

ADCUSPPYMA

REVISTA INFORMATIVA/EDUCATIVA DE CONSUMO, SANIDAD Y MEDIO AMBIENTE DE ESPAÑA

Nº. -49-MAYO/JUNIO - 2022 - Nº. D.L.T 494-2014 (Es) ISSN2604 - 1049



SANIDAD



NATURALEZA Y MEDIO AMBIENTE



UNIÓN EUROPEA Y DERECHOS HUMANOS



PUEBLOS DE ESPAÑA

DONDE SE ENVÍA LA REVISTA:

Mapa de actividad



Mapa de actividad



Mapa de actividad



Mapa de actividad



TEF/FAX: 34+977550030

Nº. DL.T 494-2014 (Es) ISSN2604 - 1049

CANAL ADSYME

[https://www.youtube.com/channel/UCi0m](https://www.youtube.com/channel/UCi0mYUIGgJIVKIJXO2DPsDA)

[YUIGgJIVKIJXO2DPsDA](https://www.youtube.com/channel/UCi0mYUIGgJIVKIJXO2DPsDA)

DIRECCIÓN Y MONTAJE DE LA REVISTA

FRANCISCO OLIVA MARTINEZ

INFORMÁTICO: FRANCISCO OLIVA DOMINGUEZ

CONTENIDO DE LA REVISTA

EDITA: FRANCISCO OLIVA MARTINEZ
C/RIO LLOBREGAT-BLQ. 2 ESCA. 9-5º-2ª
43006-TARRAGONA /ESPAÑA/

www.adcusppyma.es

www.adsyme.adcusppyma.es

revistaadcusppyma@gmail.com

adcusppyma@adcusppyma.es

defensordh@tinet.cat

MÓVIL: 616718313

ISSN 2604 – 1049--- Nº. DL.T 494-2014 (Es)

Consecutivo No. 901-2017 (Colombia)

Fecha Fundación: Febrero 2010

Periodicidad: BIMENSUAL

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
INFORMACIÓN SANITARIA
NATURALEZA Y MEDIO AMBIENTE
DERECHO Y SENTENCIAS JUDICIALES
LA DENUNCIA
PUEBLOS DE ESPAÑA
EUROPA INFORMA
ENFERMEDADES RARAS
INVESTIGACIÓN MÉDICA
REDACCIÓN
MEDICINA HOMEOPÁTICA
CONTAMINACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN Y

NUTRICIÓN



(En este apartado, informaremos a las personas, de todo lo relacionado con la Alimentación y Nutrición)

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

PESCADO AZUL

POR QUÉ TENEMOS QUE COMER PESCADO AZUL?

Por: Marta Castells. Farmacéutica



El pescado azul tiene una elevada proporción de grasa en su carne. Contiene 5g de grasa por 100g de pescado.

Son pescados azules:

Lista completa de pescados azules

El grupo de los **pescados azules** es bastante amplio, y además de las alternativas que te hemos mencionado antes, también se incluyen:

- **La anguila.- El salmón.- El boquerón.- La anchoa.- El salmonete.- El pez espada o emperador.- El bonito.- El congrio.- El cazón.- La caballa.- El jurel.- La lamprea.- El arenque.- La trucha.- El rodaballo.- El hígado de bacalao.- Las sardinas.- El atún.- La trucha**

La cantidad de grasa del pescado varía en función del tamaño, de la época del año en que ha sido capturado (antes o después del desove) y de las temperaturas de las aguas, por eso hay diferencias en las tablas de composición de alimentos en cuánto al contenido de grasa de diversos pescados pudiendo ser en ocasiones considerados como pescados blancos o azules.

PROPIEDADES NUTRITIVAS del PESCADO AZUL

El pescado azul es una buena fuente de

- proteínas (similar a la carne y al huevo),
- grasas insaturadas (oleico, linoleico y omega 3),
- minerales (yodo, hierro -algo menos que en la carne-, fósforo, magnesio y calcio -en las especies que se toman con espina-)
- y vitaminas A, D y B12.

¿Por qué ES BENEFICIOSA la grasa del pescado azul?

El pescado azul es rico en grasas insaturadas; entre ellas cabe destacar los **ácidos grasos omega 3 (W3)**, con efectos saludables como:

- reducir los niveles de **triglicéridos en sangre**,
- disminuir la **presión arterial**,
- disminuir el riesgo de **trombosis**,
- aumentar la **vasodilatación arterial**.

Es decir, en el contexto de una dieta equilibrada, **las grasas insaturadas contribuyen a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares**.

Los científicos llevan ya muchos años investigando las **propiedades beneficiosas para el ser humano de los ácidos grasos omega 3**, al descubrir que los esquimales y los japoneses, con un consumo muy elevado de pescado azul, tienen la tasa más baja de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

¿Para qué personas resulta especialmente RECOMENDABLE?

- Para quien quiera llevar una **alimentación sana, variada y equilibrada**.
- **Para quienes tienen riesgo de padecer o padecen una enfermedad cardiovascular**, ya que los ácidos grasos tipo omega 3 manifiestan un efecto protector, puesto que disminuyen la viscosidad de la sangre, reduciendo así el riesgo de formación de trombos.
- También es especialmente recomendable **para los deportistas, las personas mayores y las mujeres embarazadas**.

¿Qué CANTIDAD es la recomendada, por semana?

- El pescado azul forma parte de nuestra **dieta mediterránea**.
- El consumo recomendado sería: **dos días por semana, pescado azul, y otros dos, pescado blanco**.
- **Y en caso de enfermedades cardiovasculares, puede aumentarse el consumo de pescado azul hasta cuatro veces por semana**.

¿Es preferible alguna TEMPORADA concreta para comer pescado azul?

Depende de la especie:

- el **salmón** se consume todo el año;
- la **sardina** se consume de abril a octubre;
- el **jurel**, de diciembre a mayo

Recuerde que, si no es fresco, lo puede consumir congelado en cualquier época, y también en salazón o en conserva, pero contienen más sal.

La cantidad de grasa en los peces es mayor en verano y principios de otoño. También depende de la edad del pez, del tamaño (a mayor edad y mayor tamaño, mayor proporción de grasa) y de la temperatura del agua. La hembra, antes del desove, es cuando acumula más grasa.

¿Cómo hay que COCINARLO para que no pierda sus propiedades **nutritivas**?

Las diversas formas de cocinado no afectan a los ácidos grasos omega 3. Pero sí influyen en la digestión: a la plancha, a la papillote, al horno o hervido se digiere más rápidamente que en el caso de prepararlo frito o con salsa.



EL TOMATE ES UNA FRUTA O UNA VERDURA Y POR QUÉ?

Muchos de nosotros podemos distinguir fácilmente entre la mayoría de las frutas y verduras, pero cuando se trata de la antigua pregunta de si el tomate es una fruta o una verdura, ¡no estamos seguros de qué responder!

¡No busquemos más, porque la respuesta es que los tomates son técnicamente ambos! Mientras que las frutas y verduras cuentan como parte de nuestro 5 al día recomendado las frutas y verduras tienen diferencias claras. Sin embargo, esto puede depender de si

estás hablando con un botánico, que usa la definición botánica o un nutricionista o chef, que probablemente usará la definición culinaria.

La clasificación botánica: los tomates son frutas.

Un botánico usaría la clasificación botánica, que se basa en las características fisiológicas de la planta, como la estructura, función y organización de la planta. Por lo tanto, desde el punto de vista botánico, una "fruta" es el producto con semillas que crece del ovario de una planta con flor o, en otras palabras, una fruta es la forma en que las plantas propagan sus semillas. Una fruta en el sentido botánico tendría al menos una semilla y crecería de la flor de la planta. Con esta definición en mente, los tomates se clasifican como frutas porque contienen pequeñas semillas en el medio y crecen de la flor de la planta de tomate.

Una "verdura" en términos botánicos, por otro lado, no tiene una definición establecida, pero es más un término general que abarca todos los demás aspectos comestibles de la planta, las raíces, los tallos y las hojas. Entonces, si pensáramos como botánicos, clasificaríamos los alimentos como manzanas, fresas y melocotones como frutas, ¡incluidos los tomates!

La clasificación culinaria: los tomates son verduras.

Un nutricionista, un cocinero o incluso tu abuela usarían el sistema de clasificación culinaria, que define las frutas y verduras de una manera ligeramente diferente, basándose en la forma en la que se usan las plantas y sus perfiles de sabor. En términos culinarios, una "verdura" generalmente tiene una textura más dura, un sabor más blando y a menudo se requiere cocinar en platos como guisados, sopas o salteados. Mientras que una "fruta" tiene una textura suave, tiende a ser dulce o agria y a menudo se disfruta cruda o en postres o mermeladas.

Los tomates pueden ser jugosos, dulces y se pueden disfrutar crudos. Sin embargo, también preparamos tomates en platos salados, por lo que generalmente clasificamos los tomates como verduras.



Figura 1. Clasificación botánica vs culinaria de los tomates

Clasificación botánica vs culinaria

Entonces, ¿por qué podemos clasificar los tomates de dos maneras diferentes, cuando nos confunde a todos? Estas definiciones tienen sus propios propósitos. Por ejemplo, la clasificación botánica es útil para un botánico cuando quiere descubrir el origen de los tomates, le ayuda a identificar diferentes variedades de tomates (¡hay más de 10.000 variedades!) o comprender cómo cultivar y cosechar diferentes tomates.

La definición culinaria puede ser más útil para el público en general, para los nutricionistas y los chefs porque los alimentos que pertenecen a la misma familia botánica pueden no tener las mismas composiciones nutricionales. Por ejemplo, el melón cantalupo, la sandía, la calabaza violín, el pepino y la calabaza pertenecen a la misma familia botánica, pero tienen diferentes composiciones nutricionales.¹

Otras frutas botánicas que culinariamente se consideran vegetales: aguacate, aceitunas, calabaza, tomate, maíz dulce, calabacín, pepino, guisantes, chile, berenjena.



Figura 2. Frutas botánicas que culinariamente se consideran vegetales

Los tomates son parte de tus 5 al día

Para las recomendaciones de 5 al día, los tomates se clasifican como verduras de ensalada, que es la definición culinaria, porque así es como la mayoría de la gente aprende sobre frutas y verduras. Una porción de tomate para adultos es un tomate mediano o 7 tomates cherry; recuerda comer una amplia variedad de frutas y verduras para que puedas alcanzar tu consumo diario de 5 al día.

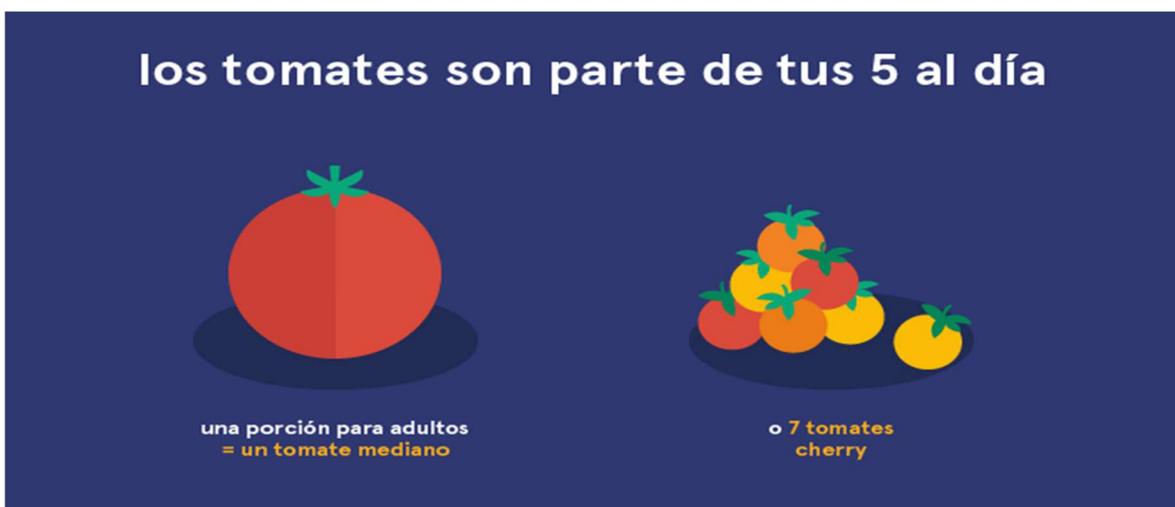


Figura 3. Tamaño de la porción de tomates

Resumen - ¡Los tomates son tanto frutas como verduras!

En resumen, los tomates generalmente se preparan en platos salados a pesar de ser una fruta en el sentido botánico, por lo que a menudo se los describe como verduras desde una perspectiva culinaria. ¡A quién le importa, sin embargo, cuando los tomates saben tan bien! Todos podemos estar de acuerdo en que los tomates son una merienda fácil,

deliciosos en guisados, y que son una opción sana en nuestras dietas, proporcionándonos fibra, vitaminas y minerales. //Fuente: EUFIC//

10 CONSEJOS PARA ADULTOS SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

1. Coma variado

Para tener una buena salud necesitamos más de 40 nutrientes diferentes, y ningún alimento los proporciona todos. No se trata de una comida aislada, sino de realizar elecciones de alimentos equilibradas de manera continuada. ¡Así marcará la diferencia!

-Se puede tomar un almuerzo con un contenido de grasas alto si se acompaña de una cena baja en grasas.

- Si cena una ración grande de carne, puede que el pescado sea la mejor opción para el día siguiente.

2. Consuma una gran cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono como base de su dieta

Aproximadamente la mitad de las calorías de la dieta debería proceder de alimentos ricos en hidratos de carbono, como cereales, arroz, pasta, patatas y pan. Es una buena idea incluir al menos uno de estos productos en cada comida. Los alimentos integrales, por ejemplo en forma de pan, pasta y cereales, aumentarán el consumo de fibra.

3. Sustituya las grasas saturadas por grasas insaturadas

Las grasas son importantes para disfrutar de una buena salud y de un funcionamiento corporal correcto. Sin embargo, su consumo excesivo puede repercutir negativamente en el peso y la salud cardiovascular. Hay diferentes tipos de grasas, y cada uno de ellos tiene efectos diferentes sobre la salud. Algunos consejos para mantener el equilibrio adecuado son:

- Conviene restringir el consumo de grasas saturadas —a menudo procedentes de alimentos de origen animal—, evitar completamente las grasas trans y limitar la ingesta total de grasas. Consulte las etiquetas para obtener información sobre el origen.

- El consumo de pescado dos o tres veces por semana, con al menos una ración de pescado azul, ayudará a garantizar la ingesta adecuada de grasas insaturadas.

- Al cocinar, es recomendable hervir, cocer al vapor u hornear los alimentos, en lugar de freírlos, además de eliminar la parte grasienta de la carne y utilizar aceites vegetales.

4. Tome muchas frutas y hortalizas

Las frutas y las hortalizas son algunos de los alimentos más importantes por su aporte suficiente de vitaminas, minerales y fibra. Deberíamos intentar consumir al menos cinco raciones al día. Por ejemplo, un vaso de zumo natural de fruta en el desayuno, quizás una manzana o una rodaja de sandía entre horas, y una buena ración de diferentes hortalizas en cada comida.

5. Reduzca la ingesta de sal y azúcar

Un consumo alto de sal puede aumentar la presión arterial y el riesgo de cardiopatía coronaria. Se puede reducir la sal de la dieta de varias maneras:

- Al comprar, elegir productos con menor contenido de sodio.
- Al cocinar, sustituir la sal por especias, aumentando así la variedad de aromas y sabores.
- Al comer, evitar poner la sal en la mesa, o al menos no añadir sal hasta haber probado la comida.

El azúcar aporta dulzura y un sabor atractivo, pero las bebidas y los alimentos azucarados son muy calóricos y se recomienda un consumo moderado, como capricho ocasional. En su lugar, podríamos utilizar fruta, incluso para endulzar la comida y la bebida.

6. Coma con regularidad y controle el tamaño de las raciones

La mejor fórmula para tener una dieta saludable es comer alimentos variados, con regularidad y en las cantidades correctas.

Saltarse las comidas, en especial el desayuno, puede provocar una sensación de hambre incontrolada que a menudo empuja inevitablemente a cometer excesos. Comer entre horas puede ayudar a controlar el hambre, pero estos refrigerios no deberían sustituir las comidas principales. Como tentempié, podemos tomar un yogur, un puñado de frutas frescas o secas o de hortalizas —como palitos de zanahoria—, frutos secos sin sal o quizás algo de pan con queso.

Si prestamos atención al tamaño de las raciones evitaremos consumir demasiadas calorías y podremos comer todos los alimentos que nos gustan, sin necesidad de prescindir de ninguno.

- Al cocinar la cantidad correcta, es más fácil no comer en exceso.
- Algunos tamaños de raciones razonables son 100 g de carne, media pieza de fruta y media taza de pasta cruda.
- Si se utilizan platos más pequeños, será más fácil comer raciones más pequeñas.
- Los alimentos envasados con etiquetas que muestran el número de calorías podrían ayudar a controlar las raciones.
- Al comer fuera de casa, se puede compartir una ración con un amigo.

7. Beba muchos líquidos

¡Los adultos tienen que beber al menos 1,5 litros de líquido al día! O más, si hace mucho calor o desarrollan mucha actividad física. Está claro que el agua es la mejor fuente de líquido, y puede ser del grifo o mineral, con gas o sin gas, agua corriente o agua con sabor. Los zumos de fruta, el té, las bebidas sin alcohol, la leche y otras bebidas pueden estar bien, de vez en cuando.

8. Mantenga un peso corporal saludable

El peso adecuado de cada persona depende de factores como el género, la altura, la edad y la genética. El sobrepeso aumenta el riesgo de una gran variedad de enfermedades, como diabetes, cardiopatías y cáncer.

El exceso de grasa corporal es la consecuencia de comer más de lo necesario. Las calorías adicionales pueden proceder de cualquier nutriente calórico, a saber, proteína, grasa, hidrato de carbono o alcohol, pero la grasa es la fuente con mayor concentración de energía. La actividad física nos ayuda a gastar calorías y nos hace sentir bien. El mensaje es razonable y sencillo: ¡si estamos ganando peso, tenemos que comer menos y ser más activos!

9. ¡Póngase en marcha, y conviértalo en costumbre!

La actividad física es importante para las personas, independientemente de su peso y su estado de salud. Nos ayuda a quemar las calorías sobrantes, es buena para el sistema circulatorio y el corazón, mantiene o aumenta nuestra masa muscular, nos ayuda a centrarnos y mejora nuestro bienestar y salud generales. ¡No hace falta ser un atleta profesional para ponerse en marcha! Se recomienda realizar 150 minutos semanales de actividad física moderada, y puede integrarla fácilmente en su rutina diaria. Todos podríamos:

- utilizar las escaleras en lugar del ascensor,

- dar un paseo en el descanso para comer (y hacer estiramientos en la oficina en horas de trabajo),
- dedicar tiempo a una actividad familiar durante el fin de semana.

//Fuenet: EUFIC//

EL PESCADO DE PISCIFACTORÍA, ¿UNA ELECCIÓN SALUDABLE Y SOSTENIBLE?



(Imagen de Redacción)

El pescado y los mariscos representan una parte importante de una dieta saludable, aunque la creciente demanda y la sobreexplotación pesquera que afectan a muchos lugares del mundo ha provocado la disminución de las poblaciones de peces marinos en todo el planeta. El pescado de piscifactoría permite satisfacer la demanda y reduce al mismo tiempo la presión a la que están sometidas las poblaciones de peces en libertad.

Aunque el consumo de pescado ha aumentado en las últimas décadas, muchos europeos no cubren las recomendaciones y deberían incrementar su ingesta¹. El pescado y los mariscos proporcionan nutrientes esenciales que se asocian con buena salud, como proteínas, ácidos grasos poliinsaturados omega 3 de cadena larga (AGPI n-3 CL), vitaminas y minerales. No obstante, se sobrepesca alrededor del 29% de las poblaciones de peces marinos mundiales y el 61% se pesca a plena capacidad². Se han puesto en marcha actividades en toda Europa, y en el mundo, para aumentar la sostenibilidad del abastecimiento de pescado. La **Comisión Europea** ha defendido ampliamente los beneficios de la piscicultura, denominada también acuicultura³. Si se aplican buenas prácticas agrícolas, el pescado de piscifactoría es una fuente de alimentos marinos segura, sostenible y nutritiva que puede aliviar la carga de sobreexplotación pesquera que afecta a las poblaciones de alimentos marinos. Además, el pescado de piscifactoría con frecuencia está más fresco en el momento de su adquisición y elaboración.

Composición nutricional del pescado de piscifactoría frente al pescado salvaje

La composición nutricional del pescado viene determinada por diversos factores, incluidas la especie, la estación, la dieta, la ubicación, la etapa de desarrollo y la edad. Los niveles de nutrientes del pescado salvaje varían de forma considerable incluso dentro de una misma especie⁴. Los niveles de nutrientes del pescado de piscifactoría, en especial la composición en ácidos grasos, puede estar influida por su alimentación. El pescado de piscifactoría aporta cantidades de AGPI n-3 CL totales similares o mayores por ración, pero generalmente también presenta mayor cantidad de grasa que el pescado salvaje.

Tradicionalmente, los productos pesqueros como la harina de pescado y el aceite de pescado se han utilizado con mucha frecuencia como alimento de los peces carnívoros, como el salmón. Sin embargo, la disminución de las poblaciones pesqueras ha provocado un creciente cambio de tendencia hacia el uso de nutrientes de origen vegetal.

La investigación actual examina cómo influyen las diferentes prácticas de alimentación en la composición nutricional del pescado de piscifactoría. Especialmente, se intenta establecer si el contenido de AGPI n-3 CL de los peces cuya alimentación tiene base vegetal mantiene niveles similares a los de los peces cuya alimentación se basa en la harina de pescado o el aceite de pescado. Se han obtenido pruebas que demuestran que la sustitución parcial de los aceites de pescado por aceites vegetales en los alimentos de los peces puede conseguir concentraciones de AGPI n-3 CL parecidas⁶. Otra fuente prometedora de AGPI n-3 CL como alimento de los peces es el cultivo de microalgas marinas.

Pescado más seguro en la acuicultura



(Imagen de Redacción)

Los años de industrialización y actividad humana han provocado la contaminación de los océanos y mares del mundo, lo que implica que los peces y los moluscos en libertad están expuestos a contaminantes. El nivel de contaminación de los peces en libertad depende enormemente de su dieta. Los peces carnívoros, como el salmón o el atún, son las especies con más probabilidades de acumular niveles mayores de contaminantes, ya que ocupan posiciones más altas en la cadena alimentaria. No se puede controlar la dieta de los peces en libertad y los niveles de contaminantes varían mucho según la región geográfica, pero sí que se puede vigilar y controlar de cerca los niveles de contaminantes de los alimentos en la piscicultura. La legislación de la Unión Europea establece reglas estrictas, incluidos los niveles máximos de contaminantes que puede tener la alimentación en acuicultura, a fin de garantizar que el pescado de piscifactoría sea seguro para el consumo. Además, los programas de vacunación reducen los brotes de enfermedades en la piscicultura del salmón⁸.

La acuicultura, igual que cualquier actividad humana, se debe gestionar de forma sostenible y responsable para minimizar los daños al medio ambiente. Tal y como sucede con muchos tipos de animales de explotación, la acuicultura se enfrenta a numerosos desafíos, por ejemplo los brotes de enfermedades, la producción de piensos para la alimentación y la eliminación de residuos. La gestión correcta de las piscifactorías minimizará el impacto medioambiental y las licencias para piscifactorías exigen la aplicación de normas operativas que minimicen los efectos. Las normas medioambientales de la Unión Europea están entre las más estrictas y eficaces del mundo.

La acuicultura sostenible intenta dar respuesta a la creciente demanda mundial de pescado y marisco ayudando al mismo tiempo a reducir la presión a la que están sometidas las poblaciones de peces en libertad. Se está ejecutando un proyecto de 5 años de duración financiado por la Unión Europea conocido como DIVERSIFY, con el objetivo de respaldar la expansión del sector acuícola europeo mediante el desarrollo de seis especies de piscifactoría para el mercado. Para obtener más información. //Fuente: EUFIC//

¿QUÉ ES EL TAMAÑO DE LA PORCIÓN DE LA COMIDA?



(Imagen de Redacción)

¡Esto es fácil! Una porción es la cantidad de comida o bebida que **elegimos** comer en cada ocasión. Puede ser mucho o poco dependiendo de las elecciones que hagamos. Mientras la cantidad de los alimentos que comemos es nuestra decisión, podemos ser influenciados por la cantidad de comida servida en restaurantes o provista en paquetes de productores de alimentos.¹

¿Por qué deberíamos prestar la atención a los tamaños de las porciones?

Entender cuál es la porción adecuada nos puede ayudar a comer más sano y evitar comer de forma insuficiente o comer en exceso.² Lo que impulsa nuestras elecciones de alimentos es complicado y muchos factores pueden desempeñar un papel – desde el social hasta el psicológico. A veces, la cantidad de comida o la sensación de saciedad ni siquiera parecen importantes. Esto puede ser así porque:

- comemos de prisa o sin pensar,
- muchas veces comemos todos los alimentos que se han servido en nuestro plato,
- simplemente no sabemos cuánto deberíamos comer,
- seleccionamos porciones más grandes para tener una mejor relación calidad-precio.

En algunos embalajes se menciona el tamaño de la porción, en otros no. ¿Por qué?

En la UE, los productores de los alimentos pueden, pero no tienen que indicar el tamaño de la porción en el embalaje. La información que se debe mencionar en los paquetes de alimentos incluye:

- Cuánto producto contiene el paquete en total,

- Qué nutrientes y cuáles de ellos están presentes en 100g o 100ml del producto alimenticio dado.

¿Quién decide cuál es el tamaño de la porción indicada en el paquete de alimentos, si se menciona?

En general, los tamaños de las porciones no están estandarizados en Europa, y pueden variar dependiendo de la marca, del producto o del productor.⁷ Sin embargo, varias asociaciones industriales han desarrollado tamaños de porciones estándar para proporcionar la información consistente, asegurando que ciertos alimentos o bebidas estén etiquetadas con el mismo tamaño de porción, independientemente de la marca. Por ejemplo, los productores de sopa han debatido y han recomendado que la porción de sopa sea de 250ml. La asociación comercial de la industria europea de los refrescos también establece el tamaño de la porción de referencia a 250ml y los productores europeos de cereales para el desayuno han acordado un rango (30-45g) de tamaños de porción para diferentes tipos de cereales.

Los productores de alimentos, si lo desean, también pueden especificar la información “por ración”. La información “por ración” que ofrecen los productores de alimentos no es la cantidad recomendada para el consumo. Más bien, es la cantidad de alimentos que se espera que consuma un adulto promedio y cómo esto contribuye a la dieta general. Por ejemplo, 100g de mantequilla contiene, en término medio, 80g de grasa. En realidad, no comemos 100g de mantequilla a la vez. Por lo tanto, proporcionar la información por ración de mantequilla – por ejemplo por cada 10g – relejará mejor la contribución de este alimento a nuestra dieta.

¿El tamaño de la ración es lo mismo que el tamaño de la porción?

¡Esto puede ser bastante confuso! A veces un tamaño de porción y de ración es lo mismo, pero pueden diferir. Sabemos ahora que una porción es una cantidad de alimentos que nosotros elegimos comer mientras que el tamaño de la ración es una cantidad específica, medida de alimentos, como una cuchara, un vaso o un trozo. Imagine una hogaza de pan. La ración recomendada podría ser de 1-2 rebanadas, pero la porción que usted escoge comer puede variar. Puede depender de cómo quiere usted comer pan, qué más está comiendo con él y cuánto necesita.

¿Comida desempacada? ¿Ningún tamaño de porción recomendado? ¿Cómo saber cuánto hay que comer?

La orientación dietética proporcionada por cada país, a menudo representada como una pirámide alimenticia o un plato, puede ser un buen comienzo. Los puede usar para saber qué alimentos hay que comer y en qué proporciones, para lograr una dieta sana y equilibrada. ¿Su país tiene su propia pirámide alimenticia o el Plato para Comer Saludable (el plato Eatwell) a la que se puede referir?

También deberíamos recordar que ciertos alimentos proporcionan más energía que otros, lo que significa que proporcionan más calorías por ración. Esto se llama “la densidad

energética”. Por ejemplo, el helado hecho de crema entera y azúcar puede clasificarse como alimento de alta densidad energética. Por otra parte, la mayoría de fruta y verdura tiene baja densidad energética. Por lo tanto, el tamaño de una porción de fruta y verdura debería ser más grande que la de helado para proporcionar la misma cantidad de calorías. Los alimentos de baja densidad energética son a menudo ricos en nutrientes. Si bien, los alimentos de alta densidad energética deberían disfrutarse con moderación, sin perder de vista el tamaño de las porciones.

Como una guía general, intente seguir los siguientes consejos:

- Coma por lo menos cinco porciones diferentes de fruta y verdura coloridas cada día
- Haga que las patatas, el pan, el arroz, la pasta u otros carbohidratos ricos en almidón sean la base de una comida, eligiendo granos enteros cuando sea posible
- Trate de tener tres porciones de productos lácteos (o alternativas a los lácteos) por día, eligiendo las opciones con menos grasa y menos azúcar
- Coma proteínas como alubias, legumbres, pescado, huevos y carne (incluyendo 2 porciones de pescado cada semana, una de las cuales debería ser aceitoso)
- Beba 6-8 vasos de agua, leche baja en grasa, y bebidas sin azúcar incluido el té y el café, por día que debería sumar hasta 1.5-2 litros al día

¿Comer en un restaurante y abrumado por la porción de comida que tiene en frente?

En restaurantes, si la comida servida le parece demasiado, pregúntele a su camarero que quite inmediatamente la mitad de la cantidad y que la empaque para que usted la lleve a casa. ¡Esto no solo ayuda a controlar cuánto come, sino que también evita el desperdicio de la comida con proporcionar otra comida para el día siguiente!

¿Puedo calcular fácilmente cuánto debería ser una porción?

Deberíamos vigilar nuestros tamaños de porciones y hacer que coincidan con los tamaños de raciones aconsejadas. Para calcular la cantidad correcta o la porción correcta, podemos usar las manos, unas comparaciones visuales o unos simples instrumentos de medición que se pueden encontrar en la cocina.

Por ejemplo, **una ración y por lo tanto porción** de:

- fruta es una manzana pequeña o un puñado de bayas
- verduras es una zanahoria mediana o dos puñados de brocoli rebanado (que es aproximadamente 80g)
- pan es una rebanada o la mitad de un bajel
- carne puede caber en la palma de la mano
- queso es el tamaño de una caja de cerillas pequeña
- agua debería llenar el vaso
- mantequilla se puede medir con una cucharita

¿Qué pasa con los niños? ¡Seguro que sus porciones son más pequeñas!

¡Así es! La cantidad de comida que necesitamos y, por lo tanto, los tamaños de nuestras porciones varían dependiendo de nuestro peso, género, salud, y cuán activos estamos. ¿Se acuerda de la pirámide? Se puede usar como referencia para los niños de más de 2 años de edad. Solo recuerde, cuando se ajusta un tamaño de porción para los estómagos pequeños, el equilibrio general de los alimentos debería permanecer igual, lo que importa es el tamaño de la porción. Todavía podemos usar las manos como guía para las porciones individuales. Por ejemplo, si un puñado de bayas es una porción, los niños cogerán menos y por lo tanto consumirán menos que los adultos. ¡Qué herramienta más útil de medir siempre en nuestros bolsillos!

¿Qué es el tamaño de la porción de la comida?

¡Esto es fácil! Una porción es la cantidad de comida o bebida que **elegimos** comer en cada ocasión. Puede ser mucho o poco dependiendo de las elecciones que hagamos. Mientras la cantidad de los alimentos que comemos es nuestra decisión, podemos ser influenciados por la cantidad de comida servida en restaurantes o provista en paquetes de productores de alimentos.

¿Por qué deberíamos prestar la atención a los tamaños de las porciones?

Entender cuál es la porción adecuada nos puede ayudar a comer más sano y evitar comer de forma insuficiente o comer en exceso. Lo que impulsa nuestras elecciones de alimentos es complicado y muchos factores pueden desempeñar un papel – desde el social hasta el psicológico. A veces, la cantidad de comida o la sensación de saciedad ni siquiera parecen importantes. Esto puede ser así porque:

- comemos de prisa o sin pensar,
- muchas veces comemos todos los alimentos que se han servido en nuestro plato,
- simplemente no sabemos cuánto deberíamos comer,
- seleccionamos porciones más grandes para tener una mejor relación calidad-precio.

En algunos embalajes se menciona el tamaño de la porción, en otros no. ¿Por qué?

En la UE, los productores de los alimentos pueden, pero no tienen que indicar el tamaño de la porción en el embalaje. La información que se debe mencionar en los paquetes de alimentos incluye:

- Cuánto producto contiene el paquete en total,
- Qué nutrientes y cuáles de ellos están presentes en 100g o 100ml del producto alimenticio dado.

¿Quién decide cuál es el tamaño de la porción indicada en el paquete de alimentos, si se menciona?

En general, los tamaños de las porciones no están estandarizados en Europa, y pueden variar dependiendo de la marca, del producto o del productor.⁷ Sin embargo, varias asociaciones industriales han desarrollado tamaños de porciones estándar para proporcionar la información consistente, asegurando que ciertos alimentos o bebidas estén etiquetadas con el mismo tamaño de porción, independientemente de la marca. Por ejemplo, los productores de sopa han debatido y han recomendado que la porción de sopa sea de 250ml. La asociación comercial de la industria europea de los refrescos también establece el tamaño de la porción de referencia a 250ml y los productores europeos de cereales para el desayuno han acordado un rango (30-45g) de tamaños de porción para diferentes tipos de cereales.

Los productores de alimentos, si lo desean, también pueden especificar la información “por ración”. La información “por ración” que ofrecen los productores de alimentos no es la cantidad recomendada para el consumo. Más bien, es la cantidad de alimentos que se espera que consuma un adulto promedio y cómo esto contribuye a la dieta general. Por ejemplo, 100g de mantequilla contiene, en término medio, 80g de grasa. En realidad, no comemos 100g de mantequilla a la vez. Por lo tanto, proporcionar la información por ración de mantequilla – por ejemplo por cada 10g – relejará mejor la contribución de este alimento a nuestra dieta.

¿Comida desempacada? ¿Ningún tamaño de porción recomendado? ¿Cómo saber cuánto hay que comer?

La orientación dietética proporcionada por cada país, a menudo representada como una pirámide alimenticia o un plato, puede ser un buen comienzo. Los puede usar para saber qué alimentos hay que comer y en qué proporciones, para lograr una dieta sana y equilibrada. ¿Su país tiene su propia pirámide alimenticia o el Plato para Comer Saludable (el plato Eatwell) a la que se puede referir? Lo puede descubrir en esta [página](#) de la página web de la FAO.

También deberíamos recordar que ciertos alimentos proporcionan más energía que otros, lo que significa que proporcionan más calorías por ración. Esto se llama “la densidad energética”. Por ejemplo, el helado hecho de crema entera y azúcar puede clasificarse como alimento de alta densidad energética. Por otra parte, la mayoría de fruta y verdura tiene baja densidad energética. Por lo tanto, el tamaño de una porción de fruta y verdura debería ser más grande que la de helado para proporcionar la misma cantidad de calorías. Los alimentos de baja densidad energética son a menudo ricos en nutrientes. Si bien, los alimentos de alta densidad energética deberían disfrutarse con moderación, sin perder de vista el tamaño de las porciones.

Como una guía general, intente seguir los siguientes consejos:

- Coma por lo menos cinco porciones diferentes de fruta y verdura coloridas cada día
- Haga que las patatas, el pan, el arroz, la pasta u otros carbohidratos ricos en almidón sean la base de una comida, eligiendo granos enteros cuando sea posible
- Trate de tener tres porciones de productos lácteos (o alternativas a los lácteos) por día, eligiendo las opciones con menos grasa y menos azúcar
- Coma proteínas como alubias, legumbres, pescado, huevos y carne (incluyendo 2 porciones de pescado cada semana, una de las cuales debería ser aceitosa)

- Beba 6-8 vasos de agua, leche baja en grasa, y bebidas sin azúcar incluido el té y el café, por día que debería sumar hasta 1.5-2 litros al día

¿Comer en un restaurante y abrumado por la porción de comida que tiene en frente?

En restaurantes, si la comida servida le parece demasiado, pregúntele a su camarero que quite inmediatamente la mitad de la cantidad y que la empaque para que usted la lleve a casa. ¡Esto no solo ayuda a controlar cuánto come, sino que también evita el desperdicio de la comida con proporcionar otra comida para el día siguiente!

¿Puedo calcular fácilmente cuánto debería ser una porción?

Deberíamos vigilar nuestros tamaños de porciones y hacer que coincidan con los tamaños de raciones aconsejadas. Para calcular la cantidad correcta o la porción correcta, podemos usar las manos, unas comparaciones visuales o unas simples instrumentos de medición que se pueden encontrar en la cocina.

Por ejemplo, **una ración y por lo tanto porción** de:

- fruta es una manzana pequeña o un puñado de bayas
- verduras es una zanahoria mediana o dos puñados de broccoli rebanado (que es aproximadamente 80g)
- pan es una rebanada o la mitad de un bagel
- carne puede caber en la palma de la mano
- queso es el tamaño de una caja de cerillas pequeña
- agua debería llenar el vaso
- mantequilla se puede medir con una cucharita

¿Qué pasa con los niños? ¡Seguro que sus porciones son más pequeñas!

¡Así es! La cantidad de comida que necesitamos y, por lo tanto, los tamaños de nuestras porciones varían dependiendo de nuestro peso, género, salud, y cuán activos estamos. ¿Se acuerda de la pirámide? Se puede usar como referencia para los niños de más de 2 años de edad. Solo recuerde, cuando se ajusta un tamaño de porción para los estómagos pequeños, el equilibrio general de los alimentos debería permanecer igual, lo que importa es el tamaño de la porción. Todavía podemos usar las manos como guía para las porciones individuales. Por ejemplo, si un puñado de bayas es una porción, los niños cogerán menos y por lo tanto consumirán menos que los adultos. ¡Qué herramienta más útil de medir siempre en nuestros bolsillos!

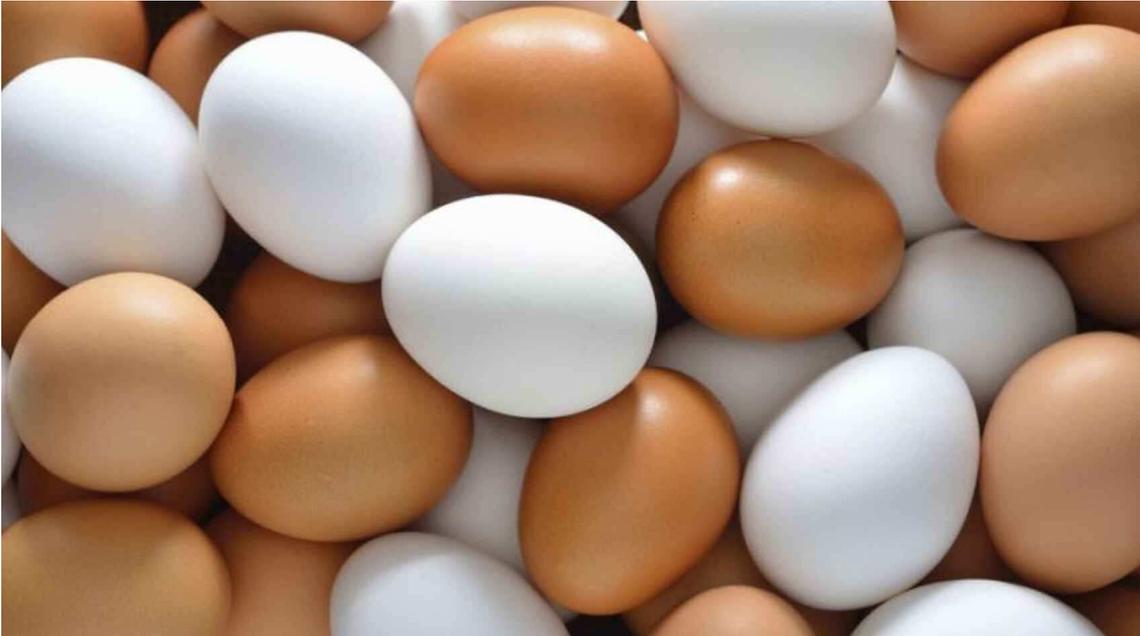
¿Cómo podemos controlar los tamaños de las porciones?

Entender cuánto necesitamos comer requiere práctica, pero hay unos trucos para mantener los tamaños de las porciones bajo control:

- Use platos pequeños

- Reduzca la velocidad y sea más consciente mientras come
- Salte las segundas porciones/no vaya por la segunda ración si ya se siente lleno
- No coma de las cajas
- Aprenda a leer las etiquetas de alimentos
- Vuelva a empacar bolsas es porciones individuales
- Use instrumentos de medición como cucharas, jarras o tazas //Fuente: EUFIC//

EL HUEVO



(Imagen de Redacción)

¿Por qué el huevo es un alimento recomendable en la dieta?

El huevo es uno de los alimentos más completos y un ingrediente básico en la alimentación y la cocina.

Tiene una gran cantidad de nutrientes y muy pocas calorías, además de una composición grasa saludable.

El huevo se considera un alimento proteico. Tiene las proteínas de mejor calidad, es decir, las que más se parecen a las que nuestro organismo necesita. Es importante su alta proporción de aminoácidos esenciales, los que no podemos fabricar y por lo tanto debemos obtener de los alimentos.

Además contiene casi todas las vitaminas (salvo la C) y minerales de gran interés (hierro, fósforo, selenio).

Dos huevos medianos (unos 100 gramos de parte comestible) se consideran una ración para un adulto, y un huevo para un niño hasta 9 años.

Una ración (dos huevos) aportan el 7% de las calorías diarias necesarias y proteínas de gran valor biológico, es decir, necesarias y fácilmente asimilables por el organismo.

El huevo no contiene hidratos de carbono, la energía que aporta proviene de los lípidos.

Los lípidos del huevo son principalmente ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados (beneficiosos para la salud cardiovascular). El huevo también contiene antioxidantes (Selenio, vitamina E, carotenoides), ácido fólico y colina, necesarios para el buen funcionamiento del organismo.

¿Cuántos huevos puedo consumir a la semana en una dieta saludable?

No es adecuado hacer recomendaciones de consumo de un alimento concreto, sino más bien seguir una dieta equilibrada. Si se tienen en cuenta las directrices de la Dieta Mediterránea, lo adecuado es un consumo de entre dos y tres raciones de alimentos proteicos al día, que pueden ser de carnes, pescado o huevos. Según las preferencias de cada uno, se pueden alternar en las distintas comidas estos alimentos, y por lo tanto, consumirse unas tres-cuatro raciones de huevos por semana.

Quien siga una dieta vegetariana necesita consumir más alimentos proteicos (huevos y lácteos), ya que la variedad y biodisponibilidad de los nutrientes que aportan permiten que la alimentación sea equilibrada sin tener que recurrir a suplementos.

¿Es recomendable limitar el consumo de huevos por su contenido en colesterol?

El huevo tiene colesterol entre sus componentes, porque éste es necesario para la vida (y por tanto para el desarrollo de un futuro embrión). En el pasado la creencia de que el colesterol de la dieta era causa de incremento del colesterol en sangre originó recomendaciones generalizadas de reducción del consumo de huevos, que hoy ya no se justifican con argumentos científicos.

Múltiples estudios publicados en los últimos años confirman que a pesar de su contenido en colesterol (unos 200mg/unidad) el consumo de huevos no eleva el riesgo cardiovascular en personas sanas, puesto que aporta fosfolípidos y grasas insaturadas en su composición, junto a algunas vitaminas y antioxidantes que favorecen la prevención de la arterioesclerosis. Las más recientes recomendaciones indican que consumir un huevo por día no supone factor de riesgo alguno en personas sanas.

Por lo tanto, no debe limitar el consumo de huevos si no tiene una indicación médica que lo aconseje. El huevo es un alimento muy nutritivo, fácil de preparar y digerir, que gusta a la mayoría de personas y que tiene una relación calidad nutricional/precio inmejorable.

Además, los huevos producidos en la Unión Europea cuentan con las mayores garantías de seguridad alimentaria, sanidad y bienestar animal y sostenibilidad en su producción.

¿Los huevos transmiten la salmonela?

La salmonelosis es una toxiinfección de origen bacteriano que normalmente se transmite a través de los alimentos cuando no se han manipulado en condiciones higiénicas. Sus síntomas son principalmente vómitos y diarrea, y puede llegar a ser grave.

Las granjas comerciales de la UE tienen planes sanitarios para controlar que las gallinas ponedoras no tengan salmonela: buenas prácticas de higiene, un elevado nivel de bioseguridad, vacunas y controles periódicos de las aves, el pienso y el agua, que son supervisados por las autoridades. Además en caso de granjas positivas, se aplican las medidas necesarias para que los huevos no lleguen al consumidor.

Pero la salmonela puede llegar a nuestra cocina desde otros alimentos, o por una manipulación inadecuada. Como consumidores tenemos que manejar el huevo de forma segura para evitar que se contamine. Mantener una higiene adecuada en la cocina, lavarse las manos y limpiar los utensilios después de manejar los huevos, cocinar los alimentos a temperatura suficiente, mantenerlos en el frigorífico tras su preparación si no son para consumo inmediato y no dejarlos a temperatura ambiente, especialmente en verano, son recomendaciones básicas.

La salmonela no resiste temperaturas habituales de cocinado, por encima de los 70°.

Evite la contaminación de alimentos ya cocinados con otros crudos.

Los huevos de granjas comerciales de la Unión Europea llevan en la cáscara marcado el código que identifica la granja de origen. Por lo tanto, la trazabilidad es total, como también el compromiso del productor para poner en el mercado solo huevos seguros.

¿Qué parte del huevo es más nutritiva - la yema o la clara?

Juntos, yema y clara forman un alimento muy rico en nutrientes.

La yema de huevo contiene la mayor parte de los nutrientes del huevo: hierro, zinc, fósforo, vitaminas A, D, E B6 y B12, ácido fólico, ácido pantoténico, colina y tiamina, así como casi la mitad de las proteínas y la riboflavina del huevo entero.

La yema es uno de los pocos alimentos que son fuente natural de vitamina D.

La clara contiene más de la mitad del total de proteínas del huevo y riboflavina.

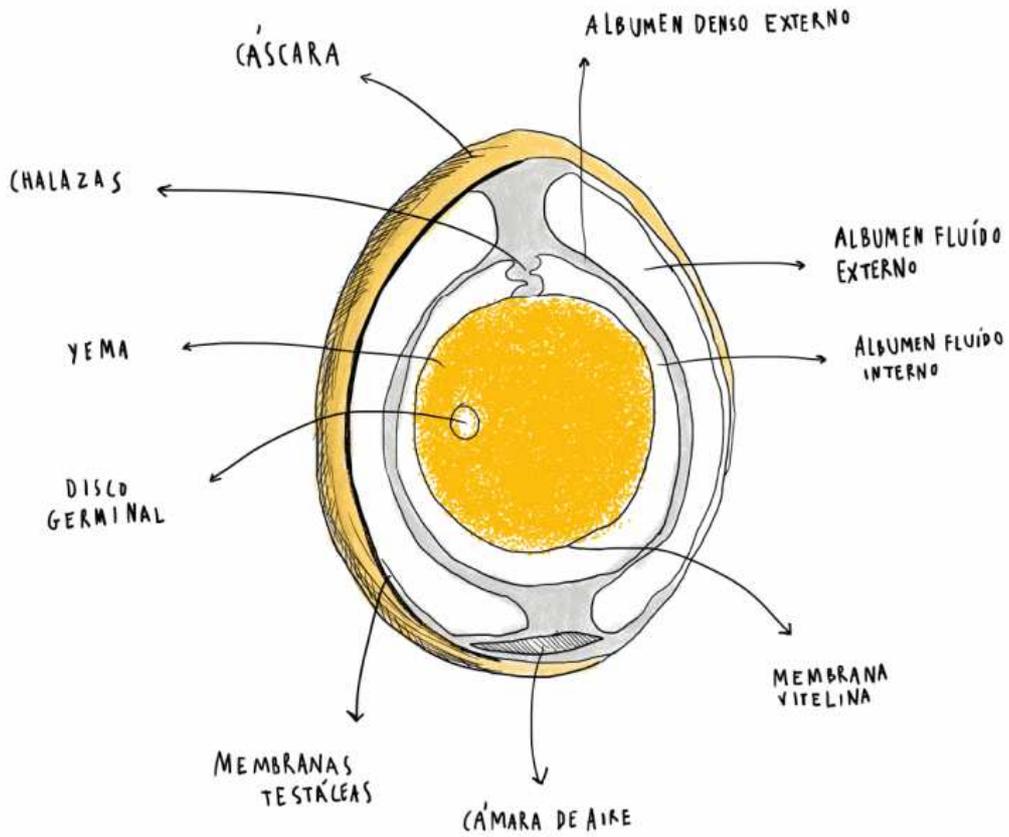
¿Los ovoproductos son igual de nutritivos que el huevo?

Los ovoproductos son huevos que se han procesado en una industria alimentaria. Se elaboran sometiendo al huevo a un tratamiento de higienización y conservación, y se presentan de forma que se facilita su uso posterior (líquidos o en polvo, huevo entero o sus partes).

Se utilizan en la industria alimentaria (de repostería, salsas o platos preparados, por ejemplo) y también en los comedores colectivos (restaurantes, colegios, hospitales e instituciones) en sustitución del huevo en cáscara. Y cada vez más en los hogares.

El término “huevo” no existe como producto derivado del huevo, y es incorrecto si se quiere nombrar a los ovoproductos.

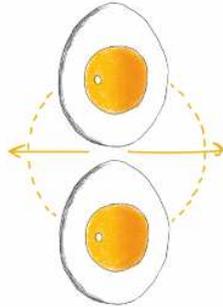
ESTRUCTURA DEL HUEVO



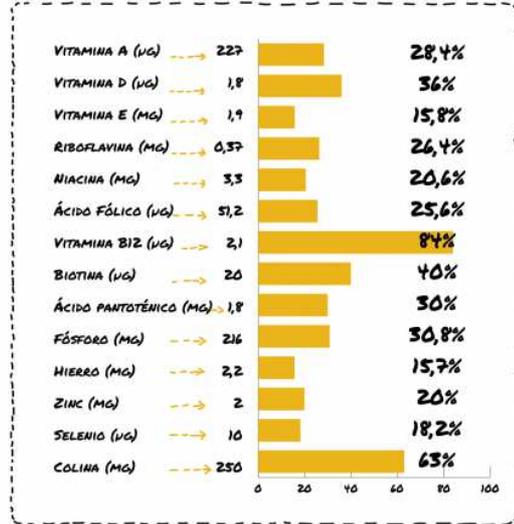
EL HUEVO, TESORO NUTRICIONAL

Valor nutricional por ración (2 huevos, unos 100 g)

MACRONUTRIENTES → % IR



MICRONUTRIENTES → % IR



IR: Ingesta diaria de referencia del nutriente para un adulto medio (8400 kJ/2000 kcal)



INFORMACIÓN SANITARIA



(Se informará de los diversos temas que afectan a la salud de las personas).
/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

QUÉ SON LAS INFILTRACIONES, PARA QUÉ SIRVE Y CÓMO SE REALIZAN?



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)

La infiltración es la **administración de un fármaco en forma de inyección antiinflamatorio y analgésico** en el lugar sintomático, pudiendo ser en el interior de una **articulación** o en otras zonas. Las infiltraciones pueden ser de rodilla, cadera, hombro, lumbar, etc., y se realiza para **eliminar el dolor de la zona** y conseguir una rápida recuperación funcionalidad.

Los profesionales de la medicina suelen recurrir a las inyecciones de infiltración cuando el tratamiento del dolor articular no se soluciona con fármacos. La sustancia utilizada varía según la zona y patología y siempre requiere reposo y descanso. ¿Cuáles son las zonas más propensas a ser infiltradas?

¿Cuándo es necesario infiltrar?

La infiltración está indicada en aquellas **enfermedades rebeldes** al tratamiento farmacológico y antes de recurrir a otras opciones terapéuticas más agresivas como puede ser la cirugía.

Se emplea, sobre todo, en patologías de causa reumatológica y traumatológica (artritis, artrosis y condropatías) y, especialmente, para el tratamiento de **bursitis, capsulitis, tendinitis y entesitis**. Las **articulaciones más infiltradas** son:

Hombro.-



(Imagen de Redacción)

Codo.-



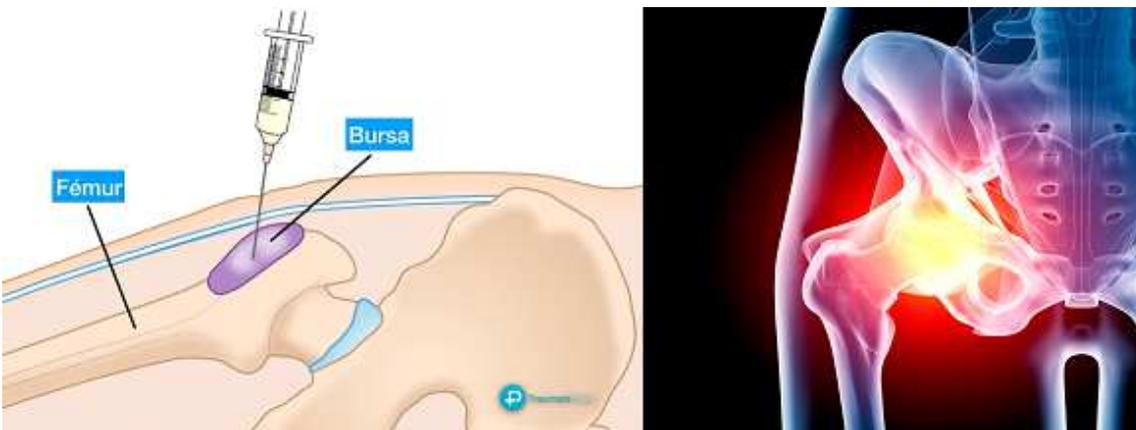
(Imagen de Redacción)

Rodilla.-



(Imagen de Redacción)

Cadera.-



(Imagen de Redacción)

Pie



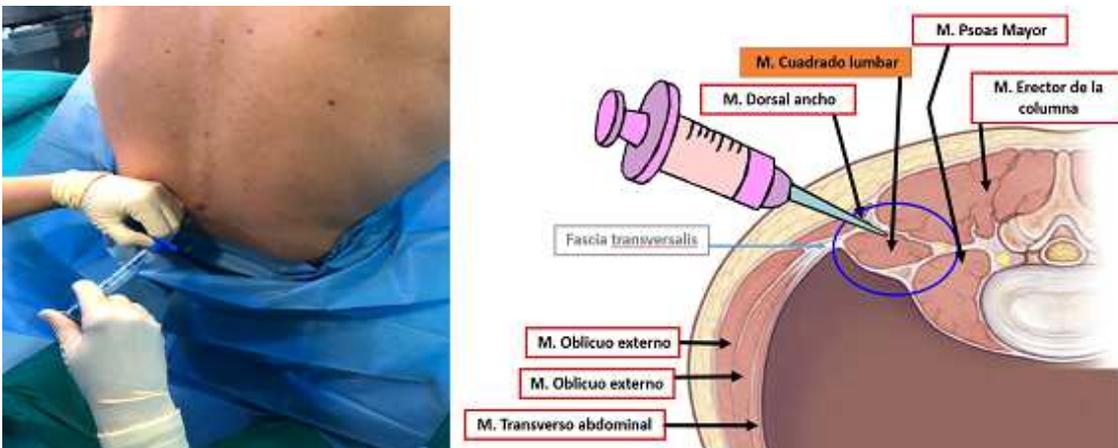
(Imagen de Redacción)

Mano



(Imagen de Redacción)

Columna (suelen realizarse con anestesiistas, guiados mediante escopia para ubicar el correcto lugar de la infiltración).



(Imagen de Redacción)

En algunas ocasiones, durante el acto de la infiltración, se procede a **drenar o vaciar** el contenido líquido del interior de la articulación. Este procedimiento se conoce como **artrocentesis**.

¿Cómo se realiza la infiltración?

La infiltración o administración del fármaco en el interior de la articulación es un tratamiento **sencillo y rápido**, aunque requiere un médico experto conocedor de la anatomía. Puede realizarse de forma **ambulatoria y no precisa preparación previa**.

El instrumental utilizado es de uso personal, es decir, material nuevo para cada paciente que luego se deshecha: guantes estériles, agujas y jeringas desechables, gasas estériles y antiséptico y un paño estéril para cubrir la zona.

Es necesario que el paciente esté correctamente informado del procedimiento y firme un consentimiento para realizarlo en la consulta.



(Imagen de Redacción)

¿Cuánto tarda en hacer efecto?

El efecto beneficioso de la infiltración no se hace palpable hasta pocas horas después de la inoculación. Si la respuesta es favorable pueden realizarse otras infiltraciones para erradicar la totalidad de síntomas, en cuyo caso las espaciaremos entre **siete días y un mes**. En general, no se recomienda infiltrar una misma articulación más de 3 a 4 veces al año ni infiltrar más de tres articulaciones en la misma visita médica.

¿Qué es el líquido que se infiltra?

El contenido líquido que infiltramos puede combinarse con **anestesia local** para minimizar el dolor de la inyección. En la misma inyección podemos administrar **diferentes tipos de fármacos**, según la lesión a tratar:

- **Ácido hialurónico**
- **Corticoides**
- **Colágeno**
- **Plasma rico en plaquetas**
- **Orthokine**

Infiltración de ácido hialurónico

Es un polisacárido constituyente fisiológico de los tejidos, da lugar a la formación de una película que favorece la reparación tisular y la cicatrización y tiene efecto **antiinflamatorio y analgésico** sobre la zona dañada. Es muy utilizada en **enfermedades reumáticas y traumatológicas** como artritis, artrosis y condropatías.

Infiltración de corticoides

Para la infiltración intraarticular es frecuente en patología inflamatoria monoarticular o de **tejidos blandos**, cuando el tratamiento farmacológico y/o rehabilitador no son suficientes o cuando estén contraindicados otros tratamientos.

Infiltración de plasma rico en plaquetas

Consiste en la **inoculación de plaquetas autólogas** (obtenidas del propio paciente) dentro de la articulación. Estas plaquetas liberan factores de crecimiento que participan en la **regeneración y reparación tisular**. Se obtienen tras el centrifugado de una muestra

de sangre extraída al propio paciente. Contiene una concentración de plaquetas superior a la de sangre periférica.

Tiempo de reposo después de una infiltración

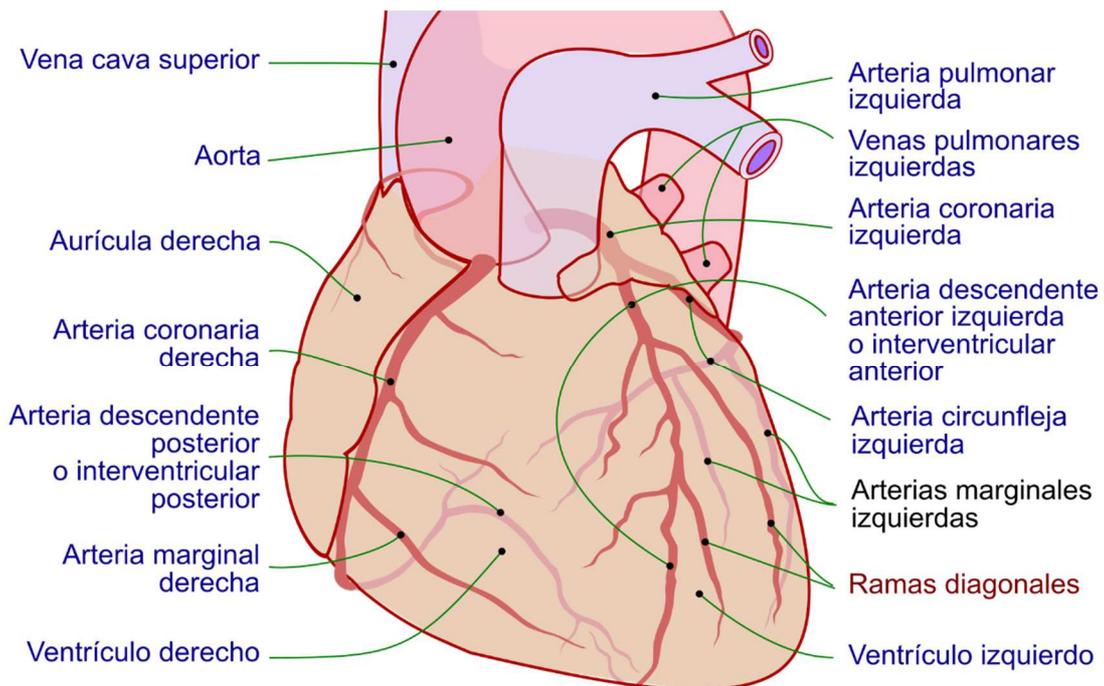
- Se recomiendan **unas horas de reposo** y la aplicación de **frío local** y un **analgésico vía oral** (si fuera necesario).
- Se deberá evitar la sobrecarga de la articulación infiltrada y revisar la evolución de la infiltración a los 7-10 días.
- Si aparece algún efecto adverso lo consultaremos con el médico.

Como toda intervención médica, **no está exenta de efectos secundarios** y contraindicaciones, pudiendo aparecer:

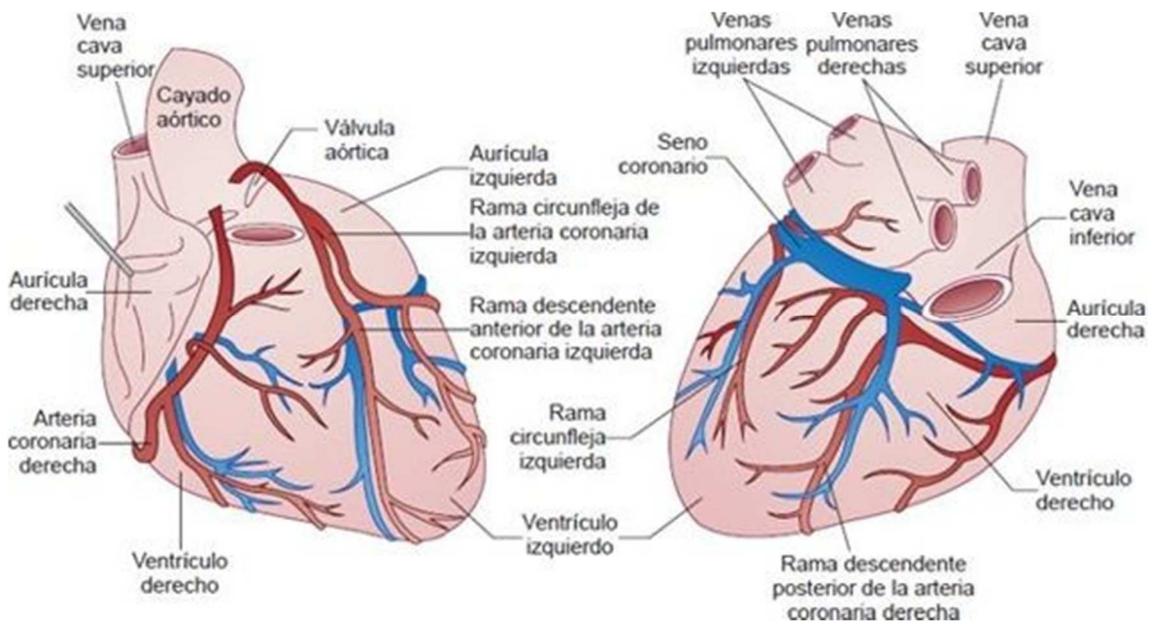
- Alergia al principio activo
- Efectos locales (atrofia o eritema)
- Efectos metabólicos (por el principio activo infiltrado como hiperglucemia por los corticoides).

Es posible que sea necesario realizar más de una infiltración para erradicar los síntomas,

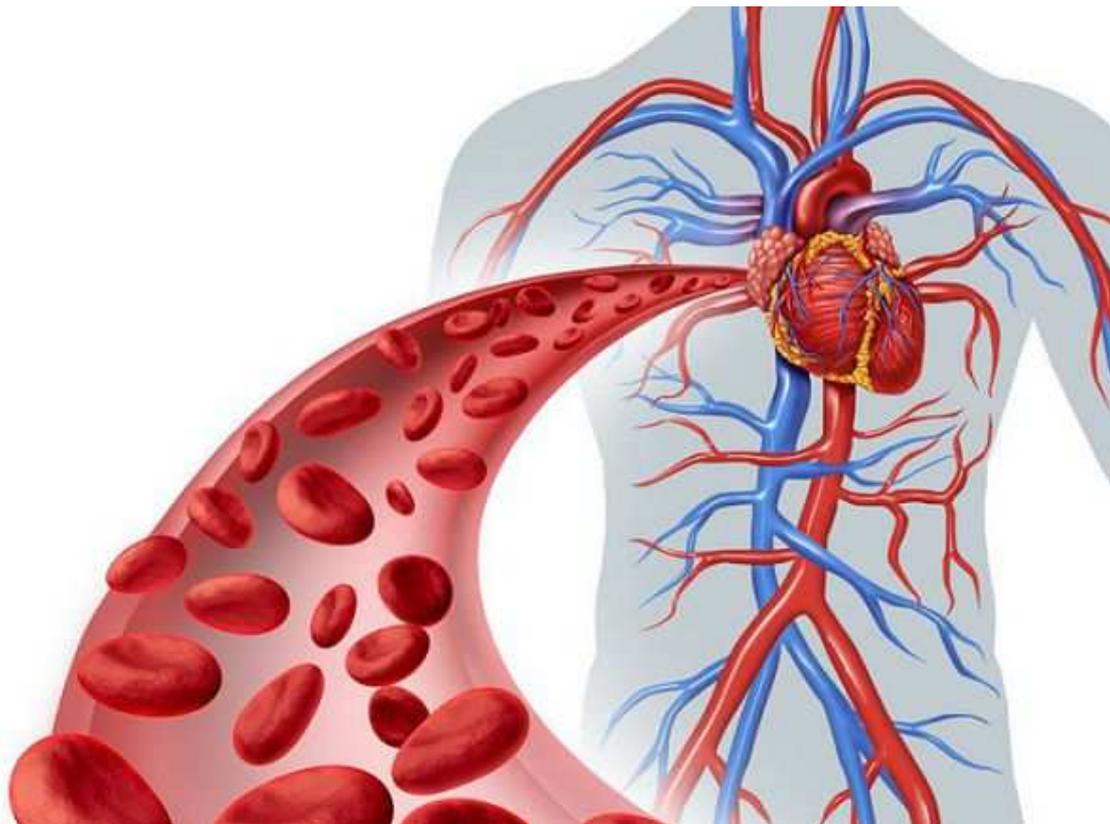
CIRCULACION ARTERIAL CORONARIA



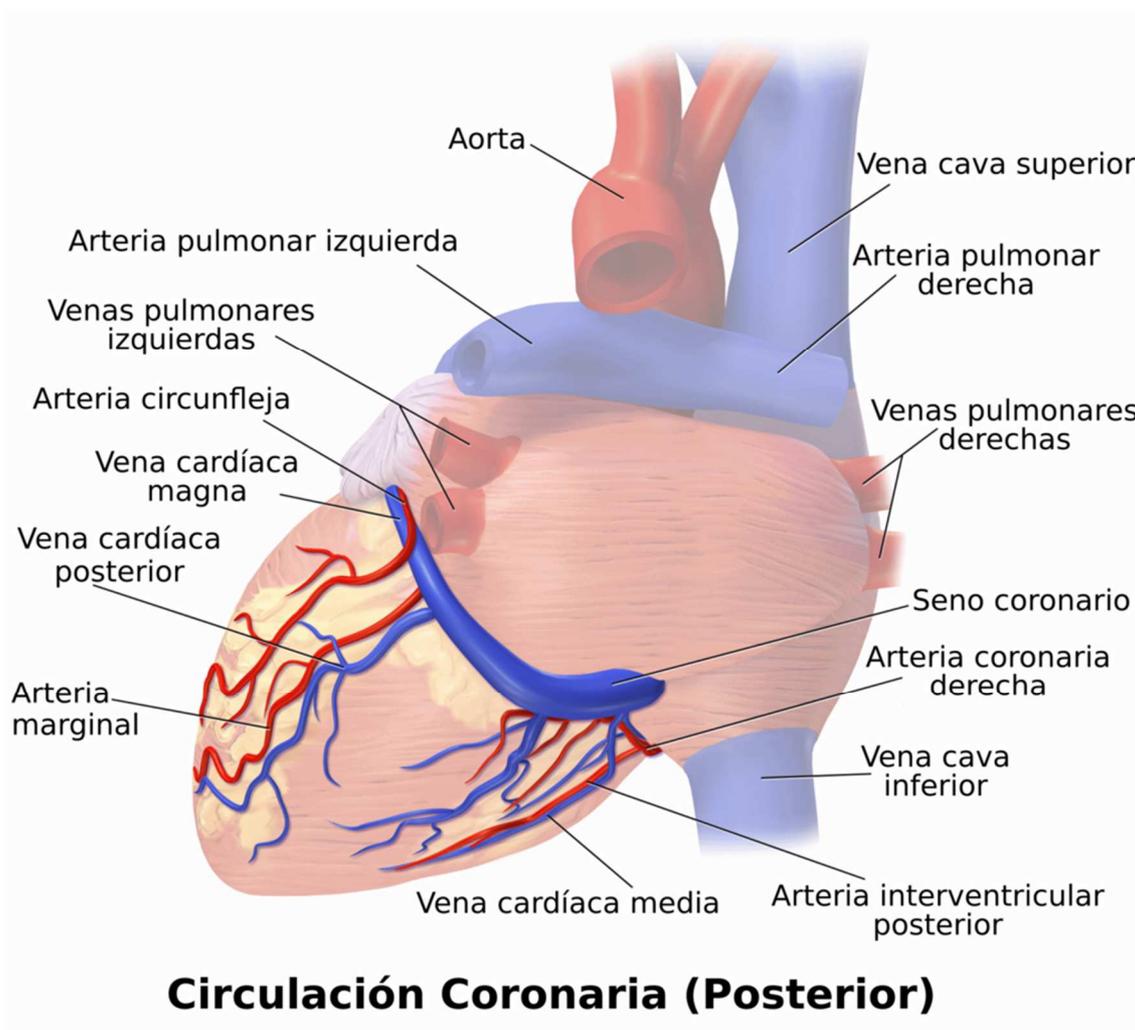
(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)

NATURALEZA Y MEDIO AMBIENTE



(Se publicaran diversos temas que nos envían diversas revistas científicas y la Unión Europea).

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

**PARQUES NACIONALES: RESERVAS
 NATURALES: PAISAJES PROTEGIDOS: ÁREAS
 MARINAS PROTEGIDAS:**

Serán varios los artículos que escribiré sobre: Parques Nacionales; Parques Naturales; Reservas Naturales; Monumentos Naturales; Paisajes Protegidos y Áreas Marinas Protegidas, es el motivo por el cual, hoy doy una breve descripción de cada uno de ellos

Parques nacionales: espacios naturales de alto valor ecológico y cultural, poco transformados por la explotación o actividad humana que, en razón de la belleza de sus paisajes, la representatividad de sus ecosistemas o la singularidad de su flora, de su fauna, de su geología o de sus formaciones geomorfológicas, poseen unos valores ecológicos, estéticos, culturales, educativos y científicos destacados cuya conservación merece una atención preferente y declara de interés general del Estado.

Parques naturales: son áreas naturales que, en razón a la belleza de sus paisajes, la representatividad de sus ecosistemas o la singularidad de su flora, de su fauna o de su diversidad geológica, incluidas sus formaciones geomorfológicas, poseen unos valores ecológicos, estéticos, educativos y científicos cuya conservación merece una atención preferente.

Reservas naturales: son espacios naturales cuya creación tiene como finalidad la protección de ecosistemas, comunidades o elementos biológicos que, por su rareza, fragilidad, importancia o singularidad merecen una valoración especial.

Monumentos naturales: son espacios o elementos de la naturaleza constituidos básicamente por formaciones de notoria singularidad, rareza o belleza, que merecen ser objeto de una protección especial. Se consideran también Monumentos naturales, las formaciones geológicas, los yacimientos paleontológicos y mineralógicos, los estratotipos y demás elementos de la gea que reúnan un interés especial por la singularidad o importancia de sus valores científicos, culturales o paisajísticos.

Paisajes protegidos: son partes del territorio que las administraciones competentes, a través del planeamiento aplicable, por sus valores naturales, estéticos y culturales, y de acuerdo al Convenio del Paisaje del Consejo de Europa, consideren merecedores de una protección especial.

Áreas marinas protegidas: son espacios naturales designados para la protección de ecosistemas, comunidades o elementos biológicos del medio marino, incluidas las áreas intermareal y submareal, que en razón de su rareza, fragilidad, importancia o singularidad, merecen una protección especial.





Parque Regional de la Cuenca Alta del Manzanares

La variedad paisajística que ofrece el Parque Regional de la Cuenca Alta del Manzanares está muy ligada a los usos tradicionales que se han desarrollado, y continúan realizándose, en la comarca en la que se ubica. La actividad pastoral en dehesas de fresno y encina y la extracción de leña y carbón han sido muy importantes en la economía tradicional de la zona, a la vez que un elemento humano con gran influencia en la configuración actual del paisaje.

La armonía lograda entre el desarrollo de las poblaciones locales y la conservación del medio natural propició que en 1992 este Parque Regional entrara a formar parte de la **Red Internacional de Reservas de la Biosfera**. Los principales intereses para su conservación son la presencia de especies amenazadas, la proximidad a un gran núcleo urbano, la existencia de agrosistemas tradicionales y de paisajes singulares representativos.





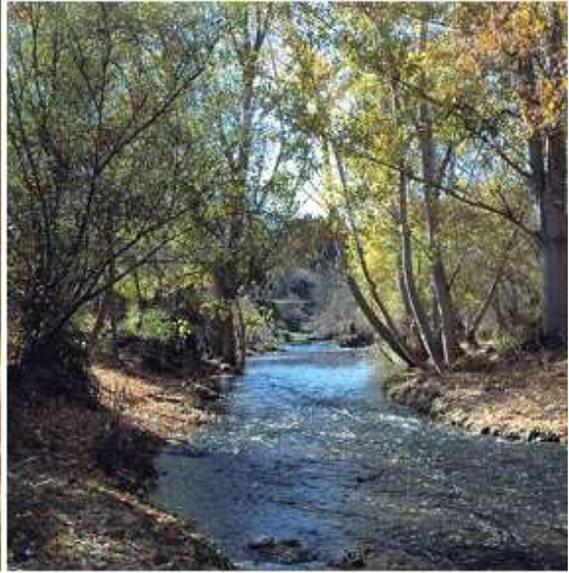


Parque Regional del Curso Medio del río Guadarrama y su entorno

El Parque Regional del Curso Medio del río Guadarrama y su entorno es un espacio natural protegido de la Comunidad de Madrid (España), situado en la zona oeste de la región. Se extiende desde el término municipal de Galapagar (a la altura del embalse de Las Nieves) hasta el de Batres, en el límite con la provincia de Toledo.

Se configura como una larga y estrecha franja, alrededor de las riberas del río Guadarrama, de unos 50 km de longitud, siguiendo un eje Norte-Sur. En su parte septentrional la franja se amplía para integrar parte del curso del río Aulencia, principal afluente del Guadarrama.

El Parque Regional protege aproximadamente el 38% del curso del Guadarrama, cuya longitud total es de 131,8 km. La presión demográfica, derivada de la existencia de numerosas urbanizaciones en las inmediaciones, algunas al borde mismo del cauce del río, constituye la principal amenaza de este espacio natural protegido.





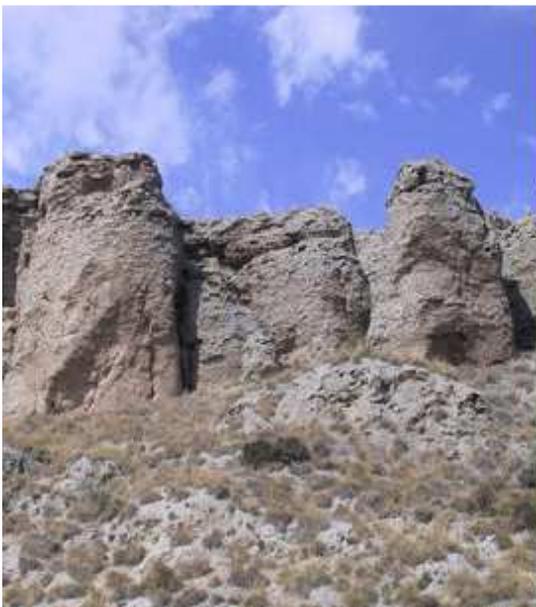
Parque Regional del Sureste

Al sureste de la Comunidad de Madrid se localiza este espacio que alberga áreas y enclaves que constituyen algunas de las entidades biogeográficas más ricas e interesantes de la región, con formaciones vegetales y poblaciones de fauna de gran diversidad y riqueza de especies, entre las que destaca la avifauna asociada a cortados y cantiles, sotos fluviales y lagunas, o aquellas otras especies que habitan en las singulares estepas de yesos y cereales de secano.

Los factores físicos, biológicos, sociales y económicos del sureste madrileño resultan ser el polo opuesto del territorio situado en las áreas serranas de la región y determinan el carácter del **Parque Regional en torno a los ejes de los cursos bajos de los ríos Manzanares y Jarama**, más conocido como Parque Regional del Sureste.

En este entorno tan peculiar, es el agua el elemento natural omnipresente y dominante, el río Jarama y sus tres afluentes, Manzanares, Henares y Tajuña, unen sus aguas en territorio del Parque, además, la existencia de numerosas lagunas, artificiales en su gran mayoría, también contribuye a ese protagonismo. Es en estos medios acuáticos donde la

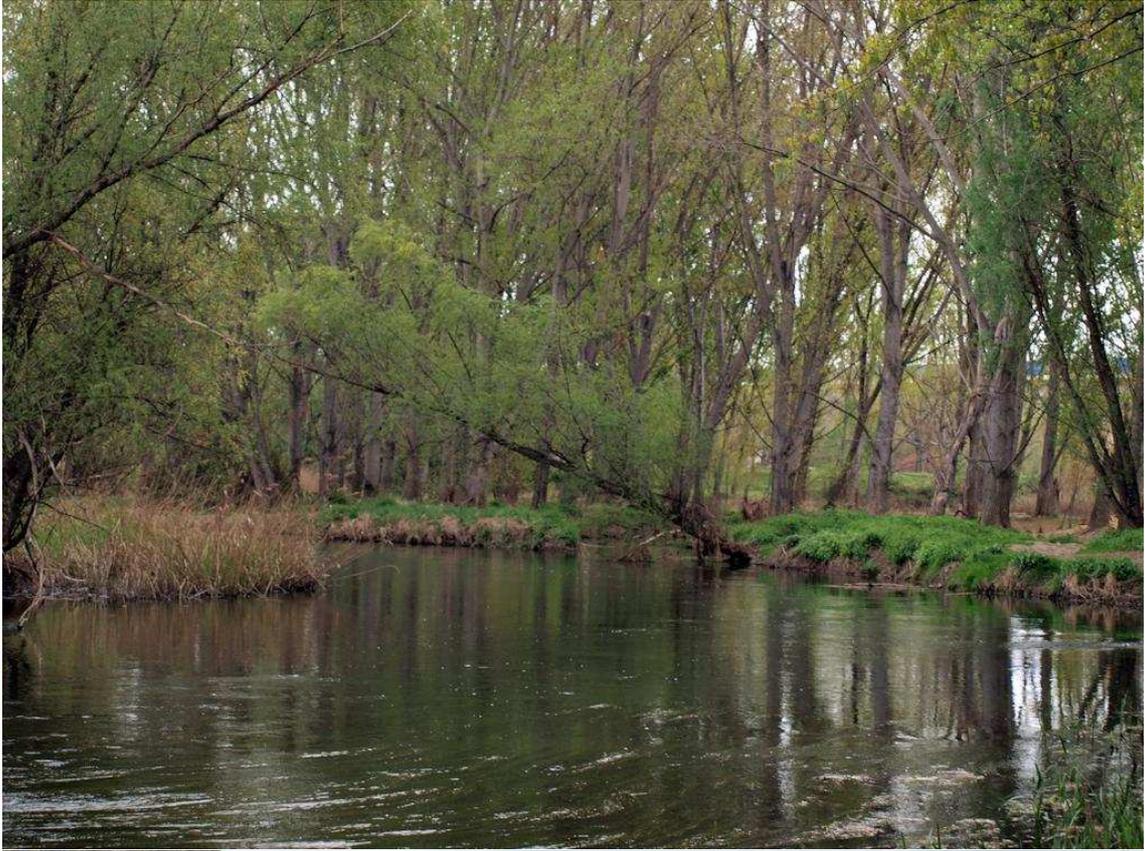
fauna, aves particularmente, encuentran lugares oportunos para su reproducción y cría, hasta 120 especies distintas encuentran alimento en la vegetación ribereña o en su fauna ictícola.















El Regajal-Mar de Ontígola



Laguna de San Juan



DERECHO Y SENTENCIAS

(En este apartado, podrán encontrar: Sentencias, artículos doctrinales y, comentarios sobre diversas leyes que más puedan afectar a las personas que hagan servir los servicios de la Sanidad y, el disfrute del Medio Ambiente).

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

CONDENA A NUEVA MUTUA SANITARIA POR LAS SECUELAS OCASIONADAS A UNA EMBARAZADA A RAÍZ DE UN RETRASO DIAGNÓSTICO DE UNA FÍSTULA RECTO-VAGINAL.

Con fecha 11 de febrero de 2022 el Juzgado de 1ª Instancia nº33 de Madrid, estima parcialmente la demanda interpuesta condenando a la demandada NUEVA MUTUA SANITARIA a que abone a la actora la cantidad de **226.614 €** en concepto de principal. El letrado encargado del caso ha sido de los Servicios Jurídicos de la Asociación 'El Defensor del Paciente'.

Doña A.P.G., de 34 años en el momento de los hechos, presentaba un embarazo controlado en curso normal. Con fecha 28 de marzo de 2015 ingresó para dar a luz en la Clínica S.E. mediante parto instrumentado y no siendo explorada convenientemente antes de ser dada de alta (**ya tenía gases y heces saliendo por la vagina, lo cual consideró el ginecólogo que era normal**). El uso de fórceps provocó un traumatismo en la mucosa rectal, **dando lugar a una fístula recto-vaginal** que no fue diagnosticada hasta pasadas seis semanas.

Dicho retraso en el diagnóstico ha producido graves padecimientos en la paciente, habiendo tenido que ser sometida a varias intervenciones quirúrgicas entre los años 2015 y 2019, las mismas recidivaban y entre las que se encuentra laparotomía, colostomía lateral. Posteriormente el estoma y plastia recto – vaginal con infiltración de células madre (terapia celular).

A pesar de ello, la fístula no cierra y Doña A.P.G. **continúa con fuga de heces a través de la vagina**. A nivel psicológico, esto le ha afectado en gran manera limitando sus salidas y relaciones sociales y sexuales, con fragilidad emocional e irritabilidad. Además, tuvo que cambiar de trabajo para poder trabajar desde casa (es abogada) y cuidar de su hijo adecuadamente y se encuentra bajo tratamiento con antidepresivos.

Actualmente se encuentran agotadas las medidas terapéuticas y Doña A.P.G. presenta secuelas de lesiones vulvares y vaginales, incontinencia anal, así como un perjuicio psicológico y estético.

Fuente: Servicios Jurídicos de la Asociación 'El Defensor del Paciente'//.

CONDENA AL SAS POR LA MUERTE DE UNA JOVEN PACIENTE MALAGUEÑA COMO CONSECUENCIA DE UNA PERITONITIS NO DIAGNOSTICADA A TIEMPO.

Un Juzgado de lo Contencioso Administrativo de Málaga, ha estimado la demanda presentada por los Servicios Jurídicos de la Asociación 'El Defensor del Paciente', en nombre de los padres y hermano de una joven paciente malagueña que falleció por no haberle diagnosticado a tiempo una peritonitis, con condena al Servicio Andaluz de Salud a abonar una indemnización de daños y perjuicios por importe de 137.083 €. Dicha sentencia ha sido recurrida por el SAS. En la demanda presentada por la Asociación 'El Defensor del Paciente', se relataba que la paciente falleció el pasado día 18 de julio de 2013 en su domicilio, a los 24 años de edad, cuando horas antes había acudido a Urgencias del Centro de Salud de Cruz Humilladero, la noche del día 17, presentando un cuadro de dolor abdominal, náuseas, mareos y malestar general de varias horas de evolución, siendo explorada en dicho centro por un facultativo, quien, a pesar de producirse durante la exploración un "vómito abundante de aspecto bilioso", no procedió a remitirla a un Servicio de Urgencias hospitalario al objeto de que le realizaran alguna prueba complementaria o consulta con especialista en Digestivo, que descartara una patología urgente, sino que emitió el diagnóstico erróneo de "COLICO BILIAR". El abogado Damián Vázquez, destaca la importancia que en este caso ha tenido el hecho de que no consta en el historial médico informe de la asistencia en Urgencias del Centro de Salud, sino que el médico, al tener conocimiento el día posterior del fallecimiento de la paciente, elaboro ex profeso un documento de Consulta y Hospitalización (P-10), para intentar justificar su actuación, y sin que el Juzgado le diera validez a ese documento realizado con posterioridad al fallecimiento. Sobre las 4,30-5,00 horas de la madrugada del día 18 de junio (pocas horas después de abandonar la paciente en ese estado el centro de salud), se produjo su fallecimiento, siendo hallada por su hermano en el sofá de su vivienda, y acudiendo los Servicios Médicos de Urgencias que la encontraron muerta a su llegada, sin poder hacer nada por ella. Incluso se solicitó una autopsia judicial, que encontró "exudado opalino, de color blanco amarillento, en la cavidad peritoneal", por lo que la

causa de la muerte fue una PERITONITIS que le provocó un shock séptico y su fallecimiento, tal y como se establece taxativamente en el Informe de Autopsia del Instituto de Medicina Legal de Málaga. Por lo que a la vista de dichos resultados la paciente presentaba ya una peritonitis junto con una grave infección bacteriana cuando acudió al Centro de Salud Cruz Humilladero, produciéndose un grave error de diagnóstico por parte del médico del Servicio Andaluz de Salud, quien emitió sin embargo el Juicio Clínico de “Cólico biliar” el día después de su fallecimiento y la dio de alta improcedentemente sin investigar las causas de sus dolencias, remitir a un hospital o especialista o realizar las pruebas diagnósticas adecuadas, falleciendo a las pocas horas en su propio domicilio por dicha mala praxis médica y error de diagnóstico, con una evidente omisión de medios y pruebas diagnósticas en perjuicio de la paciente. Se ha acreditado la negligencia médica, ya que en urgencias al llegar en ese estado, debió derivarla a un centro hospitalario de referencia, como se realiza habitualmente en estos casos, al objeto fuera examinada de forma más completa y le realizaran las oportunas pruebas complementarias, y ser atendida por un especialista en aparato digestivo, que habría detectado la peritonitis y grave infección bacteriana que realmente padecía, produciéndose por tanto un evidente error de diagnóstico, siendo tal la gravedad que pasadas pocas horas tras abandonar el centro de salud fallece sola en su propio domicilio. La sentencia es contundente al afirmar que el documento P10, en el que el Servicio Andaluz de Salud pretendía montar su defensa, fue emitido con posterioridad al fallecimiento de la paciente lo que ya, de por sí, pone en duda, cuanto mínimo, la objetividad del mismo. Pero lo cierto es que, en el momento en que se produjo la asistencia no consta en el informe emitido con motivo de la misma, ni que se hiciera se hiciera constar ninguna anamnesis o exploración de la paciente. El personal sanitario adscrito a urgencias, o centros de salud, tiene la obligación de agotar los medios a su alcance con la finalidad de diagnosticar correctamente al enfermo y en este caso no se hizo, siendo perjudicados su familia por dicho fallecimiento. Desestima igualmente la solicitud del Servicio Andaluz de Salud de reducir la indemnización por pérdida de oportunidad, y como refiere el Abogado Damián Vázquez, se condena a la Administración sanitaria al pago de la cantidad de 137.083 €, de los cuales 115.993 € corresponde a los padres y 21.089 € al hermano de la paciente, en concepto de indemnización.

Fuente: Servicios Jurídicos de la Asociación ‘El Defensor del Paciente’//.

LA DENUNCIA



(Este apartado, lo dedicaremos a denunciar todas las irregularidades que puedan afectar a la su salud y seguridad de las personas que usan la sanidad y el medio ambiente).

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

OMS ADVIERTE QUE LOS ERRORES MÉDICOS CAUSAN 2,6 MILLONES DE MUERTES AL AÑO

Más de 138 millones de pacientes se ven perjudicados por errores médicos y 2,6 millones mueren cada año, advirtió hoy la Organización Mundial de la Salud (OMS) a pocos días de celebrar el primer Día Mundial para la Seguridad de los Pacientes, con el que quiere concienciar sobre este problema.

EL DEFENSOR DEL PACIENTE CALCULA 757 MUERTES POR NEGLIGENCIA MÉDICA EN 2019

OMS: LA NEGLIGENCIA MÉDICA ES MÁS LETAL QUE EL SIDA

ENTRE 25.000 Y 35.000 ESPAÑOLES MUEREN CADA AÑO POR ERRORES MÉDICOS"

Joe Kiani, presidente del Movimiento por la Seguridad del Paciente, conversa con El Confidencial sobre uno de los mayores desafíos sanitarios: las muertes evitables

OMS PIDE REDUCIR DAÑO AL PACIENTE EN LA ASISTENCIA SANITARIA

La OMS reclama medidas urgentes para reducir el daño al paciente en la asistencia sanitaria

Los procedimientos quirúrgicos realizados con negligencia causan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes, lo que resulta en 1 millón de muertes anuales. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud asegura que los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos

5 PACIENTES MUEREN CADA MINUTO POR NEGLIGENCIA MÉDICA, SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



La OMS también afirma que los procedimientos quirúrgicos inseguros causan un millón de muertes durante o inmediatamente después de la cirugía cada año. Flickr/Official U.S. Navy Page

Un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que 2,6 millones de personas mueren cada año en países de ingresos medios y bajos a causa de una atención médica incorrecta.

El informe, que se publicó ante el primer Día Mundial de la Seguridad del Paciente, el 17 de septiembre, revela que cinco personas mueren cada minuto por negligencia médica.

La agencia de salud dice que los errores más comunes ocurren en el diagnóstico, prescripción y uso de medicamentos y por lo tanto las muertes son completamente evitables.

El coste de recetar el medicamento equivocado supone 38.000 millones de euros al año. Descubre más historias en *Business Insider España*.

Cada año, **2,6 millones de personas mueren en países de ingresos medios y bajos debido a una atención médica incorrecta**, según un reciente informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La agencia de salud espera arrojar luz sobre el tema lanzando una campaña en solidaridad con los pacientes en el primer Día Mundial de la Seguridad del Paciente, 17 de septiembre.

"Nadie debería ser perjudicado durante la atención médica. Sin embargo, en todo el mundo, al menos 5 pacientes mueren cada minuto debido a la negligencia médica", explica el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Según el informe, **4 de cada 10 pacientes** sufren perjuicios durante la atención primaria y el tratamiento ambulatorio. Los **errores más comunes ocurren en el diagnóstico, la prescripción y el uso de medicamentos**. El costo de prescribir el medicamento equivocado por sí solo es de 38.000 millones de euros al año.

"Necesitamos una **cultura de seguridad del paciente** que promueva la interacción con los pacientes, fomente la presentación de informes y el aprendizaje de los errores, y cree un entorno libre de culpa en el que los **trabajadores de la salud estén capacitados y entrenados para reducir los errores**", dice Ghebreyesus.

Además, los procedimientos quirúrgicos inseguros causan **un millón de muertes durante o inmediatamente después de la cirugía cada año**. La OMS hace hincapié en que esto es inaceptable y alienta a los países a que tomen medidas urgentes para tratar de reducir ese número.

Según la OMS, la mejora de la seguridad de los pacientes puede incluso suponer un importante ahorro económico. Sólo en los Estados Unidos, ciertas mejoras en la seguridad de los hospitales de Medicare llevaron a un estimado de **25.000 millones de euros en ahorros entre 2010 y 2015**.

PUEBLOS DE ESPAÑA



(Siempre buscaremos Pueblos y Ciudades, que no superen los CINCO MIL habitantes).

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

BESALÚ (GIRONA-CATALUÑA)



Besalú es un municipio y localidad española de la provincia de Girona, en la comunidad autónoma de Cataluña. Perteneciente a la comarca de La Garrocha, cuenta con una población de 2502 habitantes en el año 2021, está a unos 35 kilómetros de la capital de la provincia,

Besalú es uno de los principales conjuntos medievales de España, un paisaje urbano congelado en el tiempo que incluye puentes, murallas y construcciones que no han cambiado por siglos.

HISTORIA

Los orígenes: Las primeras evidencias de presencia humana en el término municipal de Besalú corresponden a los restos de una pequeña cabaña ovalada localizada a las proximidades de Can Barraca, en el noroeste de la población actual, que estuvo ocupada a finales del segundo milenio a. C. (1200 – 1100 a. C.). En cuanto al núcleo de Besalú, los restos más antiguos que se han documentado consisten en una pequeña estructura de combustión de la primera edad del hierro (650 – 600 a. C.) encontrado en la Devesa, a los pies del cerro de Santa Maria.

El asentamiento ibérico: A pesar de que todavía quedan muchas dudas para resolver, sí sabemos que Besalú fue un núcleo de poblamiento ibérico estable e importando puesto que las excavaciones realizadas desde finales del siglo XX en el centro histórico han descubierto numerosos restos ibéricos. Las más antiguas son del periodo ibérico lleno (350 – 250 a. C.).

El pasado romano: Durante la época romana Besalú se convirtió en un casco urbano próspero y dinámico. El centro, con los edificios más relevantes, debía de estar situado en lo alto del monte de Santa Maria, donde en época medieval se construyó el castillo de los condes.

Besalú medieval: Las tierras que formaban el condado de Besalú acontecieron, después de la conquista franca, al final del siglo VIII, una dependencia del condado de Girona. Su territorio no adquirió plena autonomía hasta que se produjo la reordenación territorial llevada a cabo por Guifré y Pelós al final del siglo IX y se convirtió en un condado independiente y separado de la influencia gerundense.

// Besalú is a Spanish municipality and town in the province of Girona, in the autonomous community of Catalonia. Belonging to the region of La Garrocha, it has a population of 2,502 inhabitants in 2021, it is about 35 kilometers from the capital of the province,

Besalú is one of the main medieval complexes in Spain, an urban landscape frozen in time that includes bridges, walls and buildings that have not changed for centuries.

HISTORY

The origins: The first evidence of human presence in the municipality of Besalú corresponds to the remains of a small oval hut located near Can Barraca, in the northwest of the current town, which was occupied at the end of the second millennium BC. C. (1200 – 1100 BC). As for the nucleus of Besalú, the oldest remains that have been documented consist of a small combustion structure from the first iron age (650 – 600 BC) found in La Devesa, at the foot of the Santa Maria hill. .

The Iberian settlement: Although there are still many doubts to be resolved, we do know that Besalú was a stable and important Iberian settlement nucleus, since the excavations carried out since the end of the 20th century in the historic center have discovered numerous Iberian remains. The oldest are from the full Iberian period (350 – 250 BC).

The Roman past: During Roman times, Besalú became a prosperous and dynamic urban area. The center, with the most relevant buildings, must have been located on top of the Santa Maria hill, where the castle of the counts was built in medieval times.

Medieval Besalú: The lands that formed the county of Besalú became, after the Frankish conquest, at the end of the 8th century, a dependency of the county of Girona. Its territory did not acquire full autonomy until the territorial reorganization carried out by Guifré and Pelós at the end of the 9th century and it became an independent county separated from the influence of Girona.//

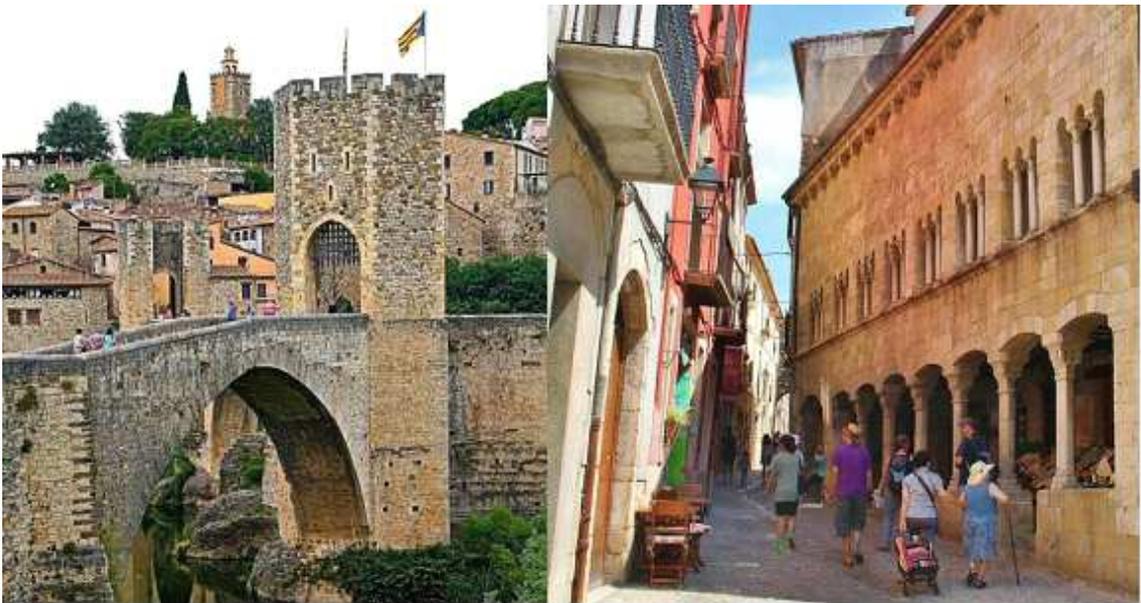








Mikvé del siglo XII. (Espacio donde se realizaban los baños de purificación prescritos por el judaísmo).



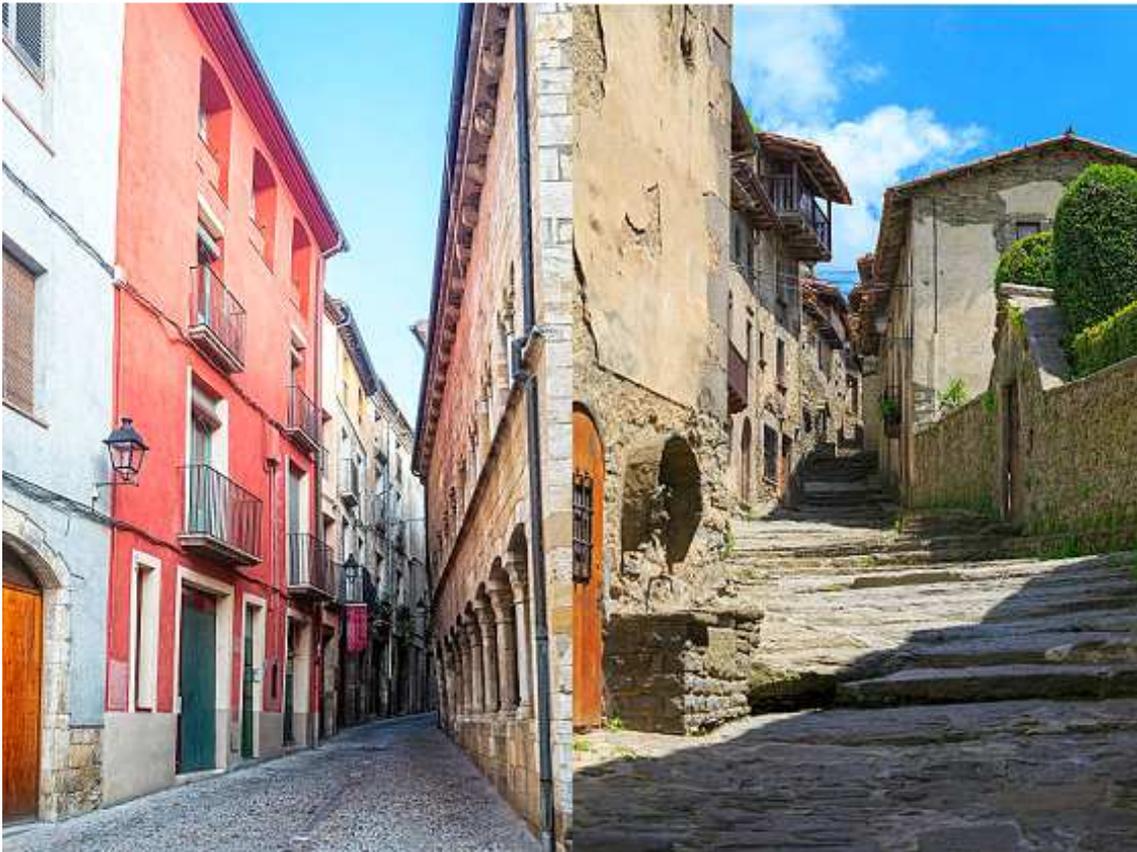












EUROPA INFORMA



Los artículos que publique en este apartado, proceden de EDJNet - The European Data Journalism Network, de la cual somos miembros.

Y de la organización de los derechos humanos

// The articles you publish in this section come from EDJNet - The European Data Journalism Network, of which we are members. And of the human rights organization//

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

EL ENTORNO INSALUBRE CONVIERTE A LOS EUROPEOS EN INSALUBRES

Según el último informe de la Agencia Europea de Medio Ambiente, una proporción significativa de la carga de morbilidad en Europa sigue atribuyéndose a la contaminación medioambiental resultante de la actividad humana.



Foto: Pixource / Pixabay (Dominio público)

El estado del medio ambiente en Europa está afectando negativamente la salud y la calidad de vida de sus ciudadanos, según muestra el último informe de la AEMA . Los datos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que hubo 630.000 muertes atribuibles a factores ambientales en la UE en 2012.

La tasa sobre la población varía según los países, desde el 9% en Noruega e Islandia hasta el 27% en Bosnia y Herzegovina. La AEMA calcula que en 2012 se perdieron más de 20 millones de años de vida saludable debido a enfermedades atribuibles a entornos de mala calidad en los 28 estados miembros.

Las comunidades socialmente desfavorecidas, los ciudadanos de las regiones europeas más pobres, los niños, los ancianos y las personas con problemas de salud tienden a ser más vulnerables. En un círculo vicioso, los niveles más altos de exposición a factores ambientales estresantes terminan exacerbando las inequidades en salud existentes.

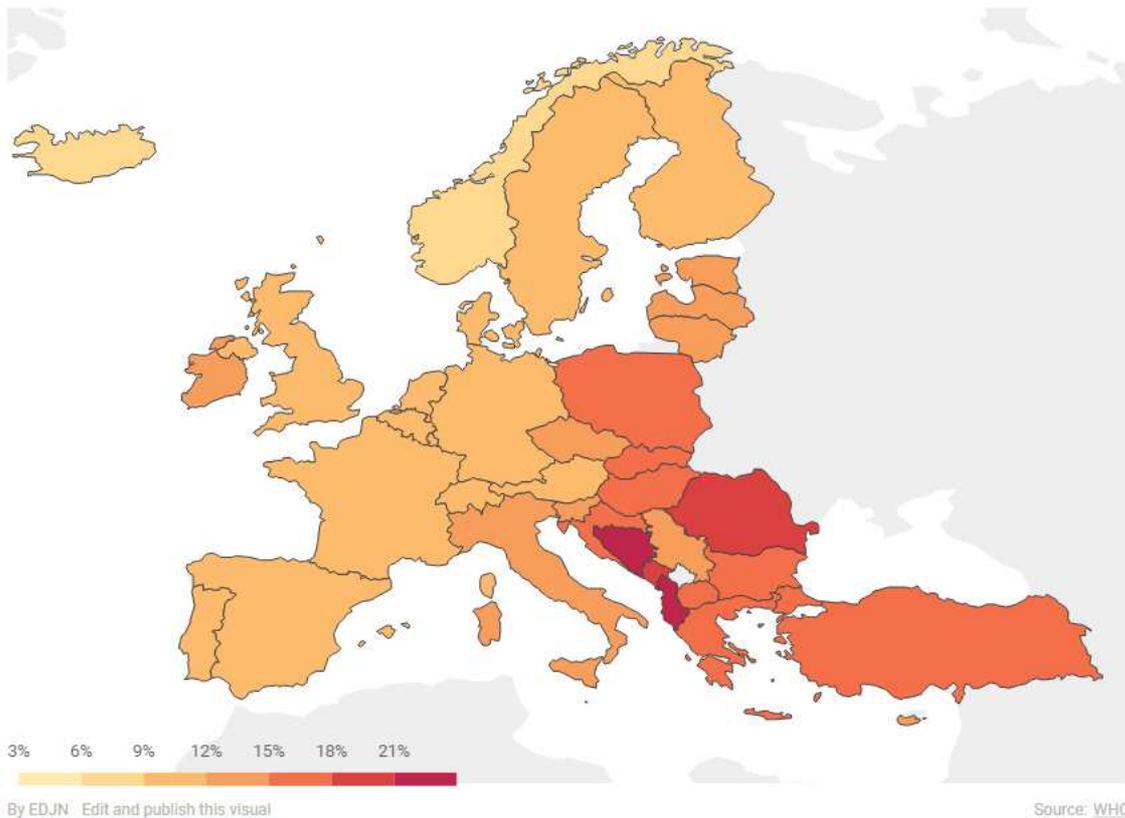
En particular, la contaminación ambiental sigue siendo la principal amenaza ambiental para la salud de las personas, vinculada a muchas enfermedades, como cáncer, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias y trastornos neurológicos.

“La contaminación del aire es el principal factor ambiental que impulsa las enfermedades, con alrededor de 400.000 muertes prematuras atribuidas a la contaminación del aire ambiental anualmente en la UE”, dice el informe. “Existe evidencia preliminar que sugiere que la exposición a largo plazo a la contaminación del aire puede aumentar la susceptibilidad al COVID-19, por lo que se necesitan más investigaciones.

Una amplia gama de enfermedades crónicas se asocia con la exposición a sustancias químicas peligrosas [...] Sin embargo, se desconoce la carga total de sustancias químicas para la salud en Europa, ya que el conocimiento de la exposición de la población europea a las sustancias químicas es limitado. También existen lagunas de conocimiento sobre los efectos de la exposición a mezclas de sustancias químicas que actúan de forma sinérgica y los efectos de la exposición a largo plazo a los disruptores endocrinos ”.

The environmental burden of disease in Europe

Percentage of overall deaths attributable to environmental pollution, by country (2012).



“No hay mucha diferencia entre 2012 y 2020, de hecho, la urgencia de abordar la contaminación ambiental y el cambio climático solo ha aumentado”, Anne Stauffer, directora de Estrategia y Campañas de la organización europea sin fines de lucro Salud y Medio Ambiente. Alliance (HEAL), dice.

“Si bien la legislación de la UE continúa avanzando, por ejemplo con nuevas propuestas sobre la reducción de las emisiones atmosféricas o la regulación de productos químicos, la ciencia sobre cómo el medio ambiente impacta nuestra salud está creciendo constantemente. La respuesta regulatoria a lo que la ciencia nos dice sigue rezagada, por lo que este informe es muy oportuno para resaltar cómo nuestra salud y un medio ambiente limpio están intrínsecamente vinculados”.

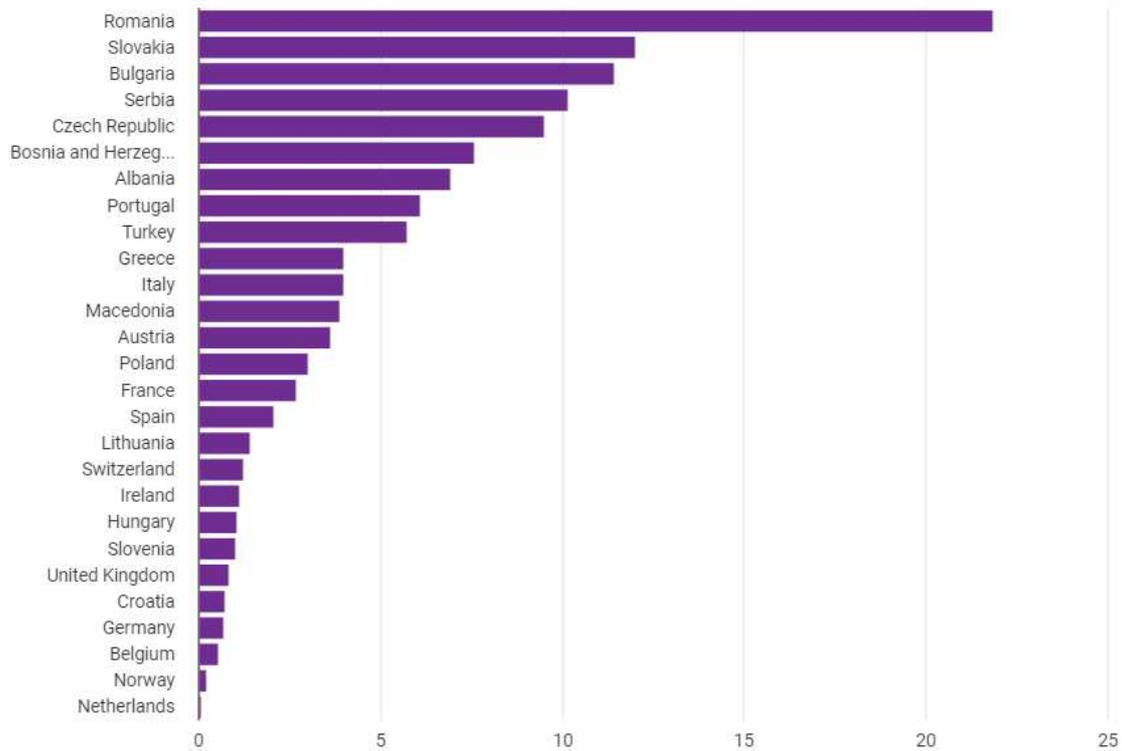
Además, el cambio climático tiene un costo significativo. “Una de las causas fundamentales del problema es que toda nuestra forma de producción, consumo y forma de vida se basa en combustibles fósiles”, añade Stauffer.

Según la AEMA, el calentamiento global provoca no solo los peligros inmediatos de los fenómenos meteorológicos extremos, sino también los patrones cambiantes de las enfermedades transmitidas por vectores, el agua y los alimentos.

Number of deaths related to flooding, by country

Rate per 1,000,000 inhabitants, 1991-2015.

Only countries which have reported casualties appear here.



By EDJN [Edit and publish this visual](#)

Source: EEA based on WHO

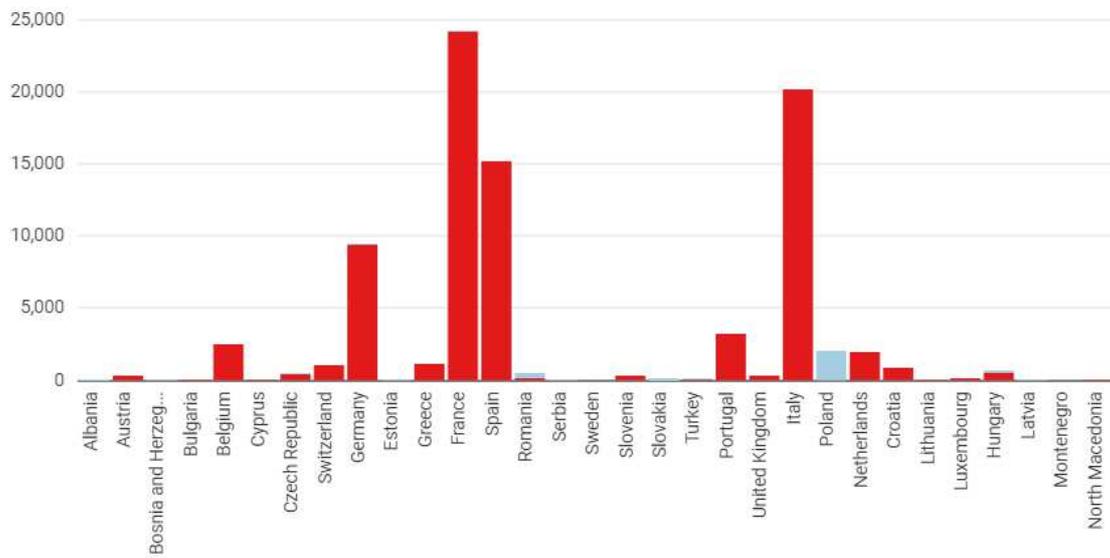
“Las olas de calor son el tipo de clima extremo más mortífero en toda Europa, y las áreas urbanas se ven particularmente afectadas por el efecto de isla de calor”, se lee en el informe. "En los escenarios actuales de calentamiento global, las muertes adicionales debido a las olas de calor podrían llegar a más de 130.000 por año".

Los cambios climáticos a largo plazo pueden dañar la infraestructura, la producción de alimentos y la biodiversidad.

Number of fatalities due to extreme temperatures by country

1990-2016

■ fatal heat ■ fatal cold



By EDJN Edit and publish this visual

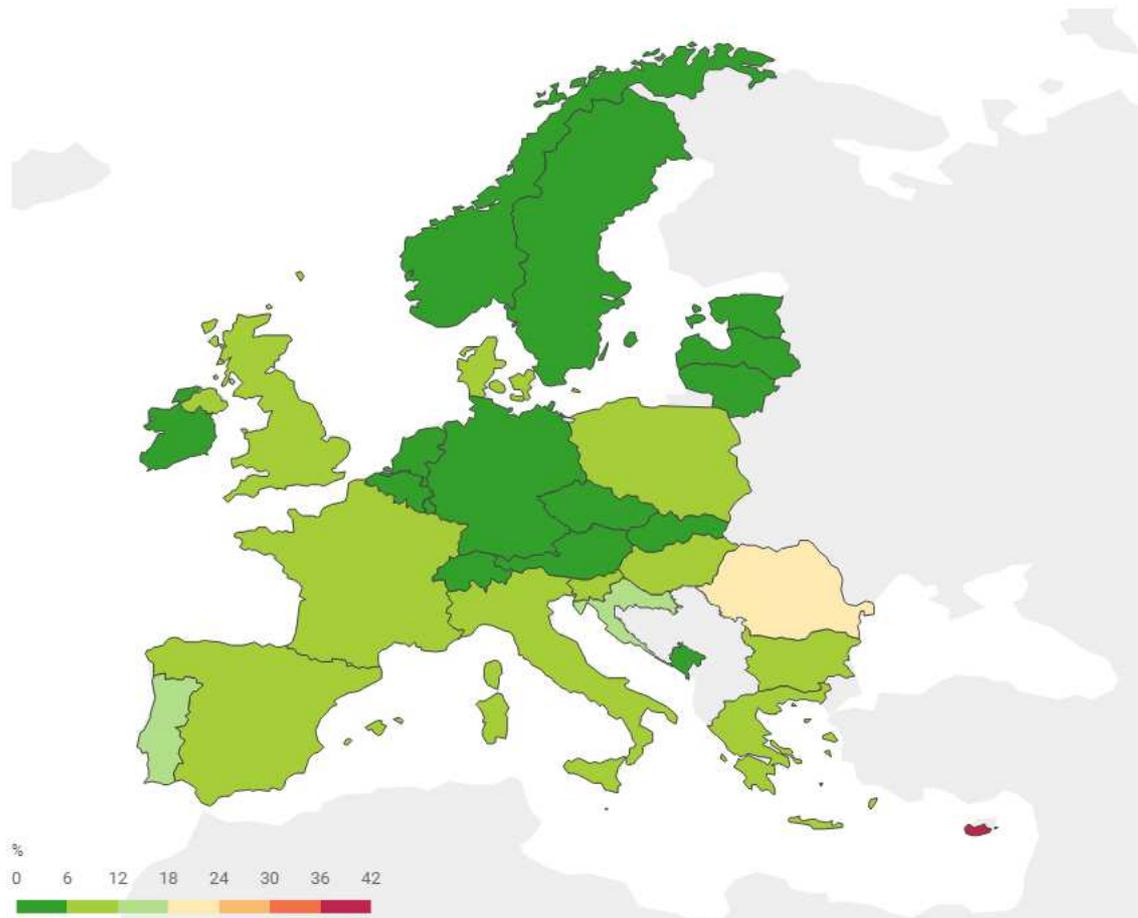
Source: EEA

“Si bien vemos mejoras en el medio ambiente en Europa y un enfoque claro en el Pacto Verde sobre un futuro sostenible, el informe indica que se necesitan acciones enérgicas para proteger a los más vulnerables de nuestra sociedad, ya que la pobreza a menudo va de la mano con vivir en condiciones ambientales deficientes, condiciones y mala salud. Abordar estas conexiones tiene que ser parte de un enfoque integrado hacia una Europa más inclusiva y sostenible”, dijo Hans Bruyninckx, director ejecutivo de la AEMA.

Por ejemplo, existe evidencia que vincula la privación social con un acceso reducido a espacios verdes y precios más altos de la vivienda en áreas residenciales más verdes que es otro factor que impulsa el acceso desigual.

Access to green urban areas in Europe

Percentage of the urban population without green areas in their neighbourhood (more than a 10-minutes walk), by country.



“Entre todo el sufrimiento y la muerte que nos ha traído el COVID-19, probablemente el único resultado positivo es que la protección de la salud está ahora firmemente en la agenda de los responsables políticos”, dice Stauffer.

“La pandemia ha vuelto a dejar en claro que nuestros ecosistemas y nuestra salud están interrelacionados. La gente está lista para un cambio. Pero los responsables de la formulación de políticas de la UE deben predicar sobre una recuperación sana, ecológica y justa, especialmente los gobiernos nacionales”.

Fuente original: <https://voxeurop.eu/en/unhealthy-environment-unhealthy-europeans/>



(En este apartado, intentare publicar una serie de artículos, todos relacionas con las enfermedades raras, los primeros artículos, estarán dirigidos sobre la Biología y la genética, después, pasare a hacer mención de las diferentes enfermedades raras, ¡cuidado!, por muy acreditado que sea el medio del cual publicamos un artículo, es solo información)

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

IBSN NECROSIS ESTRIATAL BILATERAL INFANTIL ESPORÁDICA

Definición de la enfermedad

La necrosis estriatal bilateral infantil esporádica es la forma esporádica de la necrosis estriatal bilateral infantil (IBSN) (consulte este término), un síndrome de degeneración esponjosa bilateral y simétrica del núcleo caudado, el putamen y el globo pálido, caracterizado por regresión en el desarrollo, coreoatetosis y distonía que conduce a cuadriparesia espástica.

Descripción clínica

La IBSN esporádica puede ocurrir en cualquier momento del período neonatal hasta la infancia e incluso en la adolescencia. Las características clínicas incluyen coreoatetosis, distonía, rigidez, espasticidad, disfagia, atrofia óptica, déficit intelectual, regresión en el desarrollo de habilidades motoras y verbales, falta de crecimiento, mioclonías, cuadriparesia, ataxia cerebelosa y nistagmos.

Etiología

La enfermedad se asocia con una disfunción neurológica abrupta a raíz de una enfermedad sistémica aguda febril como micoplasma, sarampión o infección por estreptococo.

Métodos diagnósticos

El diagnóstico se basa en la observación clínica de los movimientos coreoatetoides de la cara, el tronco y las extremidades, y evidencia de degeneración de los ganglios basales en las imágenes de TAC y resonancia magnética.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye la enfermedad de Wilson, la encefalomiелitis diseminada aguda, la neurodegeneración con acumulación de hierro cerebral, la enfermedad de Leigh, la enfermedad de Huntington juvenil, la aciduria metilmalónica, el déficit de guanidinoacetato metiltransferasa, la acidemia glutárica I (consulte estos términos), la intoxicación por monóxido de carbono, la arteritis de los vasos pequeños y un trauma.

Manejo y tratamiento

El tratamiento se basa en el tratamiento de la causa de la infección.

Pronóstico

El pronóstico es variable, desde una mejora gradual de los síntomas y una recuperación completa, observada tras superar la infección, a presentar secuelas neurológicas graves.

//Fuente: Orphanet//

LEUCEMIA PROLINFOCÍTICA DE CÉLULAS B (B-PLL)

Definición

La leucemia prolinfocítica de células B es una forma más agresiva, pero aún tratable, de leucemia linfocítica crónica (CLL). Las células B malignas son más grandes que el promedio. El nombre se abrevia comúnmente B-PLL. Tiene un pronóstico relativamente pobre.

Epidemiología

B-PLL es una enfermedad extremadamente rara, que comprende aproximadamente el 1% de las leucemias linfocíticas. La mayoría de los pacientes tienen más de 60 años, con una mediana de edad de 70 y un predominio masculino (relación hombre / mujer de 1.6 a 1)

Posibles Causas

Morfología

Sangre periférica y médula ósea : la mayoría (> 55% y generalmente > 90%) de las células circulantes son prolinfocitos: células de tamaño mediano (dos veces el tamaño de los

linfocitos benignos) con un núcleo redondo, cromatina nuclear moderadamente condensada, un nucleoli central prominente, y una cantidad relativamente pequeña de citoplasma débilmente basofílico. Alguna sangría nuclear puede estar presente. La médula ósea muestra infiltración intertrabecular difusa por células similares.

Tejido distinto de la médula ósea : en el bazo, afectación extensa de la pulpa blanca y roja, con prolinfocitos presentes en los nódulos de la pulpa roja y blanca. Los nódulos en la pulpa blanca pueden mostrar una apariencia bizonal con células empaquetadas en el centro y células más grandes en la periferia. Los ganglios linfáticos muestran infiltrados difusos y vagamente nodulares de células similares.

Inmunofenotipaje

Las células de B-PLL expresan fuertemente cadenas ligeras de superficie e IgM +/- IgD, así como los antígenos de células B CD19, CD20, CD22, CD79a y CD79b, y FMC7. CD5 solo está presente en aproximadamente 1/3 de los casos de B-PLL. CD5 solo es positivo en casos derivados de CLL. La expresión de CD20 (e Ig de superficie) en comparación con CLL. CD23 generalmente está ausente.

Otras pruebas relevantes

Citoquímica

Genética

Los genes de inmunoglobulina se reorganizan. B-PLL puede implicar deleciones del cromosoma 11 y el cromosoma 13. Se han informado muchos casos con puntos de interrupción que involucran 14q32, particularmente con t (11; 14) (q13; q32), que se encuentra en hasta 20% v de casos de PLL. Pérdida de heterogocidad en TP53 se han reportado en el 53% de los casos.

Subclasificación

PLL puede transformarse de CLL. *los casos de novo* de PLL deben distinguirse de la transformación de CLL, ya que este último tiene un peor pronóstico.

Diagnóstico de flujo

Las células en B-PLL expresan fuertemente Ig de superficie (kappa o lambda) e IgM de superficie, así como marcadores de células B CD19, CD20, CD22, CD79a, CD79b, FMC7. CD5 se puede expresar y CD23 generalmente está ausente.

El diagnóstico diferencial incluye MZL esplénico, MCL, B-CLL y T-PLL.

Referencias

Lente D, Matutes E, Catovsky D, Coignet LJ (2000). "Deleciones frecuentes en 11q23 y 13q14 en leucemia prolinfocítica de células B (B-PLL)". *Leucemia* 14 (3): 427-30

Del Giudice I, Davis Z, Matutes E, *et al* (2006). "El uso y la mutación de genes IgVH, la expresión de ZAP-70 y CD38 proporcionan nuevos conocimientos sobre la leucemia prolinfocítica de células B (B-PLL)". *Leucemia* 20 (7): 1231-7.

ACALASIA DEL CARDIAS ACALASIA IDIOPÁTICA

Definición de la enfermedad

La acalasia idiopática (AI) es un trastorno motor esofágico primario caracterizado por la pérdida de peristalsis esofágica y una relajación insuficiente del esfínter esofágico inferior (EEI) en respuesta a la deglución.

Epidemiología

La AI es una enfermedad rara con una incidencia anual de aproximadamente 1/200.000 a 1/59.000 y una tasa de prevalencia recientemente estimada en 1/10.000. No hay un predominio de género y la incidencia máxima ocurre entre los 30 y 60 años de edad. Se sospecha que podría haber diferencias entre distintos grupos étnicos.

Descripción clínica

La AI se caracteriza predominantemente por disfagia a sólidos y líquidos, regurgitación insípida que con frecuencia no responde adecuadamente a una prueba de inhibición de la bomba de protones (IBP) y dolor torácico. La pérdida de peso (generalmente entre 5 y 10 kg) está presente en la mayoría, pero no en todos los afectados. La pirosis ocurre en el 27%-42% de los casos. Los afectados por la enfermedad son más propensos a sufrir trastornos autoinmunes (diabetes mellitus, hipotiroidismo, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso, ver estos términos).

Etiología

Aunque la etiología exacta es desconocida, con frecuencia se considera que es autoinmune, viral o neurodegenerativa. Se han descrito algunos casos familiares, pero la rareza de la incidencia familiar no respalda la hipótesis de que la herencia genética sea un factor etiológico significativo. La AI se ha asociado con infecciones virales y se han encontrado autoanticuerpos contra el plexo mientérico, pero la relación causal sigue sin estar clara.

Métodos diagnósticos

La falta de respuesta a la terapia con inhibidores de la bomba de protones en un individuo diagnosticado inicialmente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) debe hacer sospechar la existencia de trastornos de la motilidad tales como la AI, especialmente si la disfagia es un motivo de queja adicional. El diagnóstico se basa en la historia de la enfermedad, radiografía (esofagograma con bario) y pruebas de motilidad esofágica (manometría esofágica). La evaluación endoscópica de la unión gastroesofágica y el cardias gástrico es necesaria para descartar malignidad. Las nuevas modalidades de diagnóstico, tales como la manometría de alta resolución ayudan a predecir la respuesta al tratamiento de la acalasia basada en los patrones topográficos de presión esofágica, identificándose tres fenotipos de acalasia (I-III). Los resultados sugieren una mejor respuesta al tratamiento en tipos I y II en comparación con el tipo III.

Diagnóstico diferencial

La mayoría de los afectados es diagnosticada erróneamente de una enfermedad de reflujo con regurgitación. El diagnóstico diferencial de un individuo con disfagia y regurgitación incluye ERGE, espasmo esofágico, pseudoacalasia (asociada a neoplasias malignas) y posiblemente esofagitis eosinofílica (consulte este término).

Manejo y tratamiento

Aunque la AI no se puede curar de forma completa, se logran excelentes resultados en más del 90% de los afectados. Las opciones terapéuticas médicas y quirúrgicas actuales (dilatación neumática, miotomía quirúrgica y agentes farmacológicos) tienen como objetivo reducir la presión del EEI y facilitar el vaciamiento esofágico por gravedad y presión hidrostática de los alimentos y líquidos retenidos. La dilatación neumática (DN) gradual o la miotomía quirúrgica laparoscópica con funduplicatura parcial están recomendadas como terapia inicial en función de la edad, el sexo y las preferencias del individuo, así como de la experiencia institucional local. La terapia con toxina botulínica es menos efectiva que la DN o la miotomía quirúrgica y, por lo general, está reservada para individuos que no son candidatos para terapias definitivas.

Pronóstico

El pronóstico de los individuos afectados por AI es excelente. La mayoría de los pacientes con AI que son tratados de manera apropiada tiene una esperanza de vida normal, aunque la enfermedad recurre y el afectado puede necesitar un tratamiento intermitente.

//Fuente: Orphanet//

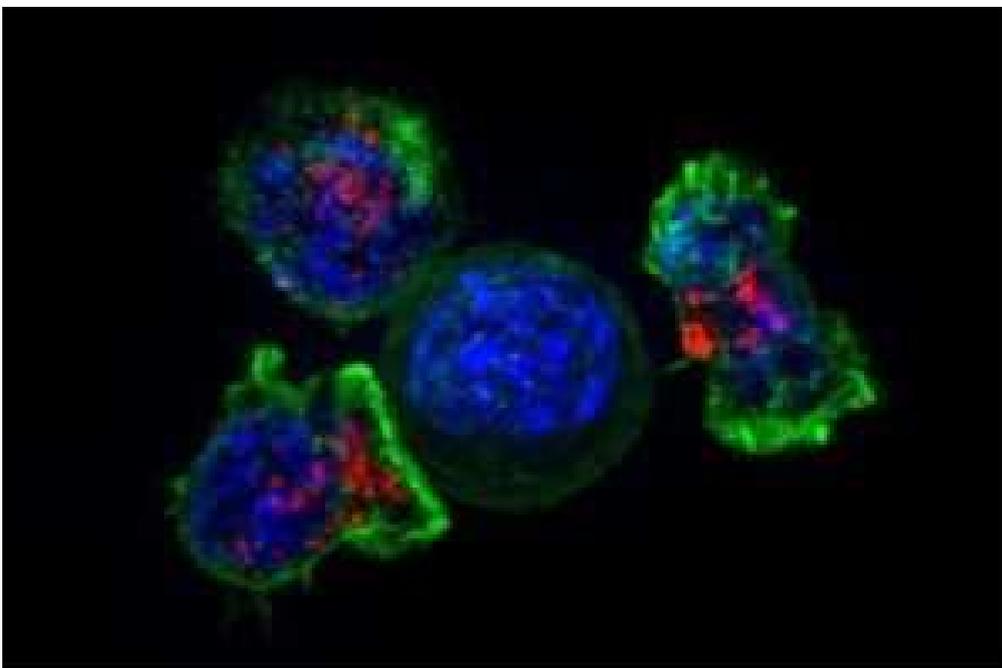
INVESTIGACIÓN MÉDICA



//Transcrito por: Fco. O. Martínez//

IDENTIFICAN 182 GENES QUE PERMITEN A LAS CÉLULAS TUMORALES EVADIR EL SISTEMA INMUNITARIO

Investigadores de la Universidad de Toronto han identificado 182 genes cuyos cambios influyen en la capacidad de las células tumorales para evadir la acción del sistema inmunitario. Los resultados del trabajo, publicado en *Nature*, aumentan el conocimiento sobre el cáncer y mejorarán el diseño de estrategias de inmunoterapia basadas en linfocitos T.



Linfocitos T killer atacando una célula tumoral. Imagen: Alex Ritter, Jennifer Lippincott Schwartz and Gillian Griffiths, National Institutes of Health.

El equipo de investigadores de la Universidad de Toronto dirigido por Jason Moffat se planteó identificar **qué genes influyen en la capacidad de las células tumorales para evitar su detección, así como el ataque por parte de los linfocitos T citotóxicos.** La

modificación de linfocitos de pacientes para programarlos frente al cáncer es una de las aproximaciones de la inmunoterapia, estrategia que consiste en activar el sistema inmunitario del paciente para que ataque a las células tumorales.

Sin embargo, a menudo, la aparición de resistencia por parte de las células tumorales frena la efectividad de este tipo de tratamiento. De hecho, una de las características de las células tumorales es su capacidad para evadir las diferentes estrategias del sistema inmunitario para hacerle frente, que adquieren a través de cambios genéticos concretos.

Para poder optimizar el diseño de inmunoterapias y reducir la aparición de resistencia a las mismas los investigadores decidieron identificar los genes e interacciones que intervienen en la evasión de las células del cáncer a la acción de los linfocitos T “Durante la última década, han emergido diferentes formas de inmunoterapia como potentes tratamientos para el cáncer, pero la realidad es que solo generan respuestas duraderas en una fracción de pacientes y no para todos los tumores”, indica Jason Moffat.

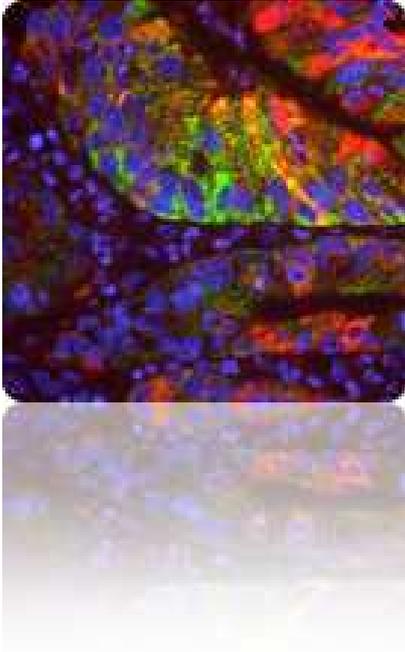
Los investigadores han utilizado la herramienta de edición de genomas CRISPR para rastrear el efecto de la inactivación de más de 19 000 genes sobre la evasión del sistema inmunitario en células de seis líneas tumorales diferentes de ratón. Para ello, cultivaron las células tumorales con genes inactivados y analizaron la aparición de resistencias tras un tratamiento con linfocitos modificados para hacerles frente. La finalidad de utilizar diferentes líneas era estudiar la inactivación de los genes en diferentes contextos genéticos, que representan la heterogeneidad entre tumores o incluso dentro de un mismo tumor, para mejorar la capacidad de detectar aquellos importantes.

El equipo ha identificado **182 genes que regulan cómo interaccionan las células tumorales con los linfocitos T diseñados para reconocerlas y eliminarlas**. Dentro de este conjunto de genes, los investigadores destacan aquellos relacionados con la respuesta mediada por el interferón y la citotoxicidad inducida por el factor de necrosis tumoral. Además, señalan que la ruta molecular que media la autofagia es un mecanismo conservado para resistir las señales de los linfocitos T que habitualmente inducirían la muerte de las células tumorales.

Los resultados del trabajo proporcionan un listado de genes centrales implicados en la capacidad de las células tumorales para evadir una de las principales estrategias del sistema inmunitario para hacerles frente, estrategia explotada a nivel clínico a través de la inmunoterapia. Además, aportan **información relevante para mejorar el diseño de linfocitos modificados frente al cáncer** y su combinación con otras aproximaciones clínicas.

“Es muy importante entender a nivel molecular cómo el cáncer desarrolla resistencia a las inmunoterapias, para hacer las más disponibles de forma general,” señala Moffat. “Avances en las aproximaciones genéticas sistemáticas nos permiten afinar qué genes y rutas moleculares están implicadas habitualmente en la resistencia a la terapia”.

CARCINOGENESIS GASTROESOFAGICA



El proceso secuencial previo a la aparición de un tumor gástrico de tipo intestinal está bien definido histológicamente y se inicia con la colonización de la mucosa gástrica por *Helicobacter pylori* provocando una respuesta inflamatoria que da lugar a gastritis crónica.

Las células inflamatorias que infiltran la mucosa inducen la expresión de citoquinas pro-inflamatorias que podrían ser las responsables de la activación de genes implicados en la transformación neoplásica del epitelio gástrico. La expresión de marcadores intestinales se detecta ya en las primeras etapas de la carcinogénesis gástrica, como la metaplasia intestinal, y podrían estar regulados por citoquinas inflamatorias. Nuestro grupo está caracterizando los mecanismos de activación de genes de mucinas intestinales (MUC2 y MUC4) por TNF- α , IL1- β y IL-6 en células de cáncer gástrico.

En la transformación neoplásica, se han descrito cambios de la glicosilación que alteran la adhesión e invasión de las células tumorales facilitando el proceso metastásico. Estos cambios pueden ser inducidos en parte por citoquinas inflamatorias puesto que se ha descrito la activación de enzimas implicadas en la glicosilación por TNF- α y IL-6. Para poder analizar estos cambios, estamos probando nuevos inhibidores de enzimas glicosídicos de tipos fagominas, en líneas celulares de cáncer gástrico y determinando sus efectos citotóxicos y los cambios que inducen en la glicosilación de proteínas implicadas en procesos de adhesión e invasión.

Es también importante evaluar si la relación entre células inflamatorias, determinados marcadores del cáncer gástrico del tipo intestinal y parámetros clinicopatológicos de los pacientes puede tener un posible valor diagnóstico y/o pronóstico.

Líneas de investigación.

- Regulación de la expresión de marcadores intestinales por citoquinas inflamatorias.
- Mecanismos reguladores de la glicosilación aberrante en las células tumorales.
- Alteraciones de las mucinas en la transformación neoplásica.

Colaboradores

- Pere Clapés y Jesús Joglar. Instituto d'Investigación Química y Ambiental. CSIC. Barcelona
- Rosa Peracaula y Rafael de Llorens. Unidad de Bioquímica y Biología Molecular. Universitat de Girona.
- Isabelle van Seuningen. INSERM Uno837. Lille (Francia).
- Leonor David. IPATIMUP. Oporto (Portugal).

//Fuente: Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdicas//

REDACCIÓN



(Estará dedicado a los comentarios del presidente y a los derechos humanos). (It will be dedicated to the president's comments and to human rights) //Escrito por Fco. O. Martínez//

RENTA Y DISCAPACIDAD (VERSIÓN AÑO 2021)

Me remiten el siguiente artículo, entiendo que debo publicarlo, retiro el que tenía y pongo este en su lugar.

Iniciada ya otra frenética Campaña de Renta, por el presente, me permito elaborar una breve guía y relación de aquellos preceptos o medidas tributarias recogidas en la vigente normativa del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) para el año 2021 (y sucesivos) que, singularmente, son de interés para las personas con discapacidad y/o sus familiares.

El objetivo básico de este artículo es proporcionaros una información básica y preliminar para particulares y profesionales, a fin de facilitar la efectiva aplicación de los distintos beneficios e incentivos fiscales existentes, sin perjuicio de buscar el respaldo de un buen profesional que os asesore adecuadamente y así evitar riesgos innecesarios.

Con carácter preliminar, debe recordarse la importancia de que los posibles beneficiarios obtengan el oportuno reconocimiento administrativo (con carácter general, por el

IMSERSO u órgano competente de las Comunidades Autónomas) y dispongan del título o certificado acreditativo de la condición de persona con discapacidad.

En relación a este punto, el Tribunal Supremo, mediante Auto de 23 de febrero de 2022, admitió y tiene pendiente de resolución Recurso de Casación cuya cuestión consiste en:

«2.1. Determinar si, a los efectos del impuesto sobre la renta de las personas físicas, los medios de prueba para acreditar el grado de discapacidad están limitados a los expresamente recogidos en la normativa del impuesto y su desarrollo -certificado o resolución expedido por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales o el órgano competente de las CCAA- o, por el contrario, puede ser acreditado mediante cualquier otro medio de prueba admitido en derecho.

2.2. Esclarecer si los efectos de estos medios de prueba se pueden retrotraer más allá de lo previsto en ellos, en concreto, al momento del devengo del IRPF.»

Así pues, mientras la Administración tributaria exige la tenencia del certificado como un requisito previo para la aplicación de los beneficios fiscales, existe abundante doctrina de diversos órganos jurisdiccionales que flexibilizan este requisito, siempre que se pruebe, por parte del contribuyente, su discapacidad a la fecha de devengo del Impuesto (el 31 de diciembre o, excepcionalmente, la fecha de fallecimiento).

Conviene recordar que, en cualquier momento, la Administración Tributaria nos puede requerir que acreditemos la condición de persona con discapacidad.

A.- RENTAS EXENTAS:

- **Las prestaciones económicas reconocidas por la Seguridad Social:**

- Consecuencia de Incapacidad Permanente Absoluta o Gran Invalidez.

- Prestaciones familiares reguladas en el Capítulo IX, Título II del Real Decreto Legislativo 1/1994, Ley General de la Seguridad Social y las pensiones y haberes pasivos a favor de nietos y hermanos incapacitados para todo trabajo.

Estarán igualmente exentas, las prestaciones que, en situaciones idénticas a las anteriores, le son reconocidas a los profesionales no integrados en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos por las Mutualidades de Previsión Social que actúen como alternativas al régimen especial de la Seguridad Social mencionado. Asimismo, se tendrá en cuenta que la cuantía exenta tiene como límite el importe de la prestación máxima que reconozca la Seguridad Social por el concepto que corresponda. El exceso tributará como rendimiento del trabajo.

- Las **pensiones** por inutilidad o incapacidad permanente del régimen de Clases Pasivas, siempre que la lesión o enfermedad que hubiera sido causa de las mismas, inhabilite por completo al perceptor de la pensión para toda profesión u oficio, y las pagadas igualmente por Clases Pasivas a favor de nietos y hermanos incapacitados para todo trabajo.

- Las cantidades percibidas de instituciones públicas por **acogimiento** de personas con discapacidad (en las modalidades simple, permanente o preadoptivo o las equivalentes previstas en los ordenamientos de las CCAA), incluido el acogimiento en la ejecución de la medida judicial de convivencia del menor con persona o familia.
- Las **ayudas económicas** otorgadas por instituciones públicas a personas con un grado de discapacidad igual o superior al 65% para financiar su estancia en residencias o centros de día, si el resto de sus rentas no exceden del doble del indicador público de renta de efectos múltiples (el IPREM para 2021 es de 7.908,60 €, por lo que el límite serán 15.817,20 €).
- Las prestaciones por desempleo obtenidas por personas con discapacidad que se conviertan en trabajadores autónomos cuando se perciban en la modalidad de pago único, cualquiera que sea su cuantía.
- Los rendimientos del trabajo derivados de las prestaciones obtenidas en forma de renta por personas con discapacidad correspondientes a las **aportaciones al sistema de previsión social especial** constituido a favor de las mismas. También están exentos los rendimientos del trabajo derivados de las **aportaciones a patrimonios protegidos** de las personas con discapacidad. El límite anual conjunto de esta exención es 3 veces el IPREM (el IPREM para 2021: 7.908,60 €, por lo que el límite será de 23.725,80 €).
- Las prestaciones económicas públicas vinculadas al servicio, para cuidados en el entorno familiar y asistencia personalizada que deriven de la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**.
- No tendrán la consideración de renta las cantidades percibidas como consecuencia de las disposiciones que se hagan de la vivienda habitual (**Hipoteca inversa**) por parte de las personas mayores de 65 años, *así como de las personas que se encuentren en situación de dependencia*, si se lleva a cabo de acuerdo con la regulación financiera sobre actos de disposición de bienes para asistir a las necesidades económicas de vejez y de la dependencia.
- La prestación de la Seguridad Social del **Ingreso Mínimo Vital (IMV)** regulada en el Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo así como las prestaciones económicas establecidas por CCAA en concepto de **Renta Mínima de Inserción (RMI)** para garantizar recursos económicos de subsistencia a las personas que carezcan de ellos, así como las demás ayudas establecidas por estas o por entidades locales para atender, entre otros, necesidades básicas de personas con discapacidad, cuando ellos y las personas a su cargo, carezcan de medios económicos suficientes, hasta un importe máximo anual conjunto de 1,5 veces el IPREM (el IPREM para 2021 es de 7.908,60 €, por lo que el límite será de 11.862,90€).

B.- DETERMINACIÓN DE LA BASE IMPONIBLE:

B.1.- Rendimientos del trabajo:

En particular, tendrán la consideración de renta del trabajo sujeta al gravamen del IRPF, aparte de determinadas prestaciones de planes de pensiones y los distintos sistemas de previsión social, las prestaciones percibidas por los beneficiarios de los seguros de

dependencia y las rentas que obtengan los trabajadores con discapacidad que presten sus servicios en los Centros Especiales de Empleo (CEE).

Igual calificación recibirá las cuantías que se aporten a los patrimonios protegidos que excedan los límites exentos y no estén sujetas al Impuesto sobre Donaciones y así como aquellas cuantías correspondientes a las disposiciones «anticipadas» por parte del titular del patrimonio protegido.

Aparte de las reducciones generales, las personas con discapacidad que obtengan rentas del trabajo, podrán aplicar las siguientes **reducciones**:

- Grado de discapacidad igual o superior al 33% e inferior al 65%: **3.500 €**.
- Grado de discapacidad igual o superior al 65%, así como aquellos discapacitados que aun teniendo un grado inferior acrediten que necesitan ayuda de terceras personas o de movilidad reducida: **7.750 €**.

Esta reducción por discapacidad de trabajadores activos se aplicará cuando en cualquier momento del periodo impositivo concurren estas dos circunstancias simultáneamente:

- Tener el grado de discapacidad exigido.
- Ser trabajador activo.

Como consecuencia de la aplicación de la reducción por la obtención de rendimientos netos del trabajo, el saldo resultante no podrá ser negativo.

B.2.- Rendimientos de actividades económicas:

- El contribuyente discapacitado que en el ejercicio de la actividad económica pueda aplicar la reducción especial establecida para determinados rendimientos en actividades en **estimación directa** (empresarios o profesionales económicamente dependientes), podrá adicionalmente minorar el rendimiento neto de las mismas en **3.500€** anuales (**7.750€** si acredita necesitar ayuda de terceras personas, o movilidad reducida o un grado de discapacidad igual o superior al 65%).
- La Orden HAC/1155/2020, de 25 de noviembre, por la que se desarrollan, para el año 2021, el método de estimación objetiva, contempla las siguientes reducciones para la aplicación de los módulos:

a) Módulo de «personal no asalariado»: Se computará sólo el 75% del módulo del personal no asalariado cuando se acredite un grado de discapacidad del 33% o superior.

b) Módulo de «personal asalariado»: Se computará en un 40% el personal asalariado que se corresponda con personas con discapacidad, con un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

c) Índice corrector por nueva actividad específicos cuando el contribuyente sea una persona con discapacidad.

- A los efectos de determinar el Resultado de la Actividad Económica (RAE), de acuerdo con el artículo 30.2.5ª de la Ley del IRPF tienen la consideración de gasto deducible, entre otras, las **primas de seguro de enfermedad** satisfechas por el contribuyente en la parte correspondiente a su propia cobertura y a la de su cónyuge e hijos menores de 25 años que convivan con él (o de cualquier edad, los hijos con discapacidad). El límite general de deducción es de 500€/anuales por persona, que se incrementa a **1.500€/anuales** por cada persona con discapacidad.

B.3.- Ganancias y pérdidas patrimoniales:

- No se produce ganancia o pérdida patrimonial con ocasión de las aportaciones a los patrimonios protegidos constituidos a favor de personas con discapacidad.
- Está exenta del IRPF la transmisión de la vivienda habitual por personas mayores de 65 años o con dependencia severa o gran dependencia de acuerdo con la Ley de promoción a la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia.

C.- REDUCCIONES EN LA BASE IMPONIBLE GENERAL.

C.1.- Planes de Pensiones y otros Sistemas de Previsión Social constituidos a favor de personas con discapacidad.

Las aportaciones realizadas a planes de pensiones, mutualidades de previsión social, a planes de previsión asegurados, a planes de previsión social empresarial y a los seguros de dependencia constituidos a favor de personas con discapacidad dan derecho a reducir la base imponible general del Impuesto.

Conforme la normativa vigente, la reducción será aplicable cuando los sistemas de previsión social estuviesen constituidos a favor de las personas con discapacidad que cumplan los siguientes requisitos:

1. Personas con un grado de *discapacidad física o sensorial* igual o superior al 65%.
2. Personas afectadas de un grado de *discapacidad psíquica* igual o superior al 33%.
3. Personas cuya incapacidad haya sido declarada judicialmente, con independencia de su grado.

Las aportaciones (y los beneficiarios de la reducción) pueden hacerse por:

a) **Por la propia persona con discapacidad (y partícipe)**. En este caso, las aportaciones darán derecho a reducir la base imponible general en la declaración del contribuyente con discapacidad.

b) Quienes tengan con la persona con discapacidad una **relación de parentesco** en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, así como el **cónyuge o aquellos que los tuviesen a su cargo** en régimen de tutela o acogimiento (nótese que, por el momento, no se admite dicha reducción respecto del curador en caso de curatela), siempre que la persona con discapacidad sea designada beneficiaria de manera única e irrevocable para cualquier contingencia.

- *A este respecto, debe aclararse que no impedirá la reducción si por el acaecimiento de la contingencia de fallecimiento del discapacitado se generase derecho a prestaciones de viudedad u orfandad o a favor de quienes hayan realizado aportaciones a favor de la persona con discapacidad en proporción a la aportación de éstos.*

Asimismo, al objeto de evitar eventuales controversias tributarias, en el artículo 53.3 de la Ley del IRPF se aclara que este tipo de aportaciones realizadas por las personas mencionadas en este apartado no estarán sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Límites de las aportaciones y de las reducciones:

a) **24.250 €** anuales para las aportaciones realizadas por los partícipes con discapacidad (es decir, cuando el aportante es la persona con discapacidad).

b) **10.000 €** anuales para las aportaciones realizadas por cada una de las personas con las que el partícipe con discapacidad tenga relación de parentesco, por el cónyuge o por los que le tuvieren a su cargo en régimen de tutela o acogimiento. Esta reducción será compatible con las aportaciones que estas personas pudiesen realizar a sus respectivos sistemas de previsión social.

c) Adicionalmente, un límite global o conjunto de **24.250 €** anuales, computando tanto las aportaciones realizadas por la persona con discapacidad como las realizadas por todas aquellas otras que realicen aportaciones a favor del mismo partícipe con discapacidad. Así, cuando concurren varias aportaciones a favor de la misma persona con discapacidad, tienen prioridad en la reducción las aportaciones realizadas por la persona con discapacidad, si concurren ambas.

Las aportaciones que no hubieran dado derecho a la reducción, bien por superar los límites o bien por insuficiencia de base imponible, podrán reducirse en los 5 ejercicios siguientes.

Por último, recordad que las prestaciones (o en el supuesto de disposición anticipada de los derechos consolidados) obtenidas por las personas con discapacidad constituyen rendimientos del trabajo sujetos a gravamen del IRPF. No obstante, como antes señalamos, dichas rentas están exentas hasta un límite.

C.2.- Reducciones por aportaciones a patrimonios protegidos de personas con discapacidad.

La Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad creó la figura del patrimonio especialmente protegido, que queda inmediata y directamente vinculado a la satisfacción de las necesidades vitales de las personas con discapacidad.

Pueden ser beneficiarios titulares de los patrimonios protegidos exclusivamente las personas afectadas por los siguientes grados de discapacidad:

- Discapacidad psíquica igual o superior al **33%**.
- Discapacidad física o sensorial igual o superior al **65%**.

Dará derecho a reducir la base imponible general del IRPF del aportante, las aportaciones al patrimonio protegido de la persona con discapacidad efectuadas, en dinero o en especie, por los siguientes contribuyentes:

a) Los que tengan con la persona discapacitada una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive.

b) El cónyuge de la persona con discapacidad.

c) Los que tuviesen a su cargo a la persona con discapacidad en régimen de tutela o acogimiento.

Asimismo, la norma establece una determinada prevención según la cual, no generan derecho a reducción determinadas aportaciones (elementos afectos a una actividad económica, bienes de los que ya hubiese dispuesto el titular del patrimonio protegido, así como las aportaciones efectuadas por la propia persona con discapacidad titular del patrimonio protegido).

Límites máximos de las aportaciones:

a) **10.000 €** anuales para cada aportante y por el conjunto de patrimonios protegidos a los que efectúe aportaciones.

b) **24.250 €** anuales para el conjunto de las reducciones practicadas por todas las personas que efectúen aportaciones a favor de un mismo patrimonio protegido.

Cuando concurren varias aportaciones a favor de un mismo patrimonio protegido y se supere este último límite, las reducciones correspondientes a dichas aportaciones se minorarán de forma proporcional al importe de las respectivas aportaciones, de forma que el conjunto de las reducciones no exceda de 24.250 € anuales.

(c) El importe positivo de la base imponible general del aportante, una vez practicadas las reducciones correspondientes a los conceptos hasta ahora comentados.

Tratándose de aportaciones no dinerarias, se tomará como importe de la aportación el que resulte de lo previsto en el artículo 18 de la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo, no existiendo ganancia ni pérdida patrimonial con ocasión de las aportaciones a los patrimonios protegidos constituidos a favor de personas con discapacidad.

Las aportaciones que excedan de los límites máximos anteriormente comentados darán derecho a reducir la base imponible de los cuatro períodos impositivos siguientes, hasta agotar, en su caso, en cada uno de ellos los importes máximos de reducción.

- *Disposición anticipada de los bienes o derechos aportados*

Salvo excepciones, la disposición en el período impositivo en que se realiza la aportación o en los cuatro siguientes de cualquier bien o derecho aportado al citado patrimonio protegido tendrá consecuencias para el aportante (pérdida del derecho a la reducción de la base imponible) y para el titular del patrimonio protegido (básicamente, integrar como renta del trabajo sujeta al IRPF las aportaciones dispuestas).

Según criterio administrativo (DGT), el gasto de dinero y el consumo de bienes fungibles integrados en el patrimonio protegido, cuando se hagan para atender las necesidades vitales de la persona beneficiaria, no debe considerarse como disposición de bienes o derechos a efectos del requisito de mantenimiento de las aportaciones realizadas durante los cuatro años siguientes al ejercicio de su aportación, establecido en el artículo 54.5 de la Ley del IRPG.

En palabras llanas, salvo supuestos excepcionales, no se admite el uso y disposición de los bienes del patrimonio para atender las necesidades corrientes de la persona con discapacidad antes del transcurso del periodo exigido en la normativa del IRPF.

Para más información, recomiendo leer el presente [post](#).

D.- MÍNIMOS PERSONALES Y FAMILIARES:

La normativa del IRPF establece unas bases exentas de gravamen, vía los denominados mínimo personal y familiar, que pretenden cuantificar aquella parte de la renta que se destinan a satisfacer las necesidades básicas personales y familiares de los contribuyentes y su familia.

Como suele ser habitual, la realidad es más compleja y en el actual esquema de liquidación, este mínimo se configura técnicamente como un tramo de la tarifa del Impuesto a tipo cero y se integra en el proceso de determinación de la cuota íntegra del Impuesto. En cualquier caso, para el caso que nos ocupa, en un intento de facilitar la comprensión, consideraremos el mínimo personal y familiar como exonerados de gravamen.

Pues bien, el mínimo aplicable es el resultado de sumar el mínimo personal del contribuyente y los mínimos por descendientes y ascendientes que convivan con el propio contribuyente.

D.1.- Mínimo por discapacidad del contribuyente.

Aparte del mínimo personal ordinario (5.550€, incrementando en 1.150€ o 1.400€ si tiene más de 65 años o 75 años, respectivamente), se aplicará el siguiente mínimo complementario:

- **3.000€** anuales cuando sea una persona con un grado de discapacidad igual o superior al 33% e inferior al 65%.

- **9.000€** anuales cuando sea una persona con un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

Y el citado mínimo personal por discapacidad se incrementará, en concepto de gastos de asistencia, en concepto de gastos de asistencia, en **3.000€** anuales cuando acredite necesitar ayuda de terceras personas o movilidad reducida, o un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

D.2.- Mínimo por ascendientes y descendientes con discapacidad.

Aparte de los mínimos «ordinarios», el contribuyente aplicará un mínimo por discapacidad de ascendientes o descendientes de las siguientes cuantías:

- **3.000€** anuales por cada descendiente o ascendiente que genere derecho a la aplicación de su respectivo mínimo, que sea una persona con un grado de discapacidad igual o superior al 33% e inferior al 65%.
- **9.000€** anuales por cada descendiente o ascendiente que genere derecho a la aplicación de su respectivo mínimo, que sea una persona con un grado de discapacidad igual o superior al 65%.
- Este mínimo por discapacidad se aumentará, en concepto de gastos de asistencia, en **3.000€** por cada ascendiente o descendiente que acredite necesitar ayuda de terceras personas o movilidad reducida o un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

Para beneficiarse del **mínimo por descendientes**, deberán cumplirse los siguientes requisitos:

1.- Convivir con el contribuyente que aplica el mínimo familiar. La determinación de tal circunstancia ha de realizarse atendiendo a la situación existente a fecha de devengo del impuesto (31 de diciembre normalmente).

A este respecto, se considerará que conviven con el contribuyente los descendientes que, dependiendo económicamente del mismo, estén internados en centros especializados.

2.- Ser menor de 25 años, o discapacitados con grado de discapacidad igual o superior al 33%.

3.- No tener rentas anuales superiores a 8.000 €, excluidas las exentas.

4.- Se asimilan a los descendientes las personas vinculadas al contribuyente por razón de tutela y acogimiento, en los términos previstos en la legislación civil aplicable.

Para aplicar el **mínimo por ascendientes**, deben cumplirse los siguientes requisitos:

- El ascendiente debe tener más de 65 años o discapacidad, cualquiera que sea su edad.

- Que conviva con el contribuyente, al menos, la mitad del período impositivo. Se considerará que conviven con el contribuyente los ascendientes discapacitados que, dependiendo del mismo, sean internados en centros especializados.
- Que no tengan rentas anuales, excluidas las exentas, superiores a 8.000 €.

Las circunstancias personales y familiares que deben tenerse en cuenta a efectos de la aplicación del mínimo por ascendientes, serán las existentes a la fecha de devengo del impuesto (31 de diciembre, con carácter general).

Debe recordarse que, cuando dos o más contribuyentes tengan derecho a la aplicación del mínimo por descendientes, ascendientes o discapacidad, respecto de las mismas personas, su importe se prorrateará entre ellos por partes iguales. No obstante, si hubiera diferencia de grado de parentesco, el mínimo corresponderá al del grado de parentesco más cercano.

Por otro lado, no procederá aplicar el mínimo por ascendientes, descendientes o discapacidad en caso de haber presentado los ascendientes o los descendientes declaración individual del IRPF con rentas superiores a 1.800€. Como aclaración a este límite, según la Resolución de la Dirección General de Tributos de fecha 19 de mayo de 2011, *«el concepto de renta anual, a estos efectos, está constituido por la suma algebraica de los rendimientos netos (del trabajo, capital mobiliario e inmobiliario, y de actividades económicas), de imputaciones de rentas y de las ganancias y pérdidas patrimoniales computadas en el año, sin aplicar las reglas de integración y compensación. Ahora bien, los rendimientos deben computarse por su importe neto, esto es, una vez deducidos los gastos, pero sin aplicación de las reducciones correspondientes, salvo en el caso de rendimientos del trabajo, en los que se podrán tener en cuenta la reducción prevista en el artículo 18 de la LIRPF al aplicarse con carácter previo a la deducción de gastos.»*

- *En la Comunidad Autónoma de Las Islas Baleares y La Rioja se han establecido mínimos personales y familiares por discapacidad incrementados (10% superiores a los estatales).*

E.- DEDUCCIONES EN LA CUOTA ÍNTEGRA DEL IMPUESTO.

E.1.- Deducción de vivienda habitual, así como por obras e instalaciones de adecuación de la vivienda habitual.

Como regla general, los contribuyentes discapacitados aplicarán esta deducción según las normas y porcentajes establecidos con carácter general. En estos momentos, la Disposición Transitoria decimoctava de la Ley de IRPF mantiene tres de las cuatro modalidades de deducción por inversión en vivienda que hasta 2012 estuvieron en vigor (compra, construcción y obras e instalaciones de adecuación de la vivienda habitual por razón de discapacidad).

La base máxima de deducción anual por cantidades destinadas a la realización de estas obras e instalaciones de adecuación de la vivienda habitual es de **12.080€** anuales.

E.2.- Deducciones por incentivos y estímulos a la inversión empresarial en actividades económicas en estimación directa.

Los contribuyentes que desarrollen actividades económicas en estimación directa podrán aplicar los incentivos y estímulos a la inversión empresarial establecidos o que se establezcan en la normativa del Impuesto sobre Sociedades con igualdad de porcentajes y límites de deducción, con ciertas excepciones. A este respecto, dentro de las deducciones existentes, el artículo 38 de la Ley del Impuesto sobre Sociedades contempla la deducción en cuota por la creación de empleo para trabajadores con discapacidad (9.000€ o 12.000€ de deducción por persona y año).

F.- DEDUCCIONES EN LA CUOTA DIFERENCIAL

La cuota diferencial, como regla general, constituye el resultado de la declaración. Sin embargo, en aquellos supuestos en que el contribuyente tenga derecho a la deducción por maternidad establecida en el artículo 81 de la Ley del IRPF, o a las deducciones por familia numerosa o personas con discapacidad a cargo previstas en el artículo 81 bis de la Ley del IRPF, el resultado de la declaración vendrá determinado por las operaciones que se indican a continuación:

Cuota diferencial

(-) Deducción por maternidad

(-)

Deducción por descendientes/ascendientes con discapacidad a cargo

(-) Deducción por familia numerosa

(-) Deducción por ascendiente monoparental con dos hijos a cargo (y sin derecho a percibir anualidades por alimentos).

(+) Importe de los abonos anticipados percibidos a lo largo de 2021.

Recordemos que la normativa facultaba a que los contribuyentes pudiesen solicitar el abono anticipado de dicha deducción a lo largo del año 2021. De tal forma, aquellos que no hubiesen obtenido la citada percepción a lo largo del año 2021 (bien por no tener derecho, bien por no haberlo solicitado en plazo), se beneficiarán de una efectiva reducción en la cuota efectiva del IRPF.

Podrán aplicar estas deducciones los siguientes contribuyentes:

1.- Los que realicen una actividad por cuenta propia o ajena por la cual estén dados de alta en el régimen correspondiente de la Seguridad Social o mutualidad.

2.- Los que perciban prestaciones contributivas y asistenciales del sistema de protección del desempleo.

En el supuesto de los desempleados, para tener derecho a aplicar las deducciones es necesario estar cobrando una prestación, contributiva o asistencial, del sistema de protección del desempleo. No basta con estar inscrito como demandante de empleo.

3.- Los que perciban pensiones abonadas por el Régimen General y los Regímenes especiales de la Seguridad Social o por el Régimen de Clases Pasivas del Estado.

4.- Los que perciban prestaciones análogas a las anteriores reconocidas a los profesionales no integrados en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos por las Mutualidades de Previsión Social que actúen como alternativas al régimen especial de la Seguridad Social mencionado, siempre que se trate de prestaciones por situaciones idénticas a las previstas para la correspondiente pensión de la Seguridad Social.

Los contribuyentes que perciban las prestaciones contributivas y asistenciales del sistema de protección del desempleo, pensiones de la Seguridad Social o Clases Pasivas y prestaciones análogas a las anteriores de mutualidades alternativas, no tienen que cumplir el requisito de alta en el régimen correspondiente de la Seguridad Social o Mutualidad.

Además de lo anterior y, en función de la deducción que se pretenda aplicar, tendrán derecho a minorar la cuota diferencial por cuantía de **1.200€ anuales** aquellos contribuyentes en los que concurran las siguientes circunstancias:

a) Por cada descendiente con discapacidad, los contribuyentes que tengan derecho a la aplicación del mínimo familiar por descendientes.

b) Por cada ascendiente con discapacidad, los contribuyentes que tengan derecho a la aplicación del mínimo familiar por ascendientes.

Las deducciones por ascendientes/descendientes con discapacidad son compatibles con la deducción por familia numerosa o con la deducción por ascendiente monoparental con dos hijos a cargo.

- *Para más información, recomendamos consultar el presente [post](#).*

G.- OTROS BENEFICIOS O INCENTIVOS AUTONÓMICOS (DEDUCCIONES AUTONÓMICAS):

A continuación, se efectúa una breve relación de aquellos beneficios fiscales en forma de deducción en cuota que, específicamente, contempla a las personas con discapacidad, sin perjuicio de que éstas puedan aplicar el resto de deducciones vigentes.

G.1.- Andalucía

- Por contribuyentes con discapacidad, así como para los cónyuges o parejas de hecho de los mismos.
- Por asistencia a personas con discapacidad.

- Deducción del importe satisfecho a la Seguridad Social en concepto de cuota fija por cuenta del empleador/a cuando el ascendientes o descendiente discapacitado necesita ayuda de terceras personas.
- Deducción arrendamiento de vivienda habitual.

G.2.- Aragón

- Por nacimiento o adopción de hijos.
- Por el cuidado de personas dependientes.

G.3.- Asturias.

- Por adquisición o adecuación de la vivienda habitual para contribuyentes con discapacidad, así como para los contribuyentes con los que convivan sus cónyuges, ascendientes o descendientes con discapacidad.
- Por familias monoparentales con descendiente con discapacidad.

G.4.- Islas Baleares.

- Por gastos en primas de seguros individuales de salud.
- Para los declarantes con discapacidad física, psíquica o sensorial o con descendientes con esta condición.
- Deducción arrendamiento vivienda habitual.

G.5.- Canarias.

- Por contribuyente con discapacidad.
- Por hijos convivientes mayores de edad con discapacidad.
- Por familiares dependientes con discapacidad igual o superior al 65%.
- Por familia numerosa (se elevan las cuantías si uno de los hijos es discapacitado).
- Por donaciones en metálico a descendientes o adoptados menores de 35 años para la adquisición o rehabilitación de su primera vivienda habitual.
- Por gastos médicos cuando el contribuyente sea persona con discapacidad para los ejercicios 2021 y 2022.
- Por nacimiento o adopción de hijos.
- Por inversión en vivienda habitual, así como por obras de adecuación de la vivienda.
- Durante los ejercicios 2021 y 2022, los contribuyentes damnificados por la erupción volcánica, deducción de una cantidad equivalente a aplicar el tipo de gravamen del primer tramo de la escala autonómica sobre una base constituida por el 10% de cada una de las cuantías correspondientes al mínimo del contribuyente y a los mínimos por descendientes ascendientes y discapacidad

G.6.- Cantabria.

- Por descendiente con discapacidad física, psíquica, sensorial o con grado igual o superior a 65%.
- Por el arrendamiento de vivienda habitual.

- Por cuidado de familiares.
- Por obras de mejora en cualquier vivienda.
- Por gastos de enfermedad (gastos y honorarios profesionales por la prestación de servicios sanitarios, así como por cuotas a mutualidades o sociedades de seguros médicos no obligatorios)
- Por cantidades donadas a entidades sin fines lucrativos cuyo objeto sea el apoyo a personas con discapacidad.

G.7.- Castilla-La Mancha.

- Por discapacidad del contribuyente, ascendientes o descendientes.
- Por cantidades donadas a ONG's, fundaciones y asociaciones de ayuda a personas con discapacidad.
- Por familia numerosa (se elevan las cuantías si uno de los hijos o cónyuge es discapacitado).
- Por acogimiento de personas con discapacidad.
- Por arrendamiento de vivienda habitual por contribuyentes con grado de discapacidad igual o superior al 65%.

G.8.- Castilla y León.

- Por contribuyentes con discapacidad.
- Por inversión en adaptación de la vivienda habitual.
- Por familia numerosa (se elevan las cuantías si uno de los hijos o cónyuge es discapacitado).
- Por nacimiento o adopción de hijos.

G.9.- Cataluña.

- Por alquiler de la vivienda habitual.

G.10.- Extremadura.

- Por arrendamiento de vivienda habitual.
- Por cuidado de familiares con discapacidad.

G.11.- Galicia.

- Por nacimiento o adopción de hijos.
- Por familia numerosa (se elevan las cuantías si uno de los hijos es discapacitado).
- Por alquiler de la vivienda habitual.
- Por cantidades satisfechas a terceras personas que prestan ayuda a contribuyentes con discapacidad con más de 65 años.

G.12.- Madrid.

- Por acogimiento no remunerado de personas con discapacidad.

- Por el incremento de los costes de financiación ajena para inversión en vivienda habitual, ya sea adquisición o adecuación, para personas con discapacidad.

G.13.- Murcia.

- Por contribuyentes con discapacidad igual o superior al 33%.
- Por conviviente mayor de 65 años o con discapacidad igual o superior al 33%.
- Por arrendamiento en vivienda habitual por jóvenes de edad igual o menor a 35 años, así como personas con más de un 65% de discapacidad y familias numerosas.

G.14.- La Rioja.

- Por discapacidad de descendientes (menor que el estatal).
- Por obras de adecuación de vivienda habitual para personas con discapacidad.
- Por adquisición o rehabilitación de segunda vivienda en el medio rural.
- Por inversión en adquisición de vivienda habitual para jóvenes.
- Por gastos para el cuidados de ascendientes o descendientes por positivo en COVID-19.

G.15.- Comunidad Valenciana.

- Por nacimiento o adopción de hijos con discapacidad.
- Por familia numerosa (se elevan las cuantías si uno de los hijos es discapacitado).
- Por contribuyentes con discapacidad en grado igual o superior al 33% y de edad igual o superior a 65 años.
- Por ascendientes mayores de 75 años o mayores de 65 años con discapacidad.
- Por cuotas satisfechas por las cotizaciones sociales por contratar de manera indefinida una persona empleada de hogar para el cuidado de ascendientes mayores de 75 años o de 65 años con discapacidad igual o superior a 65%.
- Por adquisición de vivienda habitual por discapacitados.
- Por arrendamiento de la vivienda habitual.
- Por obras para mejorar la accesibilidad de personas con discapacidad igual o superior al 33%.

//Fuente: FiscalBloq//

MEDICINA HOMEOPÁTICA



Todos los artículo que se publique, son y serán información, NONCA deberán ser considerados como una solución a sus dolencias.

// All the articles that are published, are and will be information, they should NEVER be considered as a solution to your ailments//

/Transcrito por: Fco. O. Martínez D.M.H./

No me cansare de mencionar y escribir, la importancia que tiene la RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE, para conseguir un diagnóstico certero y un adecuado tratamiento. El **paciente** cuando acude al médico demanda ayuda técnica y profesional que le permita restablecer la salud, mejorarla y conocer lo que le sucede, así como cuál será su pronóstico. Necesita sentirse escuchado, comprendido, y acompañado. Demanda del médico su interés como persona, esto es, solicita atención y comprensión. Espera de la capacidad profesional y de la tecnología médica una solución para su problema. Desea ser informado en un grado razonable y, cuando no exista posibilidad de curación no sentirse abandonado. En nuestros días, el paciente está cada vez más informado, aunque no siempre correctamente, a través de revistas de divulgación médica, programas de radio y televisión, enciclopedias, club de enfermos, internet, etc. Por tanto, demanda y plantea mayores exigencias del médico. El **médico** para dar una respuesta adecuada, precisa tener unas bases profundas de conocimientos, no solo de biología aplicada, sino también de otras ciencias, como psicología, sociología, antropología y economía. Aun a pesar de esto la medicina como ciencia es incompleta, pero no debemos olvidar que la ciencia en sí misma y por naturaleza es incompleta. Con frecuencia el medico se siente insatisfecho por su falta de conocimientos. Pero esta misma insatisfacción es un potente estímulo de búsqueda de respuestas. La práctica de la medicina es ciencia y es arte: el medico además de poseer sólidos y amplios conocimientos médicos debe tener juicio, tacto, prudencia, interés, comprensión y capacidad de decisión. Como expresa la Academia Americana para el BOARD de Medicina Interna, se requiere del médico **integridad**, es decir honradez en demostrar su capacidad y pericia, **interés**, actitud de interés a los derechos del otro y **comprensión** o capacidad de apreciar que la enfermedad engendra una necesidad de ser confortado y ayudado. No podemos olvidar que **el rostro humano de la medicina es el Médico**, sobre todo hoy día en que otros aspectos han cobrado especial importancia, como, por ejemplo, la gestión en la atención de la salud, que sin duda tiene su relevancia en la actualidad.

Como debe ser la relación médico/paciente? No existen normas, pero todo el mundo esta

de acuerdo en la necesidad de una buena **comunicación**, para lograr una relación de empatía para esto el médico debe: 1. Animar al paciente a que exprese lo que siente. 2. Evitar juicios sobre estilos de vida y valores distintos de los propios. 3 Valorar el grado de conocimiento del paciente y sus familiares acerca de la enfermedad. 4. Aportar información precisa que permitan adoptar decisiones conjuntas.

La **entrevista** medico/paciente debe realizarse en un lugar en el que pueda mantenerse una relación de privacidad en un ambiente cómodo.

CONTAMINACIÓN



LA CONTAMINACIÓN MATA NUEVE MILLONES DE PERSONAS AL AÑO EL DOBLE QUE EL COVID-19



Nos estamos envenenando y estamos envenenando el planeta: en un su último informe, el relator* especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio saludable asegura que la intoxicación de la Tierra se intensifica, sin que ello sea motivo de atención por parte de la opinión pública.

“Mientras la emergencia climática, la crisis mundial de la biodiversidad y el COVID-19 acaparan los titulares, la devastación que la contaminación y las sustancias peligrosas causan en la salud, los derechos humanos y la integridad de los ecosistemas sigue sin suscitar apenas atención. Sin embargo, la contaminación y las sustancias tóxicas causan al menos nueve millones de muertes prematuras, el doble del número de muertes causadas por la pandemia en sus primeros 18 meses”, afirma David R. Boyd.

De hecho, una de cada seis muertes en el mundo está relacionada con enfermedades causadas por la contaminación, **una cifra que triplica la suma de las muertes por sida, malaria y tuberculosis y multiplica por 15 las muertes ocasionadas por las guerras, los asesinatos y otras formas de violencia.**

La contaminación atmosférica es el mayor contribuyente ambiental a las muertes prematuras, al causar unos siete millones de ellas cada año.

La exposición a sustancias tóxicas aumenta el riesgo de muerte prematura, intoxicación aguda, cáncer, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, enfermedades respiratorias, efectos adversos en los sistemas inmunológico, endocrino y reproductivo, anomalías congénitas y secuelas en el desarrollo neurológico de por vida.

Una cuarta parte de la carga mundial de morbilidad se atribuye a factores de riesgo ambientales evitables, la inmensa mayoría de los cuales implica la exposición a la contaminación y a las sustancias tóxicas.



Unsplash/Thomas Millot

Gases de una torre de enfriamiento, en la Central nuclear de Cattenom, en Francia.

El envenenamiento se intensifica

“La toxificación del planeta Tierra se intensifica”, dice Boyd, que señala que, aunque hay algunas sustancias que se han prohibido o cuyo uso se está eliminando, la producción, el uso y el desecho de productos químicos peligrosos, en general, sigue aumentando rápidamente.

Cada año se emiten o vierten cientos de millones de toneladas de sustancias tóxicas al aire, el agua y el suelo. **La producción de sustancias químicas se duplicó entre 2000 y 2017**, y se espera que se duplique de nuevo para 2030 y se triplique para 2050, produciéndose la mayor parte del crecimiento en los países no miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el resultado de este crecimiento será un aumento de la exposición a los riesgos y un empeoramiento de las repercusiones para la salud y el impacto ambiental.

“El mundo está pasando apuros para hacer frente a las amenazas químicas de antes y de ahora”, dice Boyd, que ha contado con el apoyo para su informe del relator especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos, Marcos Orellana.

Por ejemplo, el plomo se sigue utilizando de forma generalizada a pesar de que se conoce desde hace tiempo su toxicidad y sus devastadoras consecuencias para el desarrollo neurológico en la infancia. **El plomo causa cerca de un millón de muertes al año**, así como daños demoledores e irreversibles en la salud de millones de niños.

Entre los motivos de preocupación recientes figuran las sustancias perfluoroalquiladas y polifluoroalquiladas, los alteradores endocrinos, los microplásticos, los plaguicidas neonicotinoides, los hidrocarburos aromáticos policíclicos, los residuos farmacéuticos y las nanopartículas.

Sustancias eternas

Las sustancias perfluoroalquiladas y polifluoroalquiladas son un grupo de miles de sustancias químicas de extendido uso en aplicaciones industriales y de consumo, como las espumas para sofocar incendios y los revestimientos hidrófugos y lipóforos para textiles, papel y utensilios de cocina.

Se les conoce como “sustancias químicas eternas” (*forever chemicals*) debido a su persistencia en el medio ambiente.

Además, son tóxicas y bioacumulativas, pues van acumulándose en los tejidos de los organismos vivos y aumentando su concentración según ascienden en la cadena alimentaria.

Prácticamente todas las personas de los países industrializados tienen sustancias perfluoroalquiladas y polifluoroalquiladas en su organismo. La exposición a estos productos se ha asociado a lesiones hepáticas, hipertensión, disminución de la respuesta inmunitaria, disminución de la fertilidad, menor peso al nacer y cáncer testicular y de riñón.

En la Unión Europea, los costos relacionados con la salud que se derivan de las sustancias perfluoroalquiladas y polifluoroalquiladas oscilan entre los 52.000 y los 84.000 millones de euros anuales, mientras que los costos de tratamiento y recuperación del suelo y las aguas contaminadas van de los 10.000 a los 170.000 millones de euros.

Otras formas de contaminación más conocidas proceden de la extracción, el procesamiento, la distribución y la quema de combustibles fósiles (carbón, petróleo y gas

natural), que producen ingentes volúmenes de contaminación y sustancias químicas tóxicas.

Los combustibles fósiles son también la principal materia prima de las industrias petroquímica y del plástico, altamente contaminantes. La agricultura industrial contamina el aire, el agua, el suelo y la cadena alimentaria con plaguicidas, herbicidas, fertilizantes sintéticos y medicamentos peligrosos.

Otras industrias que producen enormes volúmenes de contaminación y sustancias tóxicas son la minería y la fundición, la industria manufacturera, el sector textil, la construcción y el transporte.



ONU Medio Ambiente

Un río contaminado en Sudán. La mala gestión de residuos y sustancias nocivas está afectando el medio ambiente de los centros urbanos.

Polución omnipresente

Los contaminantes tóxicos son omnipresentes hoy en día, **hallándose desde las más altas cumbres del Himalaya hasta las profundidades de la Fosa de las Marianas.**

Los seres humanos están expuestos a sustancias tóxicas a través de la respiración, los alimentos y la bebida, por contacto con la piel y a través del cordón umbilical en el vientre materno. Los estudios de biomonitorización revelan la presencia de residuos de plaguicidas, ftalatos, piroretardantes, sustancias perfluoroalquiladas y polifluoroalquiladas, metales pesados y microplásticos en nuestro organismo. Incluso se encuentran sustancias tóxicas en los recién nacidos.

Además, todas esas sustancias tóxicas **están relacionadas con los otros dos aspectos de la triple crisis ambiental mundial: la emergencia climática y el declive de la biodiversidad.**

La industria química agudiza la emergencia climática al consumir más del 10 % de los combustibles fósiles producidos en el mundo y emitir unos 3300 millones de toneladas de gases de efecto invernadero cada año.

El calentamiento global contribuye a la liberación y movilización de contaminantes peligrosos procedentes del deshielo de los glaciares y del permafrost.

La contaminación y las sustancias tóxicas constituyen también uno de los cinco principales motores del catastrófico declive de la biodiversidad, con efectos especialmente negativos para los polinizadores, los insectos, los ecosistemas de agua dulce y marinos (incluidos los arrecifes de coral) y las poblaciones de aves.

La contaminación también es una cuestión de desigualdad

Aunque todos los seres humanos están expuestos a la contaminación y a las sustancias químicas tóxicas, hay indicios convincentes de que **la carga de la contaminación recae de forma desproporcionada sobre las personas, los grupos y las comunidades que ya soportan el peso de la pobreza**, la discriminación y la marginación sistémica.

Los países de ingreso bajo y mediano son los más afectados por las enfermedades relacionadas con la contaminación, pues representan casi el 92 % de las muertes por esta causa. Además, más de 750.000 trabajadores mueren anualmente debido a la exposición a sustancias tóxicas en el entorno laboral, entre ellas la materia particulada, el amianto, el arsénico y los gases de escape de motores diésel.

La gestión de desechos sin las debidas condiciones de seguridad, en particular el vertido, la combustión al aire libre y el procesamiento informal de desechos electrónicos, baterías de plomo y plásticos, **expone a cientos de millones de personas del Sur Global a cócteles químicos**, como son los pirorretardantes bromados, los ftalatos, las dioxinas, los metales pesados, los hidrocarburos aromáticos policíclicos y el bisfenol A, denuncia el relator.

Las mujeres, los niños, las minorías, las personas migrantes, los pueblos indígenas, las personas de edad y las personas con discapacidad son potencialmente vulnerables, por diversas razones económicas, sociales, culturales y biológicas. Los trabajadores, especialmente en los países de ingreso bajo y mediano, están en situación de riesgo debido a la elevada exposición en sus puestos de trabajo, las malas condiciones laborales, el escaso conocimiento de los riesgos químicos y la falta de acceso a la atención de la salud. Y millones de niños trabajan en sectores potencialmente peligrosos como la agricultura, la minería y el curtido, mientras que existen viviendas sociales con presencia de amianto, plomo, formaldehído y otras sustancias tóxicas.



OMS

Los desechos de aparatos electrónicos viejos son la basura doméstica que más rápidamente crece en el mundo.

Zonas de sacrificio

Los sitios contaminados suelen encontrarse en comunidades desfavorecidas. Se calcula que en Europa hay 2,8 millones de sitios contaminados, mientras que en los Estados Unidos se han delimitado más de 1000 sitios nacionales de saneamiento prioritario, entre cientos de miles de emplazamientos contaminados.

En los países de ingreso bajo y mediano están generándose nuevos sitios contaminados debido a la industrialización (por ejemplo, las centrales eléctricas de carbón) y al extractivismo (por ejemplo, la extracción de oro artesanal y en pequeña escala). En numerosos Estados, la limpieza y el saneamiento se retrasan por la falta de fondos disponibles.

Boyd revela la existencia de “zonas de sacrificio”, **cuyas comunidades están expuestas a niveles extremos de contaminación y sustancias tóxicas.**

“Algunas comunidades son objeto de injusticias ambientales consistentes en un grado de exposición tan extremo a la contaminación y a las sustancias tóxicas en sus lugares de residencia que estos se han denominado *zonas de sacrificio*. La frase se originó en la época de la guerra fría, cuando designaba las zonas que quedaban inhabitables debido a los experimentos nucleares de los Estados Unidos, la Unión Soviética, Francia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los cuales provocaban niveles de radiación elevados y persistentes”, explica el experto en derechos humanos.

En la actualidad, por zona de sacrificio puede entenderse un lugar cuyos residentes sufren consecuencias devastadoras para su salud física y mental y violaciones de sus derechos.

En América Latina y el Caribe, identifica varias de esas zonas:

- En Chile, señala Quintero-Puchuncaví, un complejo industrial con refinerías de petróleo, instalaciones petroquímicas, centrales eléctricas de carbón, terminales de gas y una fundición de cobre. En 2018, un importante incidente de contaminación atmosférica hizo enfermar a cientos de escolares
- En La Oroya (Perú), donde hay una fundición de plomo, un pavoroso 99 % de los niños presentan niveles de plomo en sangre que superan los límites aceptables
- También en el Perú, en Cerro de Pasco, los habitantes están expuestos a metales pesados porque hay una enorme mina a cielo abierto
- El agua y el suelo de Guadalupe y Martinica (Francia) están contaminadas por niveles peligrosos del plaguicida clordecona. El 90 % de los habitantