

ESPAÑA CASI TRIPLICA LA PROPORCIÓN DE DENTISTAS POR HABITANTE RECOMENDADA POR LA OMS

La mayoría de los dentistas en España trabaja en la práctica privada y solo una pequeña parte en clínicas públicas, el mundo académico, la investigación o la industria. El Atlas de Salud Bucodental en España. Una llamada a la acción. 2022, elaborado por el Consejo General de Dentistas, señala que la proporción de dentistas por habitante en nuestro país es de 1:1.190. De esta forma, casi se triplican las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1:3.500 para países donde predomina un modelo de asistencia privada no subvencionada.

La OMS afirma que es igual de peligroso tener demasiados dentistas que no tener suficientes. «La plétora profesional puede derivar en riesgos para la salud bucodental de la población, especialmente, los sobretatamientos y la disminución de la calidad asistencial». En España, el número de profesionales se ha duplicado entre el año 2000 y 2020, siendo el país donde más rápido ha aumentado junto a Portugal. La tasa de dentistas por habitante es superior a países de nuestro entorno como Alemania (1.582), Italia (2.040), Reino Unido (2.939), Francia (2.964).

El perfil del dentista en España es de 39 años de edad con una experiencia profesional media de 15 años y el 57% son mujeres. En total, los dentistas españoles trabajan unas 120 horas al mes, atendiendo a cerca de 190 pacientes al mes. Actualmente, en España ejercen más de 40.000 dentistas y hay unas 23.000 clínicas dentales distribuidas por el país. Los nuevos profesionales se forman en las 23 facultades de odontología del país (12 públicas y 11 privadas), donde hay matriculados 10.600 estudiantes matriculados, de los que cerca de 2.000 egresan anualmente.

El Dr. Óscar Castro, presidente del Consejo General de Dentistas, considera necesario establecer un número clausus en las facultades de odontología para «frenar» esta

plétora profesional. «España es uno de los países de la Unión Europea que más titulados en odontología egresa cada año y donde menos se acude al dentista periódicamente. Esto está originando desempleo y emigración masiva a otros países».

El exceso de dentistas genera un empeoramiento de las condiciones laborales de los profesionales. «Buena parte de los recién graduados tiene que compaginar el trabajo en varias clínicas en sus comienzos, muy pocos pueden abrir su propia consulta, existe paro en la profesión y hay odontólogos que se tienen que marchar a otros países para ejercer su trabajo dignamente», explican desde el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Alicante (COEA).

Por otro lado, recuerdan que la formación académica de un odontólogo es una de las más caras que existe en España, junto a la de los médicos. «Formamos a odontólogos con nuestros impuestos y después son otros países los que aprovechan sus conocimientos», lamenta el COEA. De hecho, en los últimos años la solicitud de certificados (imprescindibles para trabajar en el extranjero) al Consejo General de Dentistas ha aumentado de manera exponencial.

El COEA cree que las autoridades políticas deberían preguntar a los colegios profesionales su opinión sobre el número de egresados en las facultades para cubrir las necesidades reales de la población. «No se puede aumentar por aumentar, atendiendo solo a fines económicos de las

universidades y después fomentar el paro entre los profesionales sanitarios, la marcha de cada vez más dentistas al extranjero o la precariedad laboral, así como provocar una merma en la calidad asistencial».

Los nuevos profesionales, en muchos casos, se encuentran en una situación laboral precaria. En este sentido, el Consejo General de Dentistas ha reclamado en reiteradas ocasiones que se tomen medidas para frenar la plétora profesional. Según la organización colegial, desde ahora a 2030, cerca de 7.000 jóvenes egresados optarán por emigrar a algún país de la UE por motivos laborales.

Carlos Berrocal, odontólogo en

sastre en cuanto a organización de nuestra carrera».

Las revisiones periódicas con el dentista permiten la detección precoz de patologías y reducen el coste de la atención dental. España es uno de los países de Europa donde los ciudadanos acuden menos al dentista de forma anual para realizarse revisiones periódicas. En concreto, en nuestro país un 51% de la población visita el dentista una vez al año mientras el promedio europeo es de un 65%, según el Libro Blanco de la Salud Oral en España del 2020. Esta cifra es más baja que en Italia (55%), Bélgica (57%), Francia (60%), Finlandia (61%), Noruega (66%), Reino Unido (66%), Suecia (71%), Alemania (77%), Dinamarca (78%) o Holanda (83%). En cambio, es más alta que en Portugal (46%) o Grecia (50%).

Los dentistas españoles dedican $\frac{3}{4}$ partes de su tiempo a labores asistenciales

Por otro lado, según datos del Observatorio de la Salud Oral en España, los dentistas dedican el 76% de su tiempo a labores asistencia-



la clínica dental Schinnen (Países Bajos), terminó la carrera de odontología en España hace tres años. Actualmente, lleva dos años trabajando en Países Bajos. «En España a lo mejor no tienes mucho número de pacientes y en Países Bajos sabía que les hacían falta odontólogos. El nivel económico en Países Bajos, no solo en nuestra profesión, es mucho mejor que en España, de eso no cabe ninguna duda», afirma. En su opinión, en España no se valora al dentista. «Llevo fuera dos años y veo que España es un de-

les, el 13% a tareas administrativas y el 11% a otras actividades. En cuanto al reparto del tiempo asistencial en función de la tipología de tratamientos, predominan los tratamientos restauradores (32%), la prostodoncia (14%) y los tratamientos endodónticos (12%). Le siguen ortodoncia (11%), periodoncia (10%), cirugía (10%) e implantes (7%). Entre 2015 y 2020 ha habido un incremento de tarrectomías y revisiones periódicas, mientras que han disminuido los tratamientos de implantes y odontología estética.



GUILLERMO MACHUCA PORTILLO, NUEVO ACADÉMICO NUMERARIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS DE ESPAÑA

Su medalla será la número 14 de la institución, entrando a formar parte de la sección de "Estomatología Médico-Quirúrgica"

El pasado 17 de noviembre de 2022 tomó posesión como académico numerario de la Academia de Ciencias Odontológicas de España el Prof. Guillermo Machuca Portillo, catedrático de universidad del departamento de Estomatología de la Universidad de Sevilla. Su medalla será la número 14 de la institución, entrando a formar parte de la sección de "Estomatología Médico-Quirúrgica".

El discurso del Prof. Machuca versó sobre "La Odontología en Pacientes con Necesidades Especiales como disciplina vertebradora entre la ciencia médica y la Estomatología".

El Dr. Machuca se mostró agradecido con los miembros de la Academia, y en particular con su presidente, el Prof. Antonio Bascones, por el nombramiento. Asimismo, agradeció a su padre, el Dr. Guillermo Machuca Jiménez, cardiólogo sevillano, y a sus maestros los Profs. Hugo Galera y Juan Ramón Castillo, su dedicación y enseñanzas durante toda su formación académica. De igual forma, recordó a sus compañeros de la Sociedad Española de Odonto-estomatología para Pacientes con Necesidades Especiales por su amistad y enseñanzas a lo largo de más de treinta años. Por último, rindió un emotivo homenaje a su mujer, Ángeles Rufino Charlo, y a sus hijos.

Si discurso, trufado de referencias cinéfilas y taurinas, estuvo dedicado a las relaciones difíciles y peculiares entre la Estomatología, a la que definió como una rama del conocimiento más



de entre las especialidades médicas, y la Medicina Interna. Para ello hizo memoria de los vaivenes en la titulación universitaria para ejercer como dentista a lo largo del tiempo, hasta nuestros días. Criticó, aportando datos objetivos, la reducida formación en ciencias médicas básicas de los odontólogos actuales, proponiendo una ampliación en la carga lectiva de estas materias en el curriculum de los mismos, ya que prevé que los futuros dentistas ejerzan en "en una sociedad sumida en un suicidio demográfico, que está generando una población absolutamente envejecida, con mala salud, consumidora de numerosos fármacos para sus graves afecciones cró-

nicas, y solicitando las técnicas más avanzadas y agresivas para la solución de sus problemas orales, según las expectativas que los propios dentistas hemos contribuido a generarles".

A continuación, propuso tres paradigmas para justificar sus aseveraciones. Los dos primeros relacionados con la colocación de implantes en pacientes con síndrome de Down y con coagulopatías hereditarias. El último sobre las relaciones entre la COVID-19 y la odontología. Concluyó, finalmente, que teniendo conocimientos médicos suficientes se puede llegar a saber que, por ejemplo, la colocación de implantes en pacientes con síndrome de Down es bastante poco predecible,

mientras que, paradójicamente, en pacientes con coagulopatías hereditarias es podría ser bastante factible, si se observan las consultas médicas y las precauciones imprescindibles. Por último, analizó críticamente las publicaciones y el comportamiento de los dentistas durante la pandemia COVID-19, instando a los profesionales a hacer un diagnóstico precoz de la disgeusia, a no generar alarmas absurdas por asociaciones espurias, y a atender a los pacientes empleando las medidas preventivas establecidas desde la pandemia de VIH de 1981, para su seguridad y la de los propios facultativos.

El nuevo académico concluyó su discurso con una reivindicación del estudio minucioso de cada patología en cada paciente, y al del desarrollo de la honestidad y el sentido común para ejercer la profesión.

El Prof. Bascones fue el encargado de contestar a su discurso, mediante una brillante exposición en la que hizo una semblanza de la personalidad y el desarrollo curricular del nuevo académico, y un acertado comentario a la conferencia del recipiendario, apostillándolo con afinada certeza. Concluyó diciendo que "en el contexto actual formativo y de especialización aparece la Odontología en Pacientes con Necesidades Especiales, con dos investigadores en esta rama como el Prof. Album que fue el primero en estructurar la asistencia a pacientes con minusvalías y el Prof. Scully que fue el primero en gestionar los pacientes con compromiso médico. De la conjunción de ambos enfoques nace, más tarde, la aparición en la mayor parte de las facultades de odontología del mundo, la asignatura de pacientes especiales. Los desórdenes inmunológicos, la diabetes, coagulopatías, implantología en estos pacientes, síndrome de Down son grandes capítulos que el Dr. Machuca resume en su discurso".



CUANDO IR AL DENTISTA ES UN LUJO: CASI EL 100% DEL GASTO EN ESPAÑA SALE DEL BOLSILLO DEL CIUDADANO

En España, la financiación pública para la atención dental (2%) dista mucho de la media europea (31%) con datos del atlas 'La Salud Bucodental en la Unión Europea'

Holanda, Suiza, Grecia y España son algunos de los países europeos donde casi todos los gastos del dentista son privados: es decir, salen bien directamente del bolsillo del paciente (en Grecia y España representan del 98% al 100% del gasto), bien mediante el pago de seguros privados (70% del gasto en Holanda). En nuestro país, la financiación pública para la atención dental (2%) dista mucho de la media europea (31%) con datos del atlas 'La Salud Bucodental en la Unión Europea', que se ha presentado hoy en Madrid.

En el informe, que ha dado a conocer el Consejo General de Dentistas, se analizan los principales parámetros e indicadores de salud bucodental, la financiación, la cobertura asistencial y los recursos humanos, entre otros datos, y poder comparar los diferentes países. Entre las cuestiones más relevantes, según el presidente del organismo, el doctor Óscar Castro Reino, el estudio indica que, en Europa, más de la mitad del gasto total en atención dental proviene de pagos directos del paciente.

Por este motivo, la atención bucodental es el tipo de cuidado al que los europeos renuncian más frecuentemente por motivos económicos. España ocupa la parte baja del ranking en cuanto a la participación pública en el gasto dental con una cobertura pública de tan solo el 2%, mientras que Alemania se sitúa como el país europeo donde la participación pública en el gasto dental es mayor, con un 68%.

A LA COLA DE LA UE

Otros datos llamativos sobre esta atención dental en España, respecto a Europa, son que los pagos directos del bolsillo representan el 97% del total del gasto, lo que sitúa a nuestro país (junto a Grecia) a la cola de la Unión Europea. El número medio de visitas al dentista anualmente nos sitúa, también, en últimas posiciones respecto a los

países de nuestro entorno junto a Hungría, Rumania y Chipre: con 0.7 visitas de media al año.

Además, en el informe se indica que el gasto dental en España entre 2008 y 2019 se ha reducido en el 20% y que el porcentaje de menores con necesidades dentales no cubiertas nos sitúa en el penúltimo puesto, a niveles de Rumania y Letonia. En septiembre, el Consejo General de Dentistas presentaba el 'Atlas de la Salud Bucodental en España. Una llamada a la acción. 2022'. Entre las conclusiones destacadas, una cruda realidad: la estrecha relación entre los ingresos de las familias y la buena salud bucodental. Los niños de familias más pobres tienen 3 veces más caries que los de otras familias que sí pueden pagar al dentista.

El documento llegaba tras la aprobación del 'Plan para la ampliación de la cartera común de Servicios de Salud Bucodental'. Una de las medidas de mayor impacto del Sistema Nacional de Salud, según el Ministerio de Sanidad, porque está dirigida a la población española en general y en concreto, de forma especial, a más de siete millones personas: menores de 14 años, embarazadas, personas con discapacidad y con cáncer cérvico-facial.

SIN COBERTURA PÚBLICA

El informe europeo que hoy se ha hecho público determina tres tipos diferentes de atención dental en la Unión Europea: la cobertura limitada -en países como España, Grecia, Italia y Portugal, donde la atención dental está prácticamente excluida de la cobertura pública (entre el 1 y el 7%); la cobertura parcial (Francia, Bélgica, Reino Unido, Suecia), situada entre el 25 y el 40%; y la cobertura integral (Alemania, Austria, Luxemburgo), en la que la participación pública va del 70 al 75%.

En lo que al número de dentistas se refiere, la media europea es de 76 por 100.000 habitantes y la tasa española de 85 dentis-

tas por cada 100.000 habitantes. España, junto a Rumania y Bulgaria, tiene una de las tasas de densidad dentistas/población ajustada a la demanda, una de las más altas de la UE. Actualmente, ejercen como especialistas unos 30.000 dentistas en toda Europa. España, con unos 1.800 dentistas nuevos cada año, está entre aquellos con mayor crecimiento de profesionales. Eso sí, es el único país de nuestro entorno que no tiene ninguna especialidad dental reconocida. La especialidad más frecuentemente reconocida es la ortodoncia seguida de la cirugía bucal. De las 26 facultades privadas europeas, 12 son españolas (46% del total).

IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES

Si se habla de enfermedades, el estudio concluye que un tercio de los adolescentes europeos de 12 años tiene caries en la dentición permanente. Sin embargo, la caries ha disminuido en las últimas cuatro décadas en la mayoría de los países de la UE, aunque continúa siendo un problema de salud pública que se debe abordar, remarcan los dentistas. En España, el índice promedio de caries infantil CAOD (índice de dientes cariados, ausentes y obturados) es de 0,6, sólo más bajo en Alemania y Dinamarca.

En cuanto a la incidencia de cáncer oral, en 2020 se detectaron más de 65.000 nuevos casos en el conjunto de toda Europa. Con los datos del atlas, con el consumo de tabaco y alcohol como principales impulsores, supone una parte sustancial de la carga de las enfermedades no transmisibles en Europa. Hungría registra las tasas de incidencia y mortalidad más altas. El norte de Francia tiene altas tasas de incidencia en hombres y Dinamarca, en mujeres. Las tasas de tabaquismo en varios países son superiores a la media de la UE (18,4% de fumadores diarios), entre los que se encuentra España, Austria, Bulgaria, Grecia, Hungría y Alemania.

ROSARIO MENÉNDEZ, NEUMÓLOGA: «SI NO HAY UNA BUENA HIGIENE ORAL, ESE ES UN FACTOR DE RIESGO PARA TENER NEUMONÍA»

Analizamos junto a la experta una de las infecciones más mortales y prevalentes que hay y te contamos cómo prevenirla

La neumonía es una de las infecciones más peligrosas que hay. Una enfermedad en la que el pulmón es atacado por microorganismos que pueden ser bacterias, virus o, en menor proporción, hongos. En particular, las neumonías por covid-19 han sido una de las consecuencias más graves de la pandemia en pacientes incluso de mediana edad, aunque tradicionalmente las neumonías siempre atacan más a la población infantil y los adultos mayores.

Hoy, tras más de dos años de los primeros brotes de coronavirus, la neumonía por covid-19 ha remitido, en gran medida, gracias a la vacunación y las pautas de seguridad e higiene. Pero la neumonía sigue siendo una infección aguda que, conociendo sus mecanismos, se puede prevenir. Para entender qué podemos hacer para evitarla, en el Día Mundial Contra la Neumonía, que se celebra el 12 de noviembre, hablamos con la doctora Rosario Menéndez, neumóloga y directora del programa de Investigación en Neumonía de la Sociedad Española de neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

PREGUNTA. - ¿Qué síntomas puede presentar la neumonía? ¿Cuándo nos deberíamos preocupar?

RESPUESTA. - Los síntomas son, en principio, inespecíficos, pero incluyen fiebre, aunque no siempre se manifiesta en personas ancianas, tos, expectoración, eliminar esputo purulento, dolor torácico, sobre todo al respirar fuerte, y dificultad respiratoria. Fundamentalmente, hay que preocuparse cuando hay dificultad respiratoria. El sentir fatiga, el ahogarse es el síntoma de alarma, además de tener mucho dolor o una fiebre que no se reduce.

P. - ¿Hay factores de riesgo?

R. - La neumonía, en lo relativo a

la edad, es más frecuente en los dos extremos de la vida: en niños muy pequeños, pero, fundamentalmente, en personas muy ancianas. El incremento de riesgo va conforme a la edad. Y luego, el tener varias enfermedades concomitantes a la vez también es un factor de riesgo. Tenemos a las personas con diabetes, las personas con enfermedades cardiovasculares, con enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades renales. Y luego hay un grupo especialmente vulnerable que son las personas inmunodeprimidas. Son las que tienen las defensas bajas, bien sea porque tienen un cáncer y llevan un tratamiento de quimioterapia, o un trasplante de órgano, que lleva tratamientos inmunosupresores. Eso, que es necesario para su enfermedad, hace que también estén en mayor riesgo de tener infecciones.

P. - ¿Actualmente la neumonía sigue siendo un problema de salud importante entre la población española?

R. - Antes de la pandemia, la neumonía era la primera causa de muerte por infección en el mundo. Es una patología a la que hay que tenerle respeto, porque es una infección importante. Ahora, las neumonías por covid-19 son las que se llevan el primer lugar. Por ejemplo, en España, aproximadamente, antes de la pandemia, por neumonías no covid-19 había entre 8.000 y 9.000 muertes al año. Las personas que no tienen factores de riesgo, en general, no necesitan ingresar y pueden hacer un tratamiento antibiótico fuera del hospital. El problema es cuando los pacientes tienen que ser hospitalizados.

P. - ¿Qué diferencias tiene la neumonía causada por covid-19 con respecto a otras?

R. - La neumonía por covid-19 ha cambiado muchísimo desde que em-

pezó la pandemia hasta la actualidad. Porque la vacuna ha modificado por completo el perfil del paciente. Teníamos neumonías en personas de edad media con alguna enfermedad concomitante, pero pocas. Y la mortalidad era muy alta. Ahora el único grupo de pacientes que ingresan, que son los que están graves, son los de mucha edad y con muchas patologías. La mortalidad de la neumonía por covid-19 ha bajado muchísimo. Y cambiaba un poquito con respecto a otras, pero tampoco nos podemos fiar tanto de hacer un diagnóstico de un germen solamente por una expresión patológica o por unos síntomas. Hay que confirmarlo con estudios.

P. - ¿Las vacunas para la gripe nos protegen frente a las neumonías?

R. - Sí. Las vacunas para la gripe sirven para evitar neumonías y para evitar también exacerbaciones o descompensaciones de la enfermedad que tenga el paciente. Porque, a veces, una gripe, sin causar una neumonía, por el cuadro gripal infeccioso y el cuadro generalizado puede descompensar una enfermedad de base en una persona con diabetes, cardiopatía, EPOC. Y eso puede hacer que el paciente necesite ingresar. La vacuna no solamente reduce la aparición de la neumonía sino que también reduce el número de exacerbaciones graves.

P. - ¿A quiénes se recomienda la vacunación antineumocócica?

R. - La vacuna contra el neumococo defiende frente a los serotipos. El neumococo es un microorganismo que tiene diferentes tipos que llamamos serotipos y hay vacunas que defienden frente a la mayoría de los que tenemos en España, pero no frente a todos. Y también está indicada en personas que tienen factores de riesgo: personas de más de 65 años, personas con enfermedades concomitantes, con inmunodepresión, personas que no tienen bazo, personas con implantes cocleares, porque las personas que tienen implante coclear tienen otra vía de entrada. Entonces tienen riesgo de que la infección sea más grave.

P. - ¿Qué secuelas puede dejar una neumonía?

R. - La consecuencia que más nos preocupa es la supervivencia. Que el enfermo pueda sobrevivir el episodio agudo. Pero también puede haber complicaciones a posteriori. Hemos visto con el covid-19 la posibilidad de

que deje algunas secuelas pulmonares: menor capacidad de función, algunas lesiones, sobre todo al principio, cuando no había tratamientos específicos para este virus. Con la neumonía bacteriana, también puede haber algún daño o alguna secuela pulmonar, pero, la mayor parte de las veces, no deja secuelas pulmonares. Sí que es verdad que la neumonía es una infección que puede presentar un cierto grado de complicaciones cardiovasculares durante el curso de su evolución, y esto puede generar problemas posteriores al alta, puede haber quedado un pequeño daño cardiovascular.

P. - ¿Cómo son las tasas de supervivencia?

R. - Ahora la supervivencia es muy buena, porque la mortalidad de una persona que ingresa en el hospital es, aproximadamente, como mucho de un 5%. Depende de los factores, pero esas son las cifras globales. Eso sí, entre las personas que ingresan en unidades de cuidados intensivos, la mortalidad puede llegar hasta un 20 o un 25%.

P. - ¿Podemos prevenir las neumonías?

R. - Sí. Tenemos varias armas, como las vacunas. Y sí que la población adulta se ha concienciado con las



Rosario Menéndez.

vacunas desde que atravesamos la pandemia del covid-19. En España, la tasa de vacunación es altísima y se ha modificado la evolución de la enfermedad de manera clarísima, porque ahora, la mayor parte de las personas que tienen la enfermedad presentan un cuadro leve, y eso significa que no van a ir al hospital y no se

van a morir ni a tener complicaciones. Tenemos también otras vacunas como la de la gripe y la del neumococo, y es algo fundamental. Luego, se pueden evitar factores de riesgo controlando las enfermedades de base y, por supuesto, no teniendo hábitos tóxicos, que son el tabaco, el alcohol y las drogas. Todo esto hace disminuir las defensas del pulmón frente a las infecciones. Y algo interesante con respecto a las neumonías bacterianas en general, es la higiene oral. Porque en nuestra boca hay gérmenes y pueden llegar a proliferar en exceso. Durante la noche, sin darnos cuenta, nosotros microaspiramos pequeñas cantidades de ellas hacia los pulmones. Si no hay una buena higiene oral, ese es un factor de riesgo para tener neumonía.

NICKLAS BRENDORG: “MANTENER TU BOCA LIMPIA ES DE LAS POCAS COSAS FÁCILES QUE PUEDES HACER PARA ALARGAR LA VIDA”

El biólogo danés ha publicado un libro en el que recoge los últimos avances para prolongar la vida saludable, desde la dieta o el ejercicio a los fármacos antienviejimiento

En los primeros tiempos de la Unión Soviética, durante los años veinte del siglo pasado, el bolchevique Alexander Bogdanov comenzó a experimentar con las transfusiones de sangre como método para curar el envejecimiento. Después de sobrevivir a los peligros de la revolución y tras someterse a 10 transfusiones de sangre en dos años, en 1928 sucumbió a la undécima. El donante tenía malaria y tuberculosis. Muchas décadas después, en 2015, Elizabeth Parrish, estadounidense y directora de una empresa llamada BioViva, viajó a Colombia para escapar de las autoridades que regulan el uso de tratamientos médicos en su país y aplicarse una terapia génica antienviejimiento. Aunque su enfoque no ha recibido el beneplácito de la comunidad científica, Parrish sigue viva.

La eterna juventud es un premio que ha llevado a científicos y aventureros a asumir riesgos excepcionales. Ahora mismo, hay individuos que se aplican tratamientos fuera de los circuitos oficiales para escapar a los daños del paso del tiempo. Algunos fármacos, como la rapamicina, que se emplea para evitar los rechazos de órganos en los trasplantes, o la metformina, que toman muchas personas con diabetes, han mostrado su potencial contra el envejecimiento en animales y se están empezando a probar en humanos con ese objetivo.

El estudio de algunos animales, como la medusa *Turritopsis*, capaz de invertir su propio envejecimiento y volver, de algún modo, a su infancia, sugiere que hacerse viejo no es ineludible y muchos científicos de prestigio creen que nos estamos acercando a obtener respuestas sobre cómo vivir más allá de nuestros límites actuales. Nicklas Brendborg (Aalborg, Dinamarca, 27 años), biólogo molecular en la Universidad de Copenhague, acaba de publicar un libro (*La medusa inmortal, Destino*) en el que recoge los últimos hallazgos sobre este anhelo inmemorial de la humanidad.

Pregunta. - ¿Cuánto tiempo podría ganar una persona que siga los consejos de su libro?

Respuesta. - Depende de quién seas. Con algunas personas, es muy fácil darles un consejo que les prolongue la vida: deja de fumar, pierde algo de peso... Pero hay personas que ya llevan una vida muy sana. Ahí tienes que ir a los detalles, a tomar algún suplemento o a cuidar mejor su salud dental. En los últimos 100 años, se han conseguido grandes incrementos en la esperanza de vida, pero ahora parece que hemos alcanzado un límite, al menos para las personas que no fuman, no beben, comen poco y hacen ejercicio, que en cualquier caso tampoco es una combinación fácil de alcanzar.

Incluso aunque sigas todas las reglas para tener buena salud, vas a envejecer y vas a tener alguna enfermedad relacionada con el envejecimiento que te acabe matando. Así que si quieres ir más allá, como el tiburón de Groenlandia [que puede vivir hasta 500 años], va a ser necesario algún tipo de intervención médica. Tendremos que desarrollar nuevos fármacos para llegar ahí.

P. - Ahora se están probando ya compuestos como la rapamicina o la metformina y también hay experimentos con células madre. ¿Cree que estas soluciones empezarán a superar las fases experimentales y a llegar al mercado en 20 años?

R. - Creo que solo harán falta cinco años para que los primeros productos lleguen al mercado. Efectivamente, la metformina o la rapamicina son buenos candidatos y en este mismo momento ambas están probándose en humanos. El potencial de estas moléculas es algo que conocíamos desde hace mucho tiempo en ratones y ahora, finalmente, vamos a ver cuál es el veredicto en humanos. Esa será una primera generación, con estos fármacos que ya han sido aprobados para su uso en humanos. Pero después habrá una segunda generación de sustancias. Yo diría que vamos a



Nicklas Brendborg.

ver estos productos llegando al mercado en los próximos cinco o 10 años si somos pesimistas.

P. - ¿Piensa que sucederá como con los tratamientos avanzados en enfermedades raras o en el cáncer, que serán muy eficaces, pero con precios prohibitivos, y que solo llegarán a unos pocos?

R. - Depende de la terapia de la que hablemos, porque algunas ideas se basan en pequeñas moléculas conocidas que no serían tan caras. Algunas terapias basadas en células, al principio, van a costar una fortuna. Pero la medicina suele pasar por una fase donde los tratamientos son muy caros y se van abaratando según aprendemos a producirlos en masa o encontramos alternativas que hacen lo mismo. Cuando se encuentre algo que funcione para aumentar la esperanza de vida, habrá una carrera para bajar el precio y, como el premio para el que consiga este objetivo es enorme, habrá mucha gente que entre en la carrera.

P. - Las principales fortunas del mundo han mostrado mucho interés en la ciencia de retrasar el envejecimiento. Altos Lab, por ejemplo, ha reunido 3.000 millones de euros para ponerse en marcha y a muchos de los mejores científicos especializados en envejecimiento del mundo ¿Ve posible un futuro distópico en el que haya millonarios viviendo cientos de años y

el resto de la gente con una esperanza de vida similar a la actual?

R. - Creo que no será imposible ampliar la esperanza de vida hasta 200 o 300 años, algo así. Y al principio, como cualquier otra cosa, será muy caro, y serán los ricos los que tengan acceso por delante de los pobres. Pero también habrá muchos científicos que quieran tenerlo para ellos mismos. Y muchos activistas. No espero que la gente rica lo desarrolle y se lo quede para ellos, eso no sería socialmente aceptable. Al principio será caro, pero habrá una carrera para bajar el precio

y encontrar alternativas para que sea más accesible a todo el mundo. Supongo que es el camino que vemos en todas las tecnologías. Lo que ahora tiene una persona normal es algo que ni siquiera los reyes podrían tener hace 100 años.

P. - ¿Qué es lo más fácil que se puede hacer ahora para prolongar la vida?

R. - Lo que es fácil, desgraciadamente, funciona peor que lo que es difícil, como comer saludable o hacer mucho ejercicio. Pero mantener tu boca limpia es de las pocas cosas fáciles que puedes hacer para

alargar la vida, cepillándote y usando hilo dental, porque conocemos la relación entre los patógenos de la boca y las enfermedades cardiovasculares y la demencia. Es muy fácil prevenir estas infecciones bacterianas quitando de la boca la comida en la que se reproducen. La gente que tiene trastornos inflamatorios de la boca tiene mayor riesgo de trombos, demencia y de morir antes, y esos riesgos se pueden evitar limpiándose dos o tres minutos al día, lavándote los dientes y utilizando hilo dental. Ser donante de sangre también podría tener un efecto beneficioso.

P. - Ser pequeño también es un factor favorable para vivir más. ¿Por qué?

R. - Hay dos cosas que lo pueden explicar. La primera es que al ser más grande tienes más células y si asumimos que todas las células tienen el potencial de volverse cancerosas, eso supondría un riesgo ligeramente superior de tener la enfermedad y es algo que hemos observado. Pero probablemente no es el motivo principal. La principal razón tiene que ver, seguramente, con la señalización de crecimiento, que te hace ser más grande, pero también te hace envejecer más rápido, porque cuando hay mayor señalización de crecimiento, también hay un descenso en la reparación del organismo. El cuerpo se centra en el crecimiento o en la reparación.

EL GOBIERNO DECLARA «SECRETO» EL RESCATE DE VIVANTA Y NIEGA AL CONGRESO SU EXPEDIENTE

«Existen razones fundadas en derecho para no facilitar la información», señala el Ejecutivo en respuesta a las preguntas formuladas por Cs y Vox en el Congreso

El Gobierno de Pedro Sánchez no rendirá cuentas ante el Congreso de los Diputados sobre los detalles del discutido rescate de 40 millones de euros a las clínicas dentales Vivanta. El Ejecutivo considera «secreto» y de «carácter reservado» el contenido de los informes por los que el Consejo de Ministros y la SEPI concedieron a ese grupo dental un préstamo participativo de 20,4 millones y otro ordinario de 19,6 millones del Fondo de Apoyo para la Solvencia de Empresas Estratégicas (Fasee).

En sus contestaciones a tres iniciativas parlamentarias registradas por Vox y Ciudadanos, el Gobierno se ampara en el Real Decreto 25/2020 para señalar que «toda la información y documentación correspondiente a los expedientes tramitados y/o autorizados con cargo al Fasee tiene carácter reservado». «Existen razones fundadas en derecho para no facilitar la información solicitada en las presentes iniciativas», añade el Ejecutivo en tres respuestas parlamentarias dirigidas a Cs y Vox, a las que ha tenido acceso THE OBJECTIVE.

Un argumento que ha utilizado para evitar responder con detalle a las numerosas preguntas parlamentarias de la oposición sobre el rescate a Vivanta. Entre ellas, las que cuestionaban por qué Moncloa consideró «empresa estratégica» a un grupo que cuenta solo con 200 de las 23.000 clínicas dentales que hay en España. Apelando al carácter secreto y reservado de la información, el Gobierno también ha eludido responder las preguntas referentes a la viabilidad económica de la compañía o las que cuestionaban si el Ejecutivo era conocedor de los procesos judiciales que ese grupo dental ha enfrentado por presuntos delitos de estafa y falsedad contable.

En su contestación a las dos baterías de preguntas de Vox, el Gobierno subraya que el real decreto por el que se puso en marcha el Fasee establece que el Consejo Rector del Ministerio de Hacienda y la SEPI quedan «obligadas a guardar secreto y a no utilizar la información recibida con finalidades distintas de aquella para la que les sea suministrada a los auditores de cuen-



tas, asesores legales y demás expertos independientes» designados para estudiar las solicitudes de las empresas interesadas en acceder a las ayudas públicas del fondo puesto en marcha para ayudar a las empresas.

El mismo real decreto establece que ese carácter reservado solo cesará en el momento en que las empresas receptoras de los fondos del Fasee hagan públicos los hechos, datos, documentos e informaciones a los que se refiere la solicitud de ayudas públicas. «Se preserva, en definitiva, el carácter secreto que la información empresarial tiene para el normal desenvolvimiento de las reglas de mercado y que no deben verse afectadas por el ejercicio de las potestades administrativas», indica el Gobierno en su respuesta a una de las iniciativas parlamentarias de Vox.

Además, el Gobierno alude a dos fallos en los que el Tribunal Supremo desestimó dos recursos contenciosos administrativos formulados por diversos miembros del Congreso en los que se solicitaba una copia completa de los expedientes relativos a las ayudas del Fasee concedidas a Duro Felguera y Air Europa. «Las citadas desestimaciones son constitutivas de reiteración, por lo que constituyen jurisprudencia», indica el Gobierno en sus respuestas al partido de Santiago Abascal. Por todo esto, el Ejecutivo concluye que «existen razones fundadas en derecho para no facilitar la información solicitada».

Los asesores que avalaron a Vivanta Moncloa solo responde a una de las preguntas concretas que el partido de Santiago Abascal había hecho al Gobierno. Así, el Ejecutivo revela

que los asesores económicos externos encargados de analizar el rescate a Vivanta fueron los de la U.T.E conformada por Lener-Asingo-Vaciero-Atisa, mientras que el análisis jurídico externo fue realizado por BDO. Sin embargo, amparándose en el carácter secreto y reservado de la información solicitada, el Gobierno deja sin responder muchas cuestiones claves planteadas por la oposición.

La formación de Santiago Abascal había formulado una batería de preguntas para esclarecer si Moncloa tenía conocimiento de que la compañía se encontraba en dificultades financieras en el año 2019, antes del estallido del covid; también había preguntado por la situación financiera, los ingresos y el EBITDA registrados por Grupo Vivanta en los años 2019, 2020 y 2021; y solicitaba también información al Ejecutivo sobre cuántos franquiciados mantienen litigios con la compañía en los tribunales.

Como reveló este diario, Vivanta registraba una delicada situación económica mucho antes de la irrupción de la pandemia de la covid-19. De hecho, las cuentas de la compañía analizadas por THE OBJECTIVE reflejan que acumuló 74,7 millones de euros en pérdidas en los tres ejercicios anteriores a la pandemia y que en 2019 cerró su balance con un patrimonio neto negativo de 22,8 millones de euros. Una realidad que llevó a la oposición a poner en duda la idoneidad de la asignación a Vivanta de 40 millones de euros de dinero público del Fasee, que en teoría solo se podía conceder a compañías «estratégicas» que hubieran sido plenamente viables antes de

la pandemia y que hubieran incurrido en dificultades como consecuencia de la covid.

La sociedad fue creada en 2017 por el fondo Portobello Capital mediante la adquisición de las marcas y clínicas de Unidental, Grupo Láser 2000, Dr. Senis, Plénido y Avadent, entre otras. Esto supone que en sus primeros tres años de vida como sociedad independiente Vivanta acumuló pérdidas de 74,7 millones, muy lejos de la «solvencia» que pedía la SEPI antes de la covid para conceder estas ayudas. De hecho, en 2019, 13 de las 23 sociedades que grupo Vivanta consolida en sus cuentas registraron pérdidas, más de la mitad de todo su perímetro.

«La empresa a la que hace referencia cumple con los requisitos establecidos en dicha normativa», señala el Gobierno en su respuesta a las cuestiones planteadas por Ciudadanos. El partido naranja había preguntado, concretamente, cuáles habían sido los motivos del Gobierno para conceder la ayuda de 40 millones a Vivanta. La formación de Inés Arrimadas también cuestionaba «cuál ha sido el criterio para considerar a la empresa ‘estratégica’». Tampoco estas preguntas quedan aclaradas en las respuestas del Ejecutivo a ambas formaciones políticas.

Tanto a Ciudadanos como a Vox, el Gobierno se limita a contestarles asegurando que los expedientes de las empresas que solicitaron ayudas del Fasee han sido analizados en todos los casos con los mismos criterios objetivos. Primero por la propia SEPI y, en segundo lugar, por los asesores externos que participaron en el estudio de la concesión de las ayudas. «En el análisis de los expedientes prima el rigor para establecer de forma clara y objetiva el cumplimiento de los criterios y requisitos, la necesidad del apoyo público temporal, así como su viabilidad, extremando las garantías en el uso adecuado de los recursos públicos y en el reembolso de las ayudas», indica el Ejecutivo.

El Partido Popular y el diputado Pablo Cambrónero, adscrito al Grupo Mixto, también formularon el pasado mes de julio una batería de preguntas y de solicitudes de información sobre el rescate a Vivanta, otorgado sólo tres días antes de que expirara el plazo del Fasee y en el último Consejo de Ministros en el que podía aprobarse. Igual que Ciudadanos y Vox, el PP y Cambrónero quieren esclarecer por qué el Gobierno consideró a Vivanta como una empresa «estratégica» a pesar de que cuenta con menos de 200 de las 23.000 clínicas dentales que hay en España. Por el momento, no han obtenido respuesta.