos que proporcionan información de geolocalización del incidente y de los antecedentes personales más importantes del paciente (si se conocen), lo que, tal y como asegura, ayuda de forma directa a la gestión del caso y puede disminuir los tiempos de respuesta.

A su juicio, los proyectos de investigación competitivos pueden representar «una excelente forma de identificar problemas» que pueden ser analizados e intentar encontrar soluciones. Un ejemplo práctico de la aplicación directa de la investigación e innovación es el uso de biomarcadores específicos. Por ejemplo, para el diagnóstico del infarto agudo de miocardio se usan dispositivos portátiles que en ocho minutos ofrecen a los profesionales sanitarios el valor de la Troponina ultrasensible, dato que puede marcar la diferencia en el diagnóstico precoz, en el centro hospitalario de destino e, incluso, en el tratamiento.

Preguntado por la inteligencia artificial, afirma que ha llegado para quedarse y se debe aprender a convivir con ella, pero siempre con el foco en una exploración clínica objetiva y estructurada. «En emergencias prehospitalarias se manejan multitud de variables en muy poco tiempo, variables que, además, son altamente dinámicas. En este contexto tomar decisiones rápidas y acertadas no siempre es fácil, pudiendo ayudar de forma decisiva los sistemas de inteligencia artificial».

No obstante, insiste en que el ojo humano y, por defecto, el cerebro solo es capaz de percibir e interpretar cierto número de estímulos. «A nivel de emergencias se buscan cambios o signos y síntomas groseros para actuar de forma rápida. Los sistemas de inteligencia artificial pueden analizar todos los datos disponibles y encontrar relaciones que puedan pasar desapercibidas al ojo humano, es decir, la conjunción de sentido clínico más sistemas de ayuda a la toma de decisiones puede marcar la diferencia para muchos pacientes», concluye.



Francisco Martín Rodríguez con una de las ambulancias de Emergencias Sanitarias de Castilla y León. EM



El cardiólogo intervencionista Ignacio J. Amat Santos en las instalaciones del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. J. M. LOSTAU

Investigación para salvar vidas

El Hospital Clínico de Valladolid participa en dos proyectos, uno que permite descargar la sobrecarga de volumen de corazón / Otro de los trabajos se basa en un chip que posibilita conocer la presión que hay dentro del corazón y reducirla, evitando descompensaciones y hospitalizaciones. Por E. L. V.

La investigación es clave para incrementar la calidad de vida. Desde el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid están llevando a cabo varios proyectos que buscan mejorar el día a día de los pacientes. Tienen varias líneas abiertas. En enfermos con estenosis de la válvula aórtica, cuando desarrollan síntomas, es necesario reemplazar su válvula enferma. Sin embargo, en muchas ocasiones, diagnostican el problema antes de que aparezcan los síntomas.

En el momento actual, si eso ocurre, no está recomendado intervenir, sino sólo una vigilancia activa. Pero a veces la vigilancia falla y los pacientes presentan síntomas súbitos graves. Para avanzar en esta dirección Ignacio J. Amat Santos, director de Cardiología Intervencionista del Instituto de Ciencias del Corazón, explica que tienen en marcha el estudio EXPAND-II en el que se aleatoriza este perfil de pacientes a recibir una prótesis aórtica transcatheter o continuar con vigilancia. Este pionero estudio, según comenta, ayudará a determinar si, ahora que las intervenciones en válvulas cardíacas son más 'sencillas', puesto que ya no es necesario realizar ci-

rugía abierta, es mejor actuar antes de que aparezcan los síntomas.

En cuanto a las prótesis transcatheter, indica que en estos momentos antes de implantarse se conservan en una serie de soluciones químicas para preservarlas, y cuando llega el momento de implantarlas hay que plegarlas para que entren en el catéter. Este proceso, tal y como detalla, tiene sus riesgos, como son mal plegado, infección del dispositivo, excesivo tiempo para realizarlo, lo que puede ser un problema si el paciente está inestable, entre otros. «Nuestro centro es pionero a nivel internacional en el estudio VIVA, en el que estamos utilizando una prótesis deshidratada que no es necesario plegar y que, por tanto, hace todo el procedimiento más rápido y seguro», celebra.

Además, en pacientes con fallo en la válvula tricúspide, que regula el flujo de sangre en el lado derecho del corazón, el Clínico ha sido pionero en distintas terapias para repararla. «Esta válvula se denominaba 'la válvula olvidada' porque no teníamos ninguna terapia eficaz hasta hace poco. Nuestro centro ha publicado recientemente los resultados a un año del implante de unas prótesis en las venas cava supe-

rior e inferior para paliar las consecuencias del fallo de la válvula tricúspide, demostrando que esta terapia es la más segura de las existentes hasta la fecha y con una clara mejoría de los síntomas de los pacientes», expone antes de añadir que forman parte del grupo de centros internacionales que, a través del estudio TARGET, está explorando el implante de una nueva prótesis en la válvula tricúspide sin necesidad de cirugía abierta.

Todos estos dispositivos no sólo resultan gratuitos al sistema sanitario, sino que aportan inversión de varias empresas en la Consejería de Sanidad para apoyar el correcto desarrollo de estas investigaciones, lo que hace que los pacientes, sean de Valladolid o de cualquier otra provincia de Castilla y León, puedan tener acceso a terapias que no están disponibles en otros puntos de España ni del mundo.

En pacientes con insuficiencia cardíaca, es decir, fatiga y dificultad para respirar debido a un problema cardiovascular, participan en dos proyectos disruptivos, el primero con el dispositivo V-Wave que permite descargar la sobrecarga de volumen del corazón; y el segundo con el dispositivo V-Lap que

consiste en un chip implantado en el corazón que ofrece la posibilidad de conocer en todo momento la presión que hay dentro del corazón y, si aumenta de forma inapropiada, reducirla rápidamente con medicación evitando así descompensaciones y hospitalizaciones.

El infarto agudo de miocardio también está presente, ya que es una de las principales causas de mortalidad tanto en hombres como en mujeres. Hace años que el implante de stents mediante cateterismo cardíaco se estableció como la mejor estrategia para salvar la vida a los enfermos. No obstante, Amat Santos considera que un stent es un dispositivo metálico que queda dentro del corazón de por vida y, además, hasta el 2% de los pacientes puede experimentar fallos del stent a lo largo de los siguientes años a su implante.

Su centro busca cambiar a través del estudio COPERNICAN el paradigma del tratamiento del infarto. En este trabajo en lugar de implantar stents en las lesiones coronarias responsables del infarto, depositan un fármaco mediante un balón en las arterias coronarias. «Dicho fármaco ayuda a la curación del vaso enfermo. Vamos a comparar ambas

estrategias y nuestros datos preliminares sugieren que, en la mayor parte de los pacientes con infarto, puede que pronto dejemos de necesitar implantar stents, con la enorme repercusión mundial que esto puede tener», avanza.

En la actualidad, dice que el proyecto que más les apasiona se basa en un nuevo método para reemplazar prótesis cardíacas en pacientes que ya tienen una cirugía previa, evitándoles así una nueva intervención abierta, que siempre tiene más riesgo al volver a abrir por donde ya se operó una vez.

En esta misma línea, Ignacio J. Amat Santos indica que están trabajando en un proyecto pionero a nivel internacional junto con el Instituto de Salud Carlos III en el que están siendo capaces de reparar con prótesis previas en válvulas cardíacas que se han degenerado, sin necesidad de una nueva cirugía abierta. «Esto probablemente conduzca al desarrollo de una patente y a un cambio de estrategia a nivel mundial en esta patología, por lo que, aunque aún no puedo contar mucho, estamos realmente esperanzados con los resultados que estamos obteniendo. Cualquier paciente que se haya sometido a una cirugía de implante de prótesis cardíaca sabe lo dura que es la recuperación y, sin duda, celebrará que podamos ofrecerle alternativas, si en el futuro su prótesis le da problemas», concluye.

Apuesta común por la excelencia en cuidados

Sacyl fomenta, facilita y apoya la aplicación, evaluación y mantenimiento de buenas prácticas en enfermería / A los pacientes les supone una mejora en su día a día, así como el empoderamiento en la toma de decisiones sobre su autocuidado y salud / Castilla y León ya cuenta con 3 centros acreditados. Por E. L.

Fomentar, facilitar y apoyar la aplicación, evaluación y mantenimiento de buenas prácticas en cuidados en cualquier entorno enfermero, implantando guías de buenas prácticas basadas en la evidencia científica. Ese es el objetivo por el que Sacyl se postuló como Centro Coordinador Autonómico de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, constituyéndose el BPSO® Host Regional de Castilla y León.

Cuenta con tres nuevos candidatos a Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados de Enfermería (CCEC®). Se trata del Complejo Universitario Asistencial de Salamanca, el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y la Gerencia de Atención Primaria de León, que han sido seleccionados tras una convocatoria competitiva. En ellos se implantarán ocho guías de buenas prácticas como son: 'Prevención de caídas', 'Prevención de lesiones por presión', 'Apoyo a la lactancia materna', 'Cuidados y mantenimiento de accesos vasculares', 'Apoyo a los adultos con ostomía', 'Valoración y manejo de las úlceras venosas', 'Maltrato contra la mujer' y 'Valoración y cuidados a

las personas en riesgos de ideación y comportamiento suicida'.

La Comunidad ya cuenta con tres centros acreditados (Hospital Medina del Campo, Centro de Salud Ponferrada II y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid) y otro cuarto centro pendiente de designación (Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora) que se acreditará en diciembre de 2024, tras el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Participar en este programa supone para la región «un impulso para incorporar, fomentar y desarrollar la cultura de la práctica clínica basada en la evidencia, así como la oportunidad de formar parte de la Red de CCEC® nacionales e internacionales». Para las personas usuarias de Sacyl supondrá «una mejora en sus cuidados, así como el empoderamiento en la toma de decisiones sobre su autocuidado y salud».

En este sentido, Yolanda Martín Vaquero, jefa de la Unidad de Enfermería de Formación y Sistemas de Información de Cuidados de la Gerencia de Asistencia de Zamora, explica que fueron seleccionados como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados. De esta

forma, añade, se pretende entrar a formar parte de una red nacional de centros que mantenga el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados.

Como organización seleccionada se adquirió el compromiso que en el periodo de tres años (2022- 2024) se implanten, evalúen y mantengan las recomendaciones basadas en la evidencia científica de tres guías de buenas prácticas de la asociación profesional de enfermeras Registered Nurses' Association of Ontario, Canadá, traducidas por el Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia dependiente del Instituto Carlos III.

Esto supone, en su opinión, una mejora de la asistencia sanitaria al reducir la variabilidad no justificada en la atención y ayudar en la toma de decisiones clínicas. «Se disminuye el tiempo de trasladar los hallazgos de la investigación a la práctica diaria, se fomenta el conocimiento de enfermería y de los equipos interdisciplinares, se identifican las lagunas en la investigación y se evitan las actividades que tienen poco efecto o causan daño», apunta.

El proyecto se despliega en ambos niveles asistenciales, atención primaria y hospitalaria. Lo que implica, dice Martín Vaquero, un trabajo en equipo de todos los profesionales liderado por enfermeras con estructuras horizontales apoyado por toda la Dirección. Se ha desplegado un plan formativo para todas las enfermeras, TCAES y otros profesionales en el que se incluyen también a los estudiantes.

De igual forma, se han creado tres grupos de trabajo uno por cada guía y un grupo evaluador. Cada equipo ha actualizado protocolos y procedimientos. Se han elaborado diferentes recursos divulgativos para todos los profesionales compartidos en la intranet de la institución y en la web de Sacyl. A su vez se facilitan recursos materiales óptimos para facilitar la aplicación de los mejores cuidados.

En toda la institución se ha implantado la guía de 'Accesos Vasculares', lo que está facilitando la comunicación entre todos los profesionales. «Hay que destacar que se está potenciando el uso de la ecografía para accesos venosos difíciles y los de larga duración por profesionales

con formación avanzada y especializada», subraya.

La guía 'Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo del tabaco en la práctica diaria' se ha desplegado en la unidad de Hospitalización Neumología- Medicina Interna, en la consulta de enfermería de Neumología y en el Centro de Salud de Toro y Santa Elena de Zamora, avanzando a otros centros en la actualidad. Se realiza por equipos multiprofesionales que ha aumentado la demanda de consultas para abandono del hábito tabáquico.

La guía 'Valoración del riesgo y prevención de las úlceras por presión' se ha implantado en dos unidades de hospitalización (Cuidados paliativos y Cirugía- Ginecología). Se ha sistematizado la valoración del riesgo de lesiones aplicando las medidas de prevención.

Calidad de vida

A su parecer, los pacientes mejoran su calidad de vida, ya que reciben unos cuidados más seguros que reducen las complicaciones relacionadas con la inserción, mantenimiento y retirada de accesos vasculares. «Al sistematizar la intervención breve en tabaco se logra que más fumadores se planteen dejar de fumar, aprovechando los recursos que las organizaciones sanitarias ponen a su disposición, lo que conlleva disminuir los potenciales problemas de salud por el hábito tóxico de fumar a corto y a largo plazo», asegura para, a renglón seguido, puntualizar que prevenir la aparición de lesiones en la piel de los pacientes es «fundamental» para tener una atención de calidad porque aumenta el confort de los pacientes encamados y evita complicaciones que sobrecargan a los cuidadores.

Llevar a cabo esta iniciativa, tal y como admite la jefa de la Unidad de Enfermería de Formación y Sistemas de Información de Cuidados de la Gerencia de Asistencia de Zamora, supone incluirla dentro de la sistemática diaria de cada profesional. «Los grupos están realizando un trabajo extra, pero enriquecedor a nivel personal y profesional. Ellos son los protagonistas y los que están logrando que se esté unificando la práctica de los cuidados. Esto supone tener disponibles recursos materiales y requiere una actualización continua».

En este sentido, indica que ha aumentado la motivación al ver reconocida su labor. «El trabajo en red, estableciendo conexiones con otros compañeros, con otras instituciones es un apoyo para seguir avanzando y superar los momentos de debilidad y sobrecarga». No hay que olvidar, expone Martín Vaquero, que la dispersión geográfica es una realidad en nuestro día a día. «Los profesionales están en tres centros hospitalarios y 22 centros de salud repartidos por toda la provincia. No es posible reunirnos en un punto determinado con la frecuencia deseada. El uso de herramientas online y las reuniones virtuales nos ayudan a superar la dispersión», señala.



Yolanda Martín Vaquero, jefa de la Unidad de Enfermería de Formación y Sistemas de Información de Cuidados de la Gerencia de Asistencia de Zamora. EM

LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN COMO MOTOR DE TRANSFORMACIÓN DEL MODELO SANITARIO Y PRODUCTIVO DE CASTILLA Y LEÓN



El Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León 2023-2027 pretende impactar en la salud y calidad de vida de los ciudadanos, transformando nuestra comunidad gracias al crecimiento económico basado en el conocimiento.

Para ello, Castilla y León contará con una estructura sólida de apoyo a la I+D+i, a través una Red de Institutos de Investigación Sanitaria que impulsarán la actividad y colaboración público-privada con todos los agentes comprometidos con la salud.

**APUESTA POR LA I+D+i EN SALUD
CON NUESTROS PROFESIONALES PARA LOS CIUDADANOS**



DRAMÁTICO DESCENSO EN LA FERTILIDAD MUNDIAL PARA 2100

Análisis predictivo. Un estudio internacional alerta de la llegada de un mundo "demográficamente dividido": los países con menos recursos vivirán un 'baby boom', mientras que los más ricos sufrirán un calamitoso 'baby dust'

Por P. Pérez (Madrid)

La conclusión de un estudio publicado en *The Lancet* bien podría anunciar las primeras señales de la extinción de la raza del ser humano en la Tierra: en 2050, más de las tres cuartas partes de los países no tendrán tasas de fertilidad lo suficientemente altas como para sostener el tamaño de la población a lo largo del tiempo. Este dato crece hasta el 97% si se pone la vista hacia el nuevo siglo, 2100.

Este trabajo predictivo nada halagüeño también pronostica cambios significativos en los patrones de nacimientos: la proporción de nacidos vivos nuevos niños en el mundo casi se duplicará en las regiones de bajos ingresos del 18% en 2021 al 35% en 2100. Así, en concreto, los niños del África subsahariana representarán a uno de cada dos nacidos en el planeta dentro de un siglo.

Como resultados nos encontraremos con un «mundo demográficamente dividido» que tendrá enormes consecuencias para las economías y las sociedades, según este estudio. La investigación presenta las estimaciones del *Estudio de carga global de enfermedades, lesiones y factores de riesgo (GBD) 2021*, un esfuerzo de investigación global dirigido por el Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (IHME) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington.

En este trabajo se han medido las tendencias mundiales, regionales y nacionales actuales y futuras en materia de fecundidad y nacimientos vivos. En general, los países necesitan tener una tasa de fertilidad total (TGF) de 2,1 hijos por persona que podría dar a luz, para sostener el reemplazo generacional de la población a largo plazo.

«Nos enfrentamos a cambios sociales asombrosos a lo largo del siglo XXI», alerta el autor principal,

el profesor Stein Emil Vollset del IHME, como recoge *The Lancet*. «El mundo afrontará simultáneamente un *baby boom* en algunos países y un *baby bust* en otros».

Esto dibuja un escenario paradójico: «Mientras la mayor parte del mundo se enfrenta a los serios desafíos del crecimiento económico de una fuerza laboral mermada y a cómo cuidar y pagar pensiones debido al envejecimiento de la población, muchos de los países del África subsahariana con recursos más limitados tendrán que lidiar con la forma de apoyar a la población más joven y de más rápido crecimiento del planeta en algunos de los sistemas de salud más inestables política y económicamente», dice Stein Emil Vollset.

Se prevé que en las próximas décadas la fertilidad mundial disminuirá aún más, alcanzando una TGF de alrededor de 1,8 en 2050 y de 1,6 en 2100, muy por debajo del



nivel de reemplazo. Para 2100, se espera que sólo seis de 204 países (Samoa, Somalia, Tonga, Níger, Chad y Tayikistán) tengan tasas de fertilidad superiores a 2,1 nacimientos. En Europa occidental la tasa de fertilidad será de 1,44 en 2050 y bajará a 1,37 en 2100. De modo que se espera que Israel, Islandia, Dinamarca, Francia y Alemania tengan las tasas de fertilidad más altas, entre 2,09 y 1,40 a finales de siglo. España estará dentro los países con menos tasa de reemplazo. Ya se han registrado de forma consecutiva las peores cifras de durante los dos últimos años.

Niños de Sierra Leona en Komao (Kaidu).
AP PHOTO

SALUD PAPEL

DESVELAN POR QUÉ EL CÁNCER GOLPEA DOS VECES A NIÑOS COMO MARTA

Investigación. Científicos españoles analizan cinco casos raros de niños con dos tumores independientes. El de Marta se debió a mutaciones en la quinta semana de gestación

Por Cristina G. Lucio, Madrid

Hay muchas razones para iniciar una investigación: un hallazgo fortuito que se quiere confirmar, una necesidad que se hace patente cada día en la consulta, una pregunta para la que no se encuentra respuesta... A veces, esas razones tienen nombre y apellidos. Y una tragedia detrás.

La historia de Marta es la que ha llevado a investigadores del Instituto de Investigación Biomédica de Barcelona y del Hospital Sant Joan de Déu a desvelar por qué a veces el cáncer golpea dos veces en la infancia. En su memoria se ha investigado un fenómeno extremadamente raro, pero que a veces ocurre: «Le prometí a sus padres que no cesaríamos en el intento de explicar lo que le había pasado, para lo que no teníamos respuestas».

Lo han conseguido apenas cinco años después de su muerte. Los detalles se publican en el último número de *Cancer Discovery*. La pequeña, según explica Mora, sufrió antes de los dos años un neuroblastoma, un tumor muy agresivo que, sin embargo, consiguió superar. Nueve años después, cuando ya «hacía una vida completamente normal, era la portera del equipo del cole y parecía que todo iba bien» apareció un nuevo tumor. Al principio, pensaron que era una recaída del cáncer que había superado, una situación ya insólita por los años transcurridos. Pero las pruebas posteriores revelaron que era un tumor completamente distinto, mucho más agresivo, del que falleció seis meses después del diagnóstico.

Mora enseguida quiso cumplir su promesa, por lo que se puso en contacto con el equipo de Núria López-Bigas, en el IRB, y, en conjunto, arrancaron un estudio para explorar el origen de estos segundos tumores mediante técnicas avanzadas de secuenciación del genoma. Además del de Marta, analizaron otros tres casos de niños que habían desarrollado dos tumores independientes en su infancia.

El estudio reveló que en el caso de Marta y en otro de los niños estudiados, los dos tumores se debieron a mutaciones independientes, a aberraciones celulares distintas que se produjeron durante las primeras etapas de la gestación, cuando el feto tenía aproximadamente cinco semanas. En otro de los niños, en cambio, los investigadores descubrieron que, aunque los tumores se habían desarrollado con años de diferencia, en realidad el origen estaba en una única mutación genética que también se había producido en una etapa temprana de su desarrollo embrionario. Finalmente, en el último caso, los investigadores comprobaron que expansión clonal que dio origen al segundo tumor, una leucemia, se produjo después de recibir tratamiento para el primer cáncer.

Este trabajo pionero, aseguran los autores, ayuda a «mejorar la comprensión de estos casos en particular y los cánceres pediátricos en general».

Inma Sáenz muestra su día a día como madre e influenciar en @inmasaenzs.



La reina Camila saluda a los miembros del público, ayer, en la Isla de Man, en Reino Unido. CHRIS JACKSON / AP

Investigación abierta por el 'hackeo' a Kate

Scotland Yard tomará «acciones» por el intento de acceso a su expediente médico

C. FRESNEDA / M. SIERRA
LONDRES

La Oficina del Comisario de Información (ICO), el organismo regulador de datos en el Reino Unido, abrió ayer una investigación por el intento de hackear los partes médicos de Kate Middleton en The London Clinic, el centro hospitalario privado donde fue sometida a «una operación de cirugía abdominal» en enero. La subsecretaria de Salud Maria Caulfield aseguró por su parte que Scotland Yard está al tanto de lo ocurrido y advirtió que se tomarán «acciones» si se demuestra que «personas inapropiadas» tuvieron acceso a información confidencial sobre el historial clínico de la princesa de Gales.

«El comisario de información puede en cualquier caso formalizar la acusación e imponer sanciones», precisó Caulfield. «Las reglas sobre la prohibición de acceso a la información médica privada son muy

claras y las implicaciones son muy fuertes».

El acceso a informes clínicos privados de famosos y celebridades con medios ilícitos es una práctica con mucho rodaje en Reino Unido. Incluso los Windsors han caído en la trama hilada por tabloides e investigadores privados para garantizar la publicación de exclusivas en el competitivo sector de la prensa popular.

El diario *The Sun*, líder del gremio, persiguió en su día a un miembro femenino de la familia real en la delicada fase previa y posterior a una intervención en el útero. El diario difundió precisamente el lunes el polémico vídeo de los príncipes de Gales a la salida de The Farm Shop en Windsor, supuestamente grabado por un testigo indiscreto.

The London Clinic, el más privado hospital del barrio de Marylebone por el que han pasado decenas de personalidades y famosos,

mantiene de momento un silencio informativo y no ha confirmado cuándo se produjo el intento de hackear el expediente médico de la princesa de Gales. Las notificaciones al ICO deben hacerse en el plazo de 72 horas, por lo que cabe suponer que el incidente se produjo esta misma semana.

Tampoco se ha hecho público si se ha identificado al supuesto infractor, si logró su propósito o si ha sido expedientado o despedido por el centro. La difusión de información médica sin la autorización del paciente y del personal responsable está considerada como una «ofensa criminal» en el Reino Unido.

La noticia fue adelantada el martes por la noche por el tabloide *The Daily Mirror* y se ha convertido en el último capítulo del así llamado *Kategate*, el misterio que rodea a la princesa de Gales al cabo de dos meses de su operación, alimentado por la falta de transparencia de la Casa Real y por la avalancha de teorías conspiratorias en las redes.

Un portavoz del Palacio de Kensington confirmó implícitamente el último suceso, alegando que se trata de «un asunto interno de The London Clinic». Kate Middleton fue informada de lo ocurrido y está al tanto de la investigación.

«Se trata de una grave falta de seguridad y de algo muy dañino para el hospital, dada la reputación sin tacha del centro médico con miembros de la familia real», declararon fuentes internas del hospital a *The Daily Mirror*.

«Todo el personal médico está conmocionado por lo ocurrido», declararon las mismas fuentes a *The London Clinic*. «Están muy afectados por el hecho de que un colega de confianza pueda ser responsable de semejante ruptura de la confianza y de la ética médica». Kate Middleton fue operada en el hospi-

plasia benigna de próstata y abandonó el centro hospitalario por su propio pie y en compañía de la reina Camila.

Días después, el monarca hizo público su diagnóstico de cáncer y anunció su decisión de suspender sus actos públicos mientras dura el tratamiento. El Palacio de Buckingham no ha especificado qué tipo de cáncer tiene el rey. El intento de hackear el historial de Kate Middle-

The London Clinic no ha confirmado la fecha del intento de robo de datos

No es el primer caso de estas características entre los 'royals'

ton ha disparado también las alarmas sobre la privacidad médica del rey.

El abogado David Sherborne, que defiende a cientos de querellantes por *hackeo* e invasión de privacidad, incluido el príncipe Harry, sacó a la luz en una vista preliminar del caso *The Sun* el mensaje de un gerente del popular rotativo en el que se refería específicamente «a la obtención de los expedientes médicos de un miembro de la familia real que iba a tener una histerectomía» (la identidad de la paciente *royal* se mantuvo en el anonimato).

Este y otros casos se han resuelto sin llegar a juicio, con el desembolso global de unos 1.200 millones de euros en indemnizaciones abonadas a las víctimas por parte de la editora de *The Sun*, News UK. El diario no ha reconocido su responsa-

'BLAGGING' DE PARTES MÉDICAS, UNA PRÁCTICA ILÍCITA PERO HABITUAL

El acceso a informes clínicos privados de famosos y celebridades con medios ilícitos es una práctica con mucho rodaje en Reino Unido. Esta técnica fraudulenta se conoce como 'blagger' y se ejecuta por lo general usurpando la identidad de la víctima para solicitar y obtener resultados de analíticas, conclusiones de especialistas y otros informes médicos. Entre las celebridades afectadas están el cantante Elton John y la actriz Sadie Frost, que denunció a una «investigadora privada conocida por su habilidad para robar expedientes médicos confidenciales» como la presunta fuente de noticias publicadas por el *'Mail'* sobre su salud mental. Elton John denunció la «deliberada invasión» del mismo medio de informes clínicos sobre su salud y «detalles en torno al nacimiento» de su hijo Zachary. Los analistas sugieren que será difícil vender los partes confidenciales que The London Clinic tiene de Kate, pero, de obtener detalles sobre la salud de la princesa o del rey Carlos II, los tabloides podrían justificar su publicación en el interés público y el derecho de la población a ser informada de aspectos cruciales para el presente y el futuro de la monarquía. / M. SIERRA

tal privado el 16 de enero y permaneció ingresada durante 14 días en la fase postoperatoria, lo que desató ya de entrada todo tipo de especulaciones. La princesa de Gales no fue fotografiada a la salida del hospital, en contraste con el rey Carlos III, que fue operado de una hiper-

bilidad jurídica en los supuestos delitos y las querellas continúan. *The Daily Mail* defiende actualmente una demanda similar —obtención de información confidencial recurriendo a la delincuencia— que interpuso un grupo de personalidades célebres en octubre de 2022.

YO DONA PAPEL

LA 'ADICCIÓN' POR LA INFELICIDAD

Mujeres El malestar emocional, la carga mental y el estrés son algunos factores de riesgo que las conducen a consumir alcohol y psicofármacos. Las entidades especializadas en adicciones ponen el foco en este perfil femenino y señalan el peligro que suponen estos hábitos, muy normalizados socialmente

Por Mar Muñiz Fotografía Araba Press

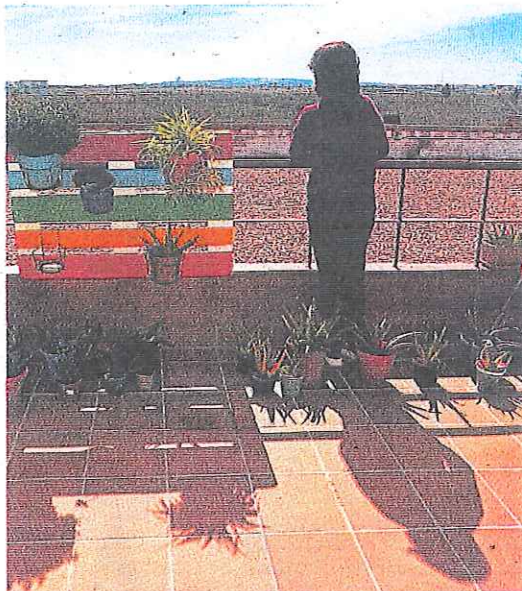
Ni María se llama María ni acostumbra a ir de espaldas por la vida. Quiere proteger su identidad y por eso oculta su fachada. A cambio, nos abre con generosidad la puerta de su biografía, sin escatimar en las miserias que la han llevado, a sus 50 años, a ingresar en un centro de Proyecto Hombre. Su historia contiene soledad, dos duelos familiares, un matrimonio infeliz y demasiadas pastillas, alcohol y cocaína. Se agarró a estos clavos ardiendo para tirar con la desazón del día a día, un asidero peligroso, pero asidero al fin y al cabo. Muchos usarán las drogas para irse de farra cada noche, pero nunca ha sido su caso.

María responde a un perfil de consumidor que no es nuevo, pero que ya tiene la suficiente entidad como para recibir el foco de organizaciones especializadas en adicciones: hablamos de mujeres de mediana edad ajenas a la marginalidad, con vidas normales, que bien podrían ser la vecina del 5º o su compañera de zumba. Para afrontar cada día y tirar con todo, abusan del alcohol y de los psicofármacos, normalizando su consumo y, sobre todo, despojándolo del riesgo que supone. Hasta que la madeja se va enrollando —que pasará— y asoma el abismo.

Su padre murió cuando era niña y, desde entonces, María se recuerda sola. A los 30 tuvo un ataque de ansiedad y llegó la primera receta de pastillas, un consumo sostenido que solo interrumpió en su embarazo. Hace seis años, inmersa en un matrimonio fracasado, llegó otra muerte, la de su hermano, y se derrumbó. «Me junté con gente tóxica y decidí probar», admite.

María, en rehabilitación: "Llevaba una doble vida. Mi marido no se enteraba y yo consumía a escondidas, en casa"

Y pasó lo de la madeja. Dejó de trabajar y delegaba en otros el cuidado de su hijo de 10 años, por aquel entonces. Un día María quiso quitarse «de en medio con 50 o 60 pastillas, una botella de vino y un gramo de cocaína». La intención era morirse, pero a la mañana siguiente despertó. «Creo que solo quería llamar la atención, pero estoy viva de milagro». El verano pasado decidió ingresar en una comunidad terapéutica femenina de Proyecto Hombre. Llegó triste, arrastrando la culpa de dejar fuera a su hijo adolescente y a su madre anciana. Había pelado la hucha del primero,



la cuenta de la segunda y la suya propia. «A principio llevaba una doble vida. Mi marido no se enteraba y consumía a escondidas, en casa, para que nadie me viese, pero el niño notaba que me pasaba algo», cuenta.

En marzo, aprovechando la estela del 8M, entidades como Proyecto Hombre y la UNAD (Red de Atención a las Adicciones) han lanzado campañas (#Mujeres-ConProyecto y No te pierdas. Pon el foco, respectivamente) para denunciar el doble estigma social que sufren las mujeres adictas. Se ocultan y tardan 10 años más que ellos en pedir ayuda y acceder a los recursos. Y cuando llegan, lo hacen al borde de todo, como María. También explican que según los informes del Plan Nacional Sobre Drogas, las mujeres solo superan a los hombres en un consumo concreto: los hipnosedantes, o sea, las pastillas para la ansiedad y el insomnio, léase, el loracepam y compañía. La encuesta Edades, del Ministerio de Sanidad, dice que el 16% de las mujeres de entre 15 y 64 años los consume, frente al 10,3% de los hombres.

Ana Macías es directora técnica de Programas de Prevención y tratamiento en Fundación Aldaba-Proyecto Hombre Valladolid: «El nido vacío, la soledad, la infelicidad, el estrés, los malestares emocionales, el trabajo, el cansancio físico y la carga mental son para las mujeres factores de riesgo de consumo de alcohol, psicofármacos y otras drogas como forma mal entendida de «evasión». Es decir, no son hábitos asociados a la fiesta, sino a los problemas.

En el centro, para María empezaron las rutinas, el orden, levantarse a las 7 de la mañana, las

cinco comidas al día, las terapias, las confesiones, la convivencia. «Cuando llegué estuve 15 días sin hablar con nadie. En la habitación que me tocó, me asignaron la litera de arriba. Casi no podía subir». Ya no toma benzodiacepinas (muy recetadas como ansiolítico, para dormir, para superar malas rachas, etc.) y aspira a dejar también su media pastilla de

antidepresivo. Ahora ya vuelve a casa de su madre los fines de semana (se separó), hace ejercicio, come verdura y se ha quitado 10 kilos de encima. «Me siento rejuvenecida. Tengo ganas de vivir», dice, y en sus palabras se desliza la inevitable ilusión.

Quiere sacarse el carné de conducir y trabajar, aunque no en hostelería, como ha hecho alguna vez antes («Demasiado peligroso»), sino en una conservera agrícola. Ha tenido la suerte de no recaer, ese fantasma que siempre acompaña a un adicto: «Cuando salga, no puedo mantener el contacto con otras compañeras del centro. Es arriesgado». En sus planes de futuro está su hijo, cómo no: «Va a cumplir 16. Antes quería ser informático, pero por mí, quiere hacer Psicología».

Ana Macías explica que este perfil de adicta «tarda en pedir ayuda porque los mandatos sociales dicen que la mujer es cuidadora y sus necesidades se quedan siempre a la cola». El miedo a perder las custodias de los niños y los estigmas de género, que vinculan los consumos en mujeres a la promiscuidad sexual y a los conceptos de mala madre, mala hija y mala esposa, las mantienen aún más invisibles: «Por eso son necesarios recursos específicos donde ellas estén bien y podamos ofrecer un enfoque biopsicosocial adaptado a la mujer», concluye.



SI QUIERES PUEDES PRACTICAR DEPORTE ADAPTADO INCLUSIVO CON FUNDACIÓN TAMBIÉN

FUNDACIÓN TAMBIÉN
www.tambien.org

91 384 50 09

ANUNCIOS OFICIALES EL MUNDO

BORME, BOE, BOCM, PRENSA

Convocatoria Juntas, Reducciones de Capital, Fusiones, Transformaciones de sociedades, etc.

Tel: 91 571 20 89
publicidadaviso@gmail.com

SÉ UN HÉROE ANÓNIMO

CRÉATE UN HÁBITO SOCIAL

DONAR SANGRE

SALVAR VIDAS

Cruz Roja Española
Centros de Transfusión

MINISTERIO DE TRANSPORTES Y MOVILIDAD SOSTENIBLE
AUTORIDAD PORTUARIA DE ALMERÍA

La Autoridad Portuaria de Almería convoca pruebas selectivas para la contratación de UNA (1) plaza de la ocupación TÉCNICO/A DE SEGURIDAD, (Grupo II, Banda II, Nivel 7) de personal laboral fijo sujeto a convenio por el procedimiento de concurso-oposición.

Las bases de la convocatoria y la solicitud de admisión se encuentran a disposición de los aspirantes en la web de la Autoridad Portuaria de Almería, www.apalmeria.com, y en el tablón de anuncios de la Entidad.

El plazo de presentación de solicitudes finaliza el día 17 de abril de 2024.

María, en la terraza del centro de Proyecto Hombre, en Alicante.

CASTILLA Y LEÓN

Encausado el ex gerente de Medina por encubrir abusos de un médico a pacientes

● La jueza también encausa a la ex directora médica y a la ex responsable de Preventiva del hospital porque sus actos podrían constituir «un delito de omisión del deber de impedir determinados delitos» por tocamientos a mujeres, entre ellas una niña

ALICIA CALVO VALLADOLID

El silencio y la inacción en el caso de las denuncias de abusos a pacientes por parte de un traumatólogo del hospital de Medina llegan al tribunal. El Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 1 de Medina del Campo encausa a tres cargos del centro hospitalario, el ex gerente José Manuel Vicente, la ex directora médica, Laura Gil, y la ex responsable de Medicina Preventiva y Salud Pública, Carmen Viñas, «por desoír las denuncias y quejas de varios sanitarios contra un traumatólogo por supuestos tocamientos a varias pacientes, al menos una de ellas menor de edad, una niña de apenas 10 años. La jueza considera que la actuación de estos tres facultativos «podría ser constitutiva de un delito de omisión del deber de impedir determinados delitos».

El traumatólogo en cuestión, Alfonso Díez, murió en un accidente dos días después (en junio de 2021) de que 26 sanitarios denunciaran en una carta su conducta inapropiada de índole sexual hacia compañeras y pacientes. Hubo quejas verbales, según recoge el auto judicial, de que este traumatólogo habría realizado tocamientos a varias pacientes sin que nadie tomara cartas en el asunto, además de una denuncia escrita por un sistema interno de Sacyl, en la etapa en la que la Consejería de Sanidad estaba dirigida por Verónica Casado.

La magistrada ha dictado el auto por el que transforma las diligencias previas en procedimiento abreviado y da trámite a las partes para que soliciten la apertura de juicio oral y presenten sus escritos de acusación en los que han de concretar el delito o delitos de los que acusan a los investigados y la pena que solicitan para ellos. En esta fase procesal también pueden pedir el archivo de la causa y, excepcionalmente, solicitar la práctica de nuevas diligencias, tal y como informa el TSJ en un comunicado remitido a los medios de co-



Interior del Hospital de Medina del Campo. E.M.

municación.

En su resolución, la instructora considera que «de modo indiciario y sin ánimo o valor de prejuicio», la actuación atribuida a quienes en el momento de los hechos eran el director del hospital, la directora médica y la responsable de Preventiva, «podría ser constitutiva de un delito de omisión del deber de impedir determinados delitos». Según se recoge en el auto, «los tres médicos fueron informados verbalmente de las quejas contra el traumatólogo, ya fallecido, por la supervisora de enfermería de quirófano, pero no habiendo observado incidente alguno y, a falta de documentación escrita sobre ello, se abstuvieron de actuación alguna».

«También habrían desoído la petición de esta sanitaria en 2019, cuando la denuncia por el supuesto comportamiento inadecuado del traumatólogo con la menor se registró por escrito en el SISNOT, el sistema interno de notificación de incidentes sin daño en los centros del Servicio Regional de Salud de Castilla y León». En esa denuncia, tal como recogió este diario, la enfermera relató que este traumatólogo tocó de manera ina-

propia a una niña de 10 años: «El doctor no se separaba de la paciente de 10 años y realizaba tocamientos indecorosos».

La sanitaria denunció el 30 de septiembre de 2019 en un sistema interno ese episodio, se negó a volver a trabajar con él «para no ser cómplice de abusos», y solicitó «una solución a la mayor celeridad posible», pero no se investigó. Aseguraba que el traumatólogo había «realizado tocamientos» a la menor mientras estaba en la mesa de quirófano. Reflejó por escrito que observó «movimientos por debajo del campo quirúrgico» efectuados por Alfonso Díez, y explicó que ella se habría «tratado de poner en medio para impedir el acceso a la menor».

La jueza acuerda el archivo de la causa respecto a otros dos facultativos que también fueron denunciados por la Fiscalía, el entonces jefe de Traumatología y un facultativo del servicio de Anestesiología.

La inspección dio carpetazo

La Fiscalía de Valladolid cargó hace ya tres años contra la inspección de Sacyl por dar carpetazo al caso: «No se hizo nada», defendió el ministerio público, que instó a que se investiga-

ra judicialmente la falta de remisión de la denuncia de una enfermera que aseguró que un traumatólogo tocó a una niña en quirófano. La Fiscalía emprendió el camino de denunciar a la dirección del centro hospitalario tras el hallazgo por un inspector de Sanidad de la alerta interna sobre posibles abusos sexuales. Una denuncia que no llegó a oídos de ninguna autoridad policial ni judicial. La acusación pública entendió «necesario que se investigue judicialmente la falta de remisión, a la propia Fiscalía o al juzgado, de la comunicación reflejada en el sistema del hospital el 30 de septiembre de 2019».

La fiscal jefe de Valladolid remitió al juzgado una denuncia de 5 folios, con fecha del 2 de noviembre de 2021, en los que reflejó que «se habrían podido evitar graves hechos». Afirmó que de la denuncia de 2019 «tenía conocimiento el gerente [José Manuel Vicente] pese a que lo niegue».

La inspección de Sanidad inició el viernes 4 de junio de 2021, bajo el mandato de Casado al frente de la Consejería, una información reservada el día después de que el traumatólogo falleciera en un accidente de tráfico y esta se cerró con la conclusión de que el enton-

ces gerente, el dimitido José Manuel Vicente (ahora encausado) y los jefes de servicio «actuaron con diligencia». El inspector rechazó abrir «un expediente disciplinario» y estimó «el sobreseimiento de las actuaciones».

Cuando el caso saltó a los medios de comunicación, después del fallecimiento del traumatólogo acusado por 26 compañeros en un escrito, al menos dos mujeres relataron a Fiscalía que habían sido víctimas de Alfonso Díez. «Pue más allá de lo propio de la lesión que padecía», contó una paciente, que aseguró que se había quedado «paralizada» y fue «incapaz de reaccionar» tras una exploración del médico. Otra denunció en junio dos episodios de 2019.

Un escrito de 26 sanitarios puso en la picota al traumatólogo especialista en ortopedia infantil que 48 horas después se mató en un accidente en una recta de la N-601. El martes 1 de junio de 2021, 26 compañeros del médico señalado, que tenía 53 años cuando falleció en la carretera, presentaron a la dirección del centro un escrito alertando de conductas reprobables como tocamientos a compañeras y pacientes. Unos hechos, eso sí, que se remontarían «años atrás», y una conducta que aseguraban «que era conocida» por quienes compartían quirófano o dependencias sanitarias con este médico que llevaba más de un decenio trabajando allí. Sin embargo, sobre este traumatólogo no pesó ninguna denuncia ni en un juzgado ni en una comisaría, sólo un expediente después de muerto al que no pudo hacer frente. Ahora se abre un procedimiento judicial que determinará responsabilidades de quienes habrían sido informados de las quejas y no hicieron nada.

Cronología de un escándalo

Los hechos, los que algunos dicen que eran 'vox populi' en el hospital de Medina, no trascienden a la esfera pública hasta el escrito presentado a la Fiscalía.

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO

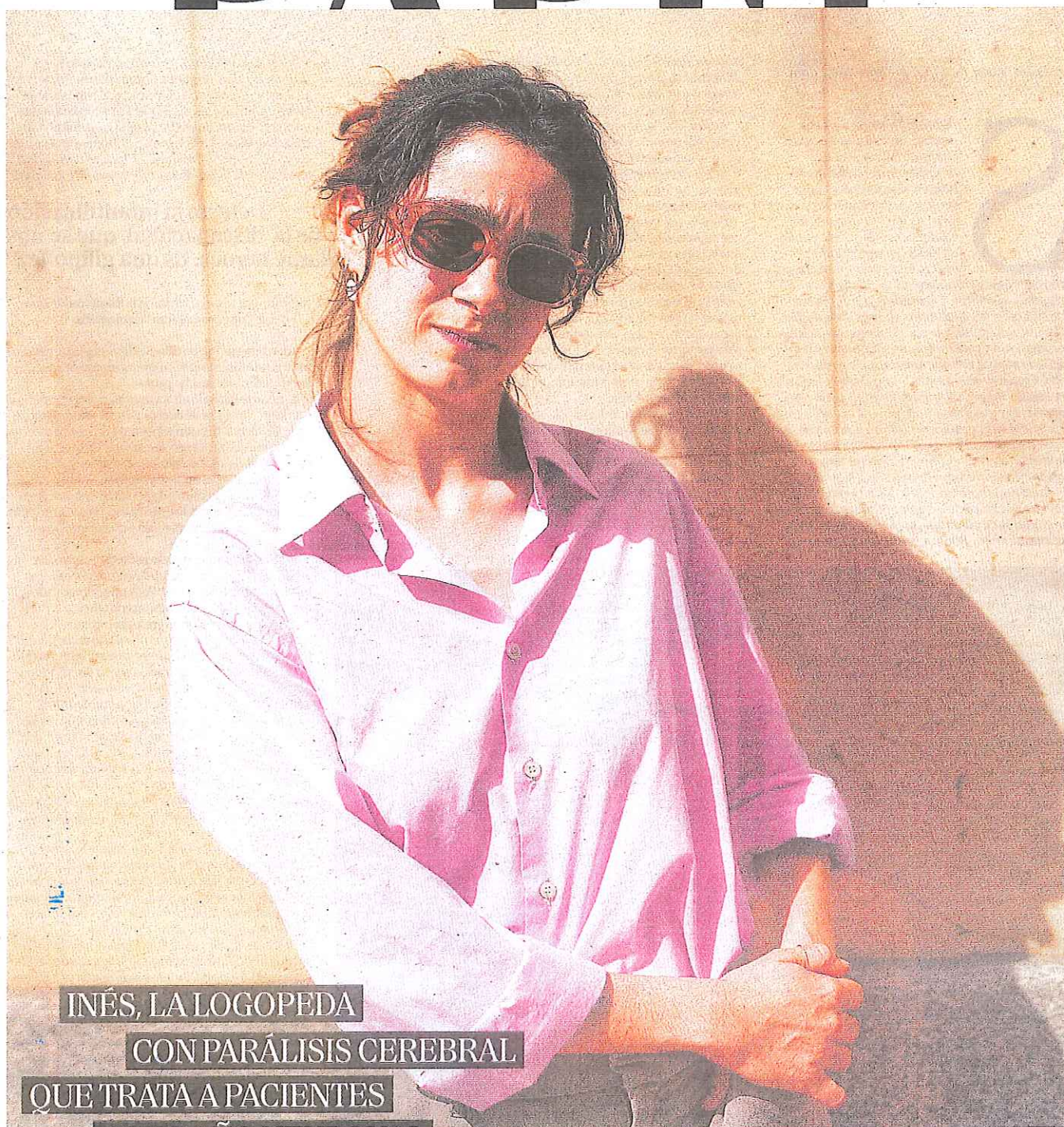


MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosco

La revista diaria de EL MUNDO. Sábado, 23 de marzo 2024

PAPEI



INÉS, LA LOGOPEDA
CON PARÁLISIS CEREBRAL
QUE TRATA A PACIENTES
CON DAÑO NEURONAL

Desde que hace un mes colgara un vídeo en TikTok mostrando su vida para normalizar la discapacidad, la joven suma millones de visualizaciones.

Por Pedro Simón. Fotografía de Javier Barbancho

"AL PRÓXIMO
QUE ME LLAME CAMPEONA
LO APUÑALO"

PAPEL | EN PORTADA

Por Pedro Simón. Fotografía de Javier Barbancho

Se llama Inés Rodríguez, tiene parálisis cerebral y no descartan que a esta misma hora esté acuchillando a una anciana de buen corazón en una acera. Lo cuenta en un vídeo que grabó hace un mes y que va camino de los cinco millones de visualizaciones en TikTok. Lo reproducimos íntegramente para que se entienda todo bien: «A la próxima persona que me llame campeona, la apuñalo. Y tú me dirás: ¿Qué?». Pues te cuento. Si no te has dado cuenta, yo tengo discapacidad. Entonces, más habitualmente de lo que puedas imaginar, me pasa que voy por la calle o por redes sociales y viene alguien y me dice: 'Eres una campeona'. Tú puedes con todo. 'Eres un ejemplo a seguir'. A tope contigo... Y, claro, yo soy alguien que puede llegar a comprender que la vida es una mierda y que, si tú ves a una persona que está a punto de caerse al suelo, pero tira 'palante', a ti te dé energía para seguir con lo tuyo... Pero es que yo intento ser una persona funcional y vivir mi vida. Entonces, que me llames campeona, pues me toca un poco el coño, la verdad... Entiendo que lo haces desde tu buena intención. Y yo te voy a dar las gracias, porque consumo menos energía dándote las gracias que explicándote por qué no me gusta lo que me estás diciendo... Pero es que estoy harta. Y yo no sé si

hablo en nombre de la comunidad de personas con discapacidad, que creo que sí, pero no estoy segura. Igual a alguien le encanta que le feliciten por existir. Pero yo no soy esa persona. Entonces, porfa, para. Gracias».

Así que, si se la cruzan por la acera, si la reconocen por la calle después de este reportaje, llámenla «bipe-da» o «contribuyente», pero nunca «campeona». Díganle «todos somos contingentes» o «parece que va a llover», pero ni se les ocurra arriesgar con un «tú puedes con todo».

Porque, para empezar—como casi todos los jóvenes de su edad—, estira un poco las sábanas y cree que con eso ya vale: «Hacer la cama es una pérdida de tiempo». Porque, para continuar—como casi todos los de su edad—, sabe lo que da de sí una noche con amigas: «Cuando salgo de marcha, veo que el alcohol mejora mi psicomotricidad. El primer chupito me lo tienen que dar y el tercero ya me lo tomo yo». Porque, para terminar—como casi todos—, se aprovecha de mamá y de papá: «Cada vez que vuelvo a casa, mis padres me tratan como a una niña de ocho años y yo, digamos, les dejo hacer...».

Antes de la chica viral del TikTok, está la logopeda que trabaja con personas con daño cerebral.

Antes de la logopeda, está la estudiante de siete y ochos que una sola vez le tuvo que parar los pies a alguien: «Me imitaba para burlarse y le tuve que decir que vaya mierda de imitación era esa, que se currase más la imitación... Conmigo, tonterías las justas».

Antes de la chica del instituto, está una infancia «normal y feliz».

Inés Rodríguez, logopeda, el pasado miércoles en Madrid.



Antes de la niña, está el bebé que acaba de nacer. Empezamos justo ahí. Inés acaba de venir al mundo en Tenerife hace 24 años. En el parto, el bebé sufre un problema de falta de oxígeno: se llama hipoxia perinatal. Su cerebro recibe un daño importante. Entre dos y tres millones de neuronas motoras (las que tienen que ver con la movilidad) mueren por falta de riego sanguíneo. Nace esta mujer—inteligente y divertida; guarda el

“Detesto la infantilización de la discapacidad, que se nos llame héroes. Es una gilipollez”

cuchillo—que te va a apuñalar si la llamas campeona. Y desde entonces empieza la remontada.

(...)
«Yo tengo una flor en culo. Siempre digo que toda la mala suerte mía se agota en ese momento de nacer. Podría haber sido mucho peor».

Si están esperando ahora unos párrafos donde suene un violín y se dé cuenta de una infancia complicada, olvidense. Si están esperando una adolescencia con escenas de acoso escolar, menos. Lo que cuenta Inés—eso sí—es que recibió «mucho amor y dedicación» de sus padres (maestra jubilada, ella; maestro de cerrejería en un centro de personas con discapacidad intelectual, él) y que estos la estimularon de todas las maneras posibles, «pero sin pasarse tampoco, sin agobiarme con cosas, eh».

«Viví algunas tonterías, eso es verdad, pero nada achacable a mi discapacidad. Tuve mucha suerte con mi entorno y con mi actitud. Porque te habrás dado cuenta que yo falta de autoestima no tengo...».

Nada más que refiere un episodio escolar que le molestó. Fue en el instituto, al hilo de las notas de Francés. Una alumna iba por ahí diciendo que a Inés le habían puesto mejor calificación por su discapacidad. Aquello llegó a oídos de nuestra protagonista y ella salió, así, como sale ella a decir las cosas. Sin filtro.

«Me dolió porque una amiga lo sabía y no me lo contó. Así que me levanté en medio de la clase, dije que quería hablar, me dejaron, y allí, a la cara, aclaré que tenía más nivel que ella y que me merecía esa nota, aunque me costase pronunciar. Hablé y hablé. Y acabé con que si alguien tenía algún pensamiento más al respecto, los discutamos en ese momento». Tema zanjado.

Inés—que también formó parte de la selección española de natación de personas con parálisis cerebral— aprobó su Selectividad y tenía nota para estudiar Psicología, que es lo que quería, pero entenderán que se le olvidase hacer la matrícula (los padres con adolescentes tienen documentados casos así).

Entonces, la chica que había agotado toda su mala suerte en el momento de nacer tuvo la potra de hacer la carrera de Logopedia. Y menos mal, cuenta hoy. Porque ama lo que hace, porque trabaja con pacientes con lesiones neuronales, gentes que a veces funciona como un espejo, que le recuerdan a ella, que le dan sentido.

Dice en un vídeo en TikTok: «No eres la primera ni la última persona que me confunde con una paciente [echa el café en una taza, le tiembla mano, está a punto de derramarlo a causa de la espasticidad]. Así que, si yo puedo ser logopeda, tú puedes ser lo que quieras».

(...)
En una de sus grabaciones aparece pintándose las uñas y se sale constantemente y le da lo mismo y eso es hermoso.

En otra de las grabaciones, sale caminando por la calle con su dificultad a la vista, ya es viral nuestra tiktokera (*inusu_al* es su nombre de usuario), la gente la reconoce y ella dice que no lo comprende... «si llevo gafas de sol».

En otra, baila, golpea la lámpara sin querer y uno tiene la sensación de que está a punto de caerse, pero qué va.

En otra, se prepara el desayuno: una amalgama sospechosa de yogur, crema de cacahuete y cereales que tiene un aspecto horrible. Comenta: «¿Tiene buena

pinta? Pues no mucho, pero la vida a veces tampoco tiene buena pinta y luego está guay».

—¿Por qué empezaste a hacer vídeos?

—Porque me gusta hablar y exponerme —no puede ser más sincera.

El primero lo colgó cuando debutó en el mercado laboral con 22 años en una pequeña clínica de Navarra. Cuando llegó allí procedente de Granada, donde anduvo haciendo un master sobre daño cerebral, estaba «amargada» —dice— y aquel era su «único entretenimiento». Pasaron sin pena ni gloria.

Hasta que volvemos al comienzo de este reportaje, ponemos de nuevo el vídeo donde amenaza con apuñalar a los buenistas que le dicen que ella puede con todo y, desde finales de febrero, la popularidad.

Su cuenta crece y crece y ya va por los 141.000 seguidores. Le piden entrevistas. Tiene ofertas para colaborar con marcas. Para hacer de modelo. Hoy ha quedado con los dueños de un moderno hotel (ni idea de lo que le van a proponer). «Hay hasta hombres que me dicen que soy muy guapa, eso es algo que me fascina... Lo de los hombres».

«Con los vídeos trato de normalizar nuestras vidas. Detesto la infantilización de la discapacidad, la heroización, palabra que no existe, creo, pero con la que quiero decir que no nos pueden tratar como héroes. Porque eso es una gilipollez... Todo el mundo tiene sus taritas. Solo que una de las mías (tengo más) es la cuestión motora. Y está a la vista».

«Entiendo que el hecho de que un problema más grande que el tuyo no invalide tu problema. Está bien que mi forma de ser te inspire, pero no me pares por la calle y me lo digas, no tienes derecho a hacerlo. Porque tú también tienes una tara como yo. La única diferencia es que yo no puedo ver tu tara y la mía está a la vista».

(...)

Por lo demás, su historia seguro que les suena. La de una chica muy preparada que, desde octubre, comparte piso con otras cuatro personas en Madrid porque no hay otro modo de vivir en esta ciudad si eres joven.

Ejerce como logopeda en una residencia y centro de día con adultos con daño cerebral, la mayoría a causa de un ictus, pero también por culpa de tumores o de traumatismos. Con ellos trabaja la comunicación (la afasia y la disartria) y la deglución.

«Es como si mis pacientes y yo estuviéramos en el mismo barco. Creo que ellos también lo sienten así. Que nos tratamos sin condescendencia, que me ven y piensan: esta tía me entiende».

—¿Te consideras de cristal? Por lo de la generación, digo...

—¿Generación de cristal, dices? Hemos vivido una crisis constante desde que nacimos... Estudiamos y casi nadie trabaja en lo suyo... Hemos sufrido un terremoto tecnológico... ¿Qué coño quieres de mí? Soy un producto de ti. No es que seamos de cristal, es que exigimos condiciones de vida que sean razonables... Además, ¿cómo quieres que estemos nosotros si los que nos preceden no han ido a un psicólogo en su vida?

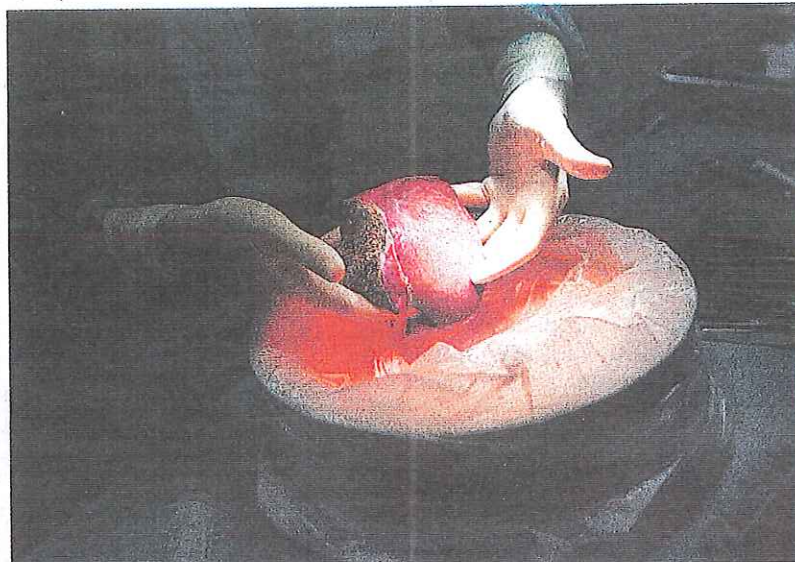
“Igual a alguien le encanta que le feliciten por existir, pero yo no soy esa”, dice Inés, que nació con daño cerebral

Una de cada 500 personas tiene parálisis cerebral en España: son 120.000 en total. Podría ser una cifra. Pero qué tendrá Inés.

«Ayer, una profesora de una niña con discapacidad de 13 años me contó que esta estaba triste porque no sabía qué hacer con su vida. Y que entonces le enseñó un par de vídeos míos y que esa niña se animó muchísimo, y que le cambió el rollo. Ese tipo de cosas sí que me hacen ilusión», nos cuenta la chica mientras se agarra la pierna que tiene recogida y doblada sobre la silla, mientras hace ruido con la pajita al sorber su café con leche, mientras mira el móvil por tercera vez durante la entrevista.

Y concluye: «Eso sí que está guay».

Un momento de la operación a un menor de un trasplante hepático en un hospital madrileño.
ALBERTO DI LOLLI



“NO HAY DONANTES PERFECTOS, POR ESO HAY QUE INNOVAR”

Futuro. Desde la ONT son conscientes de que todos los avances son pocos para cubrir las necesidades de los pacientes. “Pero hay que elegir bien a quien sometemos a cada nueva técnica”, precisa Beatriz Domínguez-Gil

Por Pilar Pérez (Toledo)

Lo ideal sería tener donantes perfectos, no tenemos órganos a la carta. Y por eso surgen nuevas posibilidades», apunta la directora de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), Beatriz Domínguez-Gil. No hay fórmula mágica, pero el objetivo de la ONT es dar una solución individual a cada paciente que requiere un trasplante de órgano vital. Con esto «se podría aumentar el pool de donantes y de receptores. En muchos casos se trata de técnicas en las que no se habría pensado», explica Domínguez-Gil.

Aquí, se va más allá del xenotrasplante. El repaso al presente y futuro de los trasplantes que tiene lugar durante la XIX Reunión nacional de coordinadores de trasplantes y profesionales de la comunicación coincide en el tiempo con el anuncio de uno de los últimos hitos en la materia: un grupo de cirujanos de EEUU trasplantan por primera vez un riñón de cerdo genéticamente modificado a un paciente vivo.

Sobre esta posibilidad, la directora de la ONT se muestra crítica y reticente sobre cuándo y a quién se le ha de ofertar esta opción. «El principal cuestionamiento es el relativo a qué criterios tiene que cumplir para optar a un xenotrasplante frente a una terapia consolidada y con muy buenos resultados como es el trasplante convencional, el trasplante de humano». Y añade que todavía hay «muchas dudas de la eficacia y la seguridad a corto, medio y largo plazo» de estos procedimientos.

En estas jornadas, se ha abordado desde distintos ángulos cómo innovar en una materia en la que España es líder y pionera en muchos aspectos. La revolución vendrá de las posibilidades que se abren con la inteligencia artificial y su papel en la asignación de órganos para trasplante, los roles de los organoides y su potencial regenerativo o las células modificadas genéticamente para tratar lesiones medulares. «Pero hay que elegir bien a quien sometemos a cada nueva técnica», precisa Domínguez-Gil.

España ha arrancado 2024 con un nuevo máximo de trasplantes realizados, un total de 1.043. Esto supone un 13% más que los dos primeros meses de 2023, cuando ya encadenó su trigésimo segundo récord mundial. Por eso, la directora de la ONT se muestra optimista cree que en 2024 se podrá superar la cifra de los 6.000.

Llegar a ella pasa por apostar por programas de donación que busquen soluciones más allá de las actuales, como donantes procedentes de asistolia, de vivo, de pacientes que hayan pasado una enfermedad tumoral o deterioro neurológico, como la ELA. Mario Royo-Villanova, coordinador de trasplantes del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, contó cómo nació esta experiencia. «Fue a raíz del caso del padre de un oncólogo que desarrolló un tumor, pero quería donar sus órganos». Esto supuso el inicio de una tesis y un protocolo en la comunidad murciana que se intentará llevar a nivel nacional.

Los organoides y su futuro rol lo abordó Nuria Montserrat, jefa de grupo en el Instituto de Bioingeniería de Cataluña. «Aún estamos en los inicios», precisó. «Pero damos pasos importantes para conocer más la biología del desarrollo de los órganos de cara a poder generar sustitutos».

La directora de la ONT también puso el punto de mira en cómo ofrecer órganos a los pacientes hiperinmunizados. Aquellas personas que tienen una gran cantidad de anticuerpos, a veces el 100%, que provoca el rechazo de cualquier trasplante. Ignacio Revuelta, del Servicio de Nefrología del Hospital Clínic de Barcelona, enumeró una serie de opciones que cuyo fin es «engañar al cuerpo para eliminar los anticuerpos y poder hacer el trasplante».

SALUD BUCODENTAL

OBJETIVO: UNA BOCA SANA PARA TODA LA VIDA

Una mala salud bucodental puede derivar en patologías pulmonares, riesgo de infarto y dificultades para el control de la diabetes

REDACCIÓN / SORIA

Las enfermedades bucodentales afectan a más de 3.500 millones de personas. Para concienciar sobre la importancia de mantener unos adecuados hábitos de salud oral, la Junta Provincial de Soria del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región se ha unido a la campaña 'Boca sana toda la vida', puesta en marcha por el Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española (FDE) con motivo de la celebración del Día Mundial de la Salud Oral el pasado 20 de marzo.

El presidente de Dentistas de Soria, Camilo Sáinz, asegura que es importante conseguir hábitos de salud oral desde la infancia y no olvidar la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas mayores. «El compromiso de los Colegios Profesionales es lograr que las personas mayores de 80 años mejoren su masticación, fonación y sus sonrisas ante la vida».

En Soria, sus 44 dentistas repartidos en 22 clínicas están muy comprometidos e implicados en la salud oral y general de sus pacientes, tanto desde sus consultas privadas como desde las públicas. «Mirar y conservar los dientes para toda la vida es tarea de cada persona, padres y cuidadores, y los dentistas somos el apoyo necesario para alargar la vida de esos dientes».

En el plano nacional Camilo Sáinz pide un compromiso renovado y firme con el Plan de Salud Bucodental que conlleve recursos y contrataciones de dentistas en el sistema público para garantizar un acceso más amplio a los servicios odontológicos de calidad para todos los segmentos de la población. «Es necesario integrar la salud oral en nuestro catálogo de prestaciones sanitarias».

CUIDAR LA SALUD ORAL DESDE LA INFANCIA ES CRUCIAL

Desde el Colegio de Dentistas de la VIII Región, en la que, además de Soria, se encuentran los colegiados de Burgos, Palencia, Valladolid y Zamora, insisten en que una deficiente salud bucodental puede derivar en enfermedades sistémicas, como patologías pulmonares o renales, riesgo de infarto de miocardio, dificultades en el control de la diabetes, provocar partos prematuros...

Entre las recomendaciones más eficientes para evitarlo se encuentra el cepillarse los dientes, al menos, dos veces al día durante dos minutos con un cepillo de dientes medio o suave, que hay que renovar cada tres meses, y utilizar seda o cepillo interdental todas las noches. También es necesario una revisión anual en el dentista a partir de un año de edad, usar dentífrico con flúor, seguir una dieta saludable, abstenerse de fumar y, en el caso de consumir alcohol, hacerlo con moderación.

ACCIONES PARA CONCIENCIAR. Para el Día Mundial de la Salud Oral se ha presentado el video 'Boca sana toda la vida', cuyo objetivo es, precisamente, concienciar a la población sobre la importancia de cuidar la salud oral desde la infancia hasta la madurez.

Además, se ha elaborado una guía interactiva con la que se abordan los principales aspectos de la salud oral en cada una de las etapas de la vida, dando consejos basados en la evidencia científica, para alcanzar una óptima salud bucodental a través de cien preguntas y respuestas.

Tras el éxito que tuvo en 2023, se ha puesto en marcha la segunda edición del concurso de fotos #YoVoyAlDentista. La dinámica es muy sencilla: los pacientes deben hacerse una fotografía con su dentista y/o el personal de la clínica dental y subirla a sus stories de Instagram etiquetando a la cuenta oficial del Consejo @consejodentistas, escribiendo el hashtag #YoVoyAlDentista. El concurso finaliza el 20 de abril de 2024 a las 23.59 horas.

El objetivo es acercar a los pacientes a las consultas dentales desde un punto de vista sanitario, pero también lúdico, transmitir cercanía, empatía y confianza entre el profesional y el paciente, fomentando las visitas a las consultas y, por lo tanto, mejorando la salud oral de la población.

PATOLOGÍA

25,5

es el tanto por ciento de los jóvenes adultos de España que presenta enfermedad periodontal, lo que supone aproximadamente unos tres millones de adultos de entre 30 y 50 años. De ellos, el ocho por ciento presenta esta patología de forma severa; un dato alarmante que hay que poner de relieve.

DENTADURA

11

es el promedio de dientes ausentes en los adultos mayores, de 65 a 74 años. Sólo el 45 por ciento tiene dentición funcional, es decir, 21 dientes o más en boca; y el 73 por ciento conserva todas las piezas dentales. De ahí la importancia de las campañas para incidir en la importancia de la salud bucodental.

II CONCURSO DE FOTOS

#YOVOYALDENTISTA

INSTRUCCIONES PARA PACIENTES Y DENTISTAS

1. Pide cita y hazte una foto con tu dentista y/o personal de la clínica.
2. Comparte la foto en tu historia de Instagram mencionando a @consejodentistas y usando el hashtag #YoVoyAlDentista. (Novedad: también pueden subir la foto al dentista y la propia clínica).
3. Sigue a @consejodentistas en Instagram. @

Participa hasta el 20 de abril de 2024

PREMIOS PARA LAS 3 FOTOS MÁS ORIGINALES.

iPhone 15 Pro
iPad Pro
iPad Air

code

DENTISTAS COLEGIADOS EN SORIA

Abdul-Razzak Carpintero, Fátima Aguilera Rodrigo, Alberto Aguilera Rodrigo, Belén Alonso Sánchez, M^a de las Mercedes Andrés Ramírez, Eva Argüelles Suárez, Sandra Delgado Gil, Lucía García Paniagua, Laura María García Pérez, Cristina García Yáñez, Cristina Golvano Tarancón, Cristina Gómez García, José Antonio Gómez Ruiz, Ricardo Gómez Soriano, Alberto Hernández Pérez, Paula

Hernández Vicente, Carlos Vicente Hernández Villanueva, Máximo Jiménez Astiasuizarra, Nagora Jiménez Cascante, Julián Jiménez Modrego, Luz Marina Jiménez Ruiz, Shella Kovalova, Natalia Lloret Segura, Osvaldo Francisco Martínez Rodríguez, Laura Moreno Torcal, José Moreno Torcal, Mercedes Muñoz Benito, Alfredo Nuño Pérez, Mónica Oñoro Samper, Cindy Liliana Ortega Álvarez, Vanessa

Palacios Belárroa, María Concepción Pascual Guillén, Andrés Pañuelas Calvo, Rafael José Pérez Mombiola, Bienvenido Poza Barrera, José Antonio Rodrigo Ortega, Miriam Rodrigo Ortega, Sonia Ruiz González, Verónica Ruiz Miranda, María Ruiz Ruiz, Pablo Sáinz Castro, Álvaro Sáinz Ruiz, Camilo Sanz Martínez, Virginia Yagüe Cortázar, Aitziber



SANIDAD | CONSEJO DE GOBIERNO

La vacuna de la bronquiolitis redujo un 78% las hospitalizaciones en lactantes

La Consejería de Sanidad aprueba tres millones de euros para la compra de 14.000 dosis para la campaña de este año, que arrancará en octubre e incluirá a todos los nacidos desde el 1 de abril

DAVID ALONSO / VALÁDOLID

La primera campaña de inmunización frente al virus respiratorio sincitial (VRS), comúnmente conocido como bronquiolitis, llevada a cabo en Castilla y León tuvo un notable impacto en la salud de los recién nacidos: un 78 por ciento menos de hospitalizaciones y un 92 menos de ingresos en UCI en caso de contagio. Unos buenos datos tras los que la Consejería de Sanidad prepara ya la campaña de este año, que arrancará en el mes de octubre y se extenderá hasta el 31 de marzo del 2025. En esta ocasión se incluirán a todos los recién nacidos desde el 1 de abril —la pasada campaña concluyó en marzo—, y la Junta ya ha aprobado por tres millones de euros la compra de 14.000 dosis del medicamento nirsevimab (anticuerpo monoclonal humanizado). El virus respiratorio sincitial es común en niños pequeños, de forma que más del 90 por ciento de ellos se ha infectado al cumplir los dos años, siendo responsable de una carga de enfermedad elevada en la infancia —la mayor se concentra en los menores de seis meses— y una sobrecarga asistencial tanto en atención primaria como en atención hospitalaria durante la temporada de circulación del virus. En general las infecciones ocurren en otoño, invierno o primavera, siendo las incidencias de hospitalización más altas entre los nacidos en otoño-invierno.

«El balance ha sido especialmente notorio, y nos anima a seguir por esta senda. Fue una campaña donde llegamos al 93 por ciento de los niños recién nacidos», señaló el portavoz de la Junta, Carlos Fernández Carriedo, durante la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno en la que se dio luz verde a la compra de estas vacunas. Tal y como destacó el también consejero de Economía, este esta primera campaña de inmunización se ha logrado disminuir un 78 por ciento las hospitalizaciones de lactantes contagiados de bronquiolitis, que pasó de 728 a 163, y en un 93 por ciento los ingresos en UCI, de 30 a dos.

Fernández Carriedo concluyó reseñando que para cumplir con el calendario oficial de vacunaciones e inmunizaciones en Castilla y León, la inversión en lo que va de año para la compra de las dosis ya supera los 20 millones de euros. «No será el último contrato para cumplir con el calendario de vacunaciones», remató el portavoz autonómico.



Imagen de un bebé antes de recibir la vacuna frente al virus respiratorio sincitial (VRS), comúnmente conocido como bronquiolitis. / OSCAR SOLORZANO

Oposición frontal al 'cupó' catalán: «Son más privilegios»

«No es tan grave seguramente el hecho de que lo proponga el presidente de la Generalitat sino el silencio del Gobierno de España ante esta posición y el hecho de que en los pactos para la investidura del actual presidente se haya recogido este tipo de cuestiones en algunos de ellos». El portavoz autonómico, Carlos Fernández Carriedo, quiso verbalizar el «frontal rechazo» del Ejecutivo autonómico a la propuesta lanzada desde

la Generalitat de Cataluña de ceder la recaudación del 100% de los impuestos a este territorio, que se haría también cargo del coste de los servicios, siguiendo el modelo del 'concierto' vasco y el convenio navarro. El titular de Economía y Hacienda volvió a reiterar el mantra que viene utilizando durante las últimas semanas y recordó que los impuestos los pagan los ciudadanos y no los territorios: «Es un debate de insolidaridad fiscal».

CyL reforzará la vigilancia de los precios agrícolas

Fernández Carriedo asumió la demanda de las organizaciones agrarias para «reforzar» el observatorio de precios y las políticas de la cadena alimentaria para vigilar los precios que reciben los productores de la Comunidad y los que se aplican a los consumidores castellanos y leoneses. No obstante, pidió al Gobierno que lo haga también en el conjunto del país, así como en las fronteras para garantizar la «igualdad de condiciones». Fernández Carriedo se-

ñaló que la Junta sólo puede actuar sobre la cadena alimentaria en el caso de los productos que se producen y comercializan en Castilla y León, por lo que a su juicio el «examen fundamental» sobre esta cuestión se tiene que llevar a cabo en el «ámbito nacional». De la misma forma, exigió al Gobierno que priorice los mecanismos para garantizar la «igualdad de condiciones» a los productos nacionales y los que entren por la frontera desde fuera de la UE.

Familia avanza en la eliminación del papel

La Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades duplicará las notificaciones automáticas para avanzar en la eliminación del papel y posibilitar una gestión más ágil. El Consejo de Gobierno de la Junta aprobó un gasto para contratar el servicio de notificaciones automatizadas que va funciona en la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, pero que ahora pretende duplicar su número extendiéndolo a más procedi-

mientos administrativos. Con un presupuesto de licitación de 391.863 euros para cuatro años, como informa la agencia Ical, esta cuantía se ha visto incrementada un 31,7 por ciento precisamente por el perseguido aumento de la cantidad de esta forma de comunicación electrónica. Si en los últimos 12 meses se realizaron 360.000 notificaciones telemáticas, en los doce próximos el objetivo es llegar a 620.000.

Píldora sin receta en EEUU

Norgestrel, el primer anticonceptivo oral aprobado para su uso en EEUU sin receta médica y que se comercializa con el nombre de Opill, salió a la venta el pasado lunes a través de Internet. Esas píldoras han de administrarse a la misma hora cada día y no deben usarse como anticonceptivo de emergencia. Según la FDA, usado de la forma indicada, Opill es hasta un 98 por ciento eficaz en la prevención del embarazo.



1,3

MILLONES DE PERSONAS mueren al año a causa de la tuberculosis, por lo que la OMS reclamó mayor inversión especialmente en programas de testeo y prevención, ya que podría beneficiar no solo la salud sino también la economía de los países.

ALIMENTACIÓN | UN PASO MÁS EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

AGENCIAS

Sobrevivir a largos períodos sin comida ha dado forma a la evolución humana. La historia muestra que en las sociedades antiguas y modernas, miles de millones de personas en todo el mundo practicaban el ayuno prolongado con fines religiosos y médicos. Actualmente, ha ganado popularidad como intervención para perder peso, lo que se conoce como ayuno intermitente, que alterna períodos sin comer con *ventanas horarias* donde alimentarse.

Un nuevo estudio, publicado en *Nature Metabolism*, avanza en la comprensión de lo que sucede en el cuerpo después de períodos prolongados sin comer, ya que todavía existe una comprensión muy limitada de las adaptaciones sistémicas en humanos a una restricción calórica extrema de diferentes duraciones.

Al identificar los posibles beneficios para la salud del ayuno y su base molecular subyacente, investigadores del Instituto de Investigación Universitaria Precisión Healthcare (Phuri) de la Universidad Queen Mary de Londres (Reino Unido) y la Escuela Noruega de Ciencias del Deporte proporcionan una *hoja de ruta* para futuras investigaciones que podrían conducir a intervenciones terapéuticas, incluso para personas que pueden beneficiarse del ayuno, pero que no pueden someterse a uno prolongado o a dietas que imitan el ayuno, como las dietas cetogénicas.

Durante el período de restricción, el cuerpo cambia su fuente y tipo de energía, pasando de las calorías consumidas a utilizar sus propias reservas de grasa. Sin embargo, más allá de este cambio en las fuentes de combustible, se sabe poco sobre cómo responde el

AYUNO EXTREMO: ¿CÓMO RESPONDE EL CUERPO A SIETE DÍAS SIN COMER?

El organismo empieza a experimentar cambios distintos en los niveles de proteínas después de unos tres días sin ingesta

cuerpo a períodos prolongados sin alimentos y los impactos que esto pueda tener en la salud, beneficiosos o adversos. Las nuevas técnicas que permiten a los investigadores medir miles de proteínas que circulan en la sangre brindan la oportunidad de estudiar sistemáticamente y con gran detalle las adaptaciones moleculares al ayuno en humanos.

Los investigadores siguieron a 12 voluntarios sanos (cinco mujeres, siete hombres) que participaron en un ayuno de siete días únicamente con agua. Lo primero que observaron es que este ayuno extremo condujo a una pérdida de peso promedio de 5,78 kilogramos - con una variación entre los participantes de 800 gramos aproximadamente -.

Por otro lado, demostraron nueve perfiles de respuesta proteómica distintos, con cambios sistémicos evidentes después del tercer día de restricción calórica completa. Los voluntarios fueron monitoreados de cerca diariamente para registrar los cambios en los niveles de alrededor de 3.000 proteí-

Un estudio apunta a sus beneficios, pero llegarían más tarde de lo que se pensaba

nas en la sangre antes, durante y después del ayuno. Al identificar qué proteínas están involucradas en la respuesta del cuerpo, podrían predecir los posibles resultados de salud del ayuno prolongado integrando información ge-

nética de estudios a gran escala. Como era de esperar, los investigadores observaron que el cuerpo cambiaba las fuentes de energía (de glucosa a grasa almacenada en el cuerpo) dentro de los primeros dos o tres días de ayuno. Los voluntarios perdieron tanto de masa grasa como de masa magra en esos más de cinco kilos. Y tres días después de acabar el ayuno, el peso perdido se mantuvo, mientras que la pérdida de masa magra se revirtió casi por completo, pero la masa grasa se mantuvo.

CAMBIO EN LOS ÓRGANOS. Por primera vez, los autores de la investigación observaron que el cuerpo experimentaba cambios distintos en los niveles de proteínas después de aproximadamente tres días de ayuno, lo que indicaba una respuesta de todo el cuerpo a la restricción calórica completa. En general, una de cada tres de las proteínas medidas cambió significativamente durante el ayuno en todos los órganos principales.

Estos cambios fueron consistentes

entre los voluntarios, pero hubo firmas distintivas del ayuno que iban más allá de la pérdida de peso, como cambios en las proteínas que forman la estructura de soporte de las neuronas en el cerebro.

«Por primera vez, podemos ver lo que sucede a nivel molecular en todo el cuerpo cuando ayunamos. Cuando se realiza de forma segura, es una intervención eficaz para perder peso. Las dietas populares que incorporan el ayuno (como el intermitente) afirman tener beneficios para la salud más allá de la pérdida de peso», señala Claudia Langenberg, directora del Instituto de Investigación Universitario de Salud de Precisión de Queen Mary (Phuri).

«Nuestros resultados proporcionan evidencia de los beneficios del ayuno para la salud más allá de la pérdida de peso, pero estos solo fueron visibles después de tres días de restricción calórica total, más tarde de lo que pensábamos anteriormente», añade.

Al respecto, Maik Pietzner, presidente de datos de salud del organismo Phuri y codirector del grupo de medicina computacional del Instituto de Salud de Berlín en Charité, señala que estos hallazgos han proporcionado una base para algunos conocimientos antiguos sobre por qué se utiliza el ayuno para ciertas condiciones.

«Si bien el ayuno puede ser beneficioso para tratar algunas afecciones, muchas veces no será una opción para los pacientes que padecen problemas de salud. Esperamos que estos hallazgos puedan proporcionar información sobre por qué es beneficioso en ciertos casos, que luego pueda usarse para desarrollar tratamientos que los pacientes puedan realizar», concluye.



DISEÑAN UNA TERAPIA MÁS RÁPIDA PARA REGENERAR LOS MÚSCULOS TRAS UNA LESIÓN

Un estudio de la Universidad de Barcelona (UB) ha diseñado una nueva estrategia terapéutica que puede acelerar la recuperación muscular tras una lesión en casos de deportistas de élite y de la población en general aplicando una exposición intermitente a condiciones que simulan una gran altitud geográfica. Según explicó la UB, la investigación es pionera en aportar evidencias científicas sobre la recuperación más rápida y efectiva de las lesiones



musculares a través de la exposición intermitente a una baja disponibilidad de oxígeno en una cámara de baja presión barométrica. Estas se usan desde hace tiempo para mejorar la condición física en deportistas de alto rendimiento, como alpinistas o escaladores, y en determinados sectores profesionales expuestos a altas altitudes, como la minería, el control fronterizo o la observación astronómica. En condiciones de baja presión barométrica, las células captan menos oxígeno y generan una respuesta fisiológica, con efectos ya estudiados en investigaciones previas, aunque sus potenciales aplicaciones en la biomedicina aún están por explorar.

SALUD DE VIDA

Una gran parte de los trastornos del sueño se pueden tratar o prevenir

AGENCIAS

La Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que entre un 20 y un 48 por ciento de la población adulta sufre en algún momento dificultad para iniciar o mantener el sueño y que en al menos un 10 por ciento de los casos es debido a algún trastorno de sueño crónico y grave, sin embargo, el responsable de la Unidad del Sueño del Hospital Universitario Ruber Juan Bravo, Emilio Gómez, asegura que «la mayor parte de los trastornos del sueño se pueden prevenir y/o tratar».

El especialista señala que se debe obtener un diagnóstico en una unidad especializada de Medicina del Sueño en caso de que la situación afecte al descanso nocturno de forma persistente y con repercusión sobre la actividad diaria o sobre la calidad de vida.

«Uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos es el alto porcentaje existente de trastornos sin diagnosticar, lo que genera un círculo vicioso: si no se diagnostica no se trata y si no se trata se corre el riesgo de que se agrave o se cronifique y sea más difícil de tratar», indica Gómez.

Los expertos aconsejan que la primera opción nunca debe ser recurrir al consumo de suplementos cuya seguridad y eficacia no están probadas. Por el contrario, una actuación correcta consiste en identificar si se padece un trastorno del sueño o una enfermedad causante del mismo y qué tipo de intervención requiere.

Según el problema de que se trate y las causas que lo provoquen, el tratamiento será distinto, aunque en muchos combinará tratamientos médicos con consejos sobre higiene del sueño e incluso psicoterapia dirigida al insomnio.

Respecto a los tratamientos farmacológicos, hay que recordar que actualmente hay opciones, incluso nuevos medicamentos aprobados recientemente, «sin tener que recurrir siempre a las famosas benzodiazepinas, que suponen actualmente un problema de salud pública en España».

MARÍA JESÚS ÁLAVA
PSICÓLOGA

LA CORRUPCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA

Siempre ha habido personas sobornables y las seguirá habiendo si las consecuencias no son suficientemente disuasorias

Muchas personas pensarán que la corrupción ha existido desde el principio de los tiempos. Y es cierto, puede haber corrupción en cualquier ámbito. En este artículo, vamos a tratar de aproximarnos al perfil de la persona corrupta, a través de la psicología.

¿Hay un perfil característico de las personas corruptas?

Sí, hay una serie de predisposiciones que hacen más probable que alguien pueda caer en la corrupción. En general, las características que suelen acompañar a estas personas son:

- **Ambición desmedida.** De poder, de dinero, de riquezas, de ostentación externa de signos de triunfo.

- **Inflexibilidad con los demás y laxitud con ellos.** Siempre disculpan y justifican lo que ellos hacen. No se sienten culpables por sus conductas.

- **Egoísmo y falta de empatía.** Solo piensan en ellos y se muestran indiferentes e insensibles hacia las circunstancias o dificultades de los demás.

- **Cierto resentimiento, incluso afán de venganza.** En el fondo, son personas inseguras e inmaduras, que tratan de reafirmarse comprando bienes, poder o todo aquello que son incapaces de conseguir por medios lícitos.

- **Se consideran más listos que los demás y son muy manipuladores.**

Desde la psicología, ¿cómo una persona llega hasta ahí?

Cuando reúne las características que acabamos de describir y cuando se encuentra en una situación donde ve la posibilidad de poder llevar a efecto sus actos de corrupción.

Hay que tener una escala de valores muy clara para que, aunque las circunstancias sean favorables, no caer en la «tentación»; pero estas personas, si ven la oportunidad, les resulta irresistible y se lanzan a por todas; y lo hacen especialmente cuando las consecuencias a cor-



to plazo son muy satisfactorias.

¿Son más importantes los antecedentes o las consecuencias?

Las conductas dependen básicamente de tres factores: de los antecedentes (circunstancias que ocurren en ese momento), de nuestra forma de ser y enfocar la vida (cómo pensamos cada uno de nosotros) y de las consecuencias que siguen a nuestras conductas.

El cóctel para la corrupción se da cuando la persona carece de valores y de ética, y es capaz de justificar cualquier actuación por su parte.

Los tres factores son claves, siempre ha habido y habrá personas corruptas, pero los actos de corrupción se incrementarán cuando las consecuencias no son suficientemente disuasorias y cuando su aplicación no es inmediata.

¿Cómo puede actuar la sociedad para evitar la corrupción?

No facilitando los mecanismos que la permitan y actuando en lo que sí depende de la sociedad. En definitiva, siendo más previsora

para evitar un exceso de poder o de capacidad de influencia o manipulación, en función del cargo o de la posición; pero, muy especialmente, haciendo que las consecuencias sean acordes con el hecho de corrupción que se ha cometido. Es decir, que no salga gratis, que la persona devuelva lo que ha sustraído o lo repare convenientemente, que nunca resulte barata la corrupción y que la pérdida de prestigio, poder, bienes y valoración sea inmediata.

El corrupto solo se lo piensa y es capaz de controlar su impulso cuando siente el peligro real de que le descubran rápidamente y caigan todas las consecuencias de inmediato; de tal forma que le impidan enriquecerse o lucharse con lo que pudiera hacer.

La sociedad debería velar por que las consecuencias fueran inmediatas y la persona o personas corruptas tuvieran que restituir siempre lo que hubieran hecho; de lo contrario, con frecuencia pueden pensar que, si les cogen, el precio que tienen que pagar, les compensa.

Los test de microbiota: ¿son fiables?

Expertos de la Asociación Estadounidense para el Avance de la Ciencia, entre ellos Diane Hoffman y su equipo, sostienen que las pruebas de microbioma directas al consumidor carecen de validez analítica y clínica y requieren más regulación para prevenir daños al consumidor. Tal y como se recoge en un trabajo en *Science*, un creciente conjunto de investigaciones ha sugerido el potencial de mejorar la salud humana mediante una mejor comprensión del microbioma, lo que ha llevado al surgimiento de una industria global que vende servicios de microbioma. Sin embargo, a pesar de su impacto en el mercado del estilo de vida, la salud y el bienestar, la regulación de la industria de pruebas de microbiomas ha sido prácticamente ignorada. Según Hoffman, las afirmaciones de estas empresas de tener la capacidad de detectar microbiomas «anormales» no están respaldadas lo suficiente por la ciencia.



MARIANO BARBACID
CIENTÍFICO Y FUNDADOR
DEL CINIO

«Lo único que sabemos 100 por 100 seguro que causa cáncer es fumar»

25
POR CIENTO

de los españoles puede sufrir algún tipo de alergia a lo largo de su vida, siendo la rinitis la más frecuente en el país, ya que afecta actualmente al 21 por ciento de la población. Además, se prevé que pueda llegar a ascender al 25 por ciento de aquí a 2030, destacan desde los hospitales Vithas.

SORIA

El apoyo de dos cirujanos de Burgos para las guardias se alarga hasta mayo

Son profesionales desplazados que cubren seis al mes aliviando la carga que arrastraba el servicio desde el verano / El Sindicato Médico no lo considera suficiente

MILAGROS HERVADA SORIA

El mes de marzo ha contado con el refuerzo de dos cirujanos desplazados desde el Hospital de Burgos para cubrir guardias y aligerar la carga que venían sufriendo desde el pasado verano los cuatro facultativos del Complejo Hospitalario de Soria que tenían que repartirse todos estos servicios de cirugía urgencias presenciales.

Según indicó el Sindicato Médico de Soria, CESM, quien denunció la situación, se trata de una medida insuficiente por cuanto únicamente se encargan de seis guardias al mes. «No lo consideramos suficiente pero es lo que ellos voluntariamente quieren hacer y de momento no se les puede obligar a más», señalaron desde la formación sindical, que ya en enero alertó de la «situación crítica» en la que se encontraba el Servicio de Cirugía del Complejo Asistencial Universitario de Soria por la falta de facultativos para cubrir las guardias del citado servicio.

No obstante, la solución que ha buscado la Junta de Castilla y León, y que ya anunció a finales de febrero, sólo se prolongará hasta el mes de mayo, lo que vuelve a levantar la preocupación. «A partir de mayo no sabemos si con el proceso de estabilización que está en marcha, y que se está resolviendo, podrán venir facultativos que establezcan en Soria», señalan desde CESM, ya que de otro modo tendrían que alargarse el apoyo procedente de Burgos para no dejar el servicio mermando por la falta de cirujanos que ejecuten las guardias preceptivas.



El Hospital Santa Bárbara. MARIO TEJEDOR

Desde el pasado verano, los cirujanos del Hospital Santa Bárbara que realizan guardias presenciales son cuatro, si bien, los cinco que están exentos de hacerlas por superar la edad de 55 años, las cubren de manera telemática, es decir, que están localizables, y en caso de que sea necesario se desplazan hasta el centro hospitalario ya que para realizar una intervención es necesario la presencia de dos cirujanos.

El sindicato ofreció datos del pasado año cuando se realizaron 1.255

intervenciones quirúrgicas programadas y prácticamente todos los días del año el Servicio de Cirugía fue requerido para una intervención urgente con ingreso y se desarrollaron 415, en la mayoría de las cuales fue necesario activar además el cirujano localizado.

CESM alertó en enero de que la provincia de Soria «está en grave riesgo de llegar a un escenario de suspensión del servicio de guardia quirúrgica» y que «podría afectar a las intervenciones programadas, al menos aquellas que requie-

ren una vigilancia continua por el cirujano y que incluye el gran volumen de cirugía oncológica que se realiza en la actualidad y se presenta un grave, un serio riesgo de atención a las urgencias de carácter quirúrgico inmediato, desde un simple absceso a un accidente de tráfico».

El Sindicato Médico indicó que desde el pasado verano los cirujanos estaban sufriendo una «gran sobrecarga», con guardias de 24 horas cada cuatro días, razón por la que elevaron su denuncia.

Marcha solidaria de la Asociación Autismo Soria el 13 de abril

SORIA

La Asociación Autismo Soria celebrará el próximo 13 de abril su I Marcha Solidaria que por un lado pretende conseguir fondos para mejorar los medios y servicios con los que cuenta la asociación, referente para 121 familias cubriendo las necesidades de más de 400 personas, y por otro, difundir, divulgar y sensibilizar a la comunidad soriana respecto al trastorno del espectro autista (TEA), para mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas.

La inscripción estará abierta del 1 al 10 de abril y las camisetas se podrán recoger el 11 de abril en Autismo Soria.

La marcha partirá desde la plaza Mariano Granados en dirección a la Alameda de Cervantes y se recorrerá el interior del parque hasta la zona de los columpios para regresar a Mariano Granados e ir hacia la iglesia de San Juan de Rabanera y la Plaza Mayor para volver por El Collado de nuevo hasta la plaza Mariano Granados.

El nuevo boletín de Soria Salud de la FCCR narra la historia de 11 hospitales

SORIA

Los hospitales de Soria, segunda parte, de los siglos XVI a XXI, es el tema elegido para el boletín Soria Salud, de la Fundación Científica Caja Rural, FCCR, a cargo de su director, Juan Manuel Ruiz Liso. Señala que a lo largo de la historia, la provincia de Soria ha dispuesto de una serie de centros para enfermos y asistidos que se pueden denominar hospitales, atendiendo a su acepción como lugares para asegurar albergue a grupos sociales carentes de recursos para pagar su asistencia médica. Ruiz Liso recoge un total de 11, comenzando por el Hospital de la Aljama Judía; el Hospital de Santa Cristina; el Hospital de Niños Expósitos de San Lorenzo, del siglo XIII; el Convento Hospital de Sancti Spiritus; el Convento de San Juan de Duero; el Convento de San Polo; el Hospital de Santiago o de la Doctrina; el de San Agustín; el antiguo Hospital de Santa Isabel; el del Convento de la Merced, y la ermita de Santa Bárbara, hospital de sangre.

Carriedo asegura que el programa de trasplante cardíaco no se divide, se fortalece

VALLADOLID

El portavoz de la Junta de Castilla y León y consejero de Economía y Hacienda, Carlos Fernández Carriedo, aseguró ayer que el programa de trasplantes cardíacos en la Comunidad no se divide sino que se fortalece el existente, ya que se suman «todos» los esfuerzos y los recursos disponibles.

Una respuesta que llega después de que Sacyl haya decidido repartir el programa entre el Hospital Clínico Universitario de Valladolid con el complejo de Salamanca, pese a que no era la recomendación de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). En la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno, Carriedo manifestó que Castilla y León trabaja en red en la atención hospitalaria y existen recursos que se pueden aprovechar con dos centros que tie-

nen unas capacidades «excelentes» en el servicio de Cardiología, como es el Clínico de Valladolid y el de Salamanca.

Ambos, añadió, cuentan con recursos «muy importante» en materia de cardiología y cirugía cardíaca, con experiencia «muy amplia» en arritmias y hemodinámica. «Todo lo que suponga coordinar este trabajo y fortalecer estos recursos, además de ponerlos a disposición de ese programa de trasplantes, es positivo», reiteró. Fernández Carriedo destacó, según recogió lcal, que la Consejería de Sanidad trabaja en este proyecto desde 2021, un tiempo en el que ha habido contactos «continuos» con los profesionales para «sumar y no dividir». El consejero portavoz calificó de «éxito» el programa de trasplantes de corazón, pese a que cuando se puso en marcha hace más de 20 años tuvo al-

gunas críticas que dudaban que no iba a ser eficiente en su desarrollo. «El tiempo nos ha dado la razón y, además, ha coincidido con la transferencia de las competencias en materia sanitaria. Por lo tanto, este programa es uno de los elementos que certifican la calidad de la sanidad en Castilla y León», señaló.

Preguntado por que la decisión va en contra de la ONT, dejó claro que la Junta siempre actúa con criterios científicos, como supone poner a disposición de un programa de trasplantes todos los recursos existentes en Valladolid y Salamanca. «Naturalmente, en España, cada vez hay un programa nuevo de trasplantes es objeto de debate pero aquí no hablamos de uno nuevo ni dividir el existente sino de fortalecerlo y trabajar en red, aprovechando todos los recursos», aseveró.

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Viernes 15 de marzo 2024

CASTILLA Y LEÓN

10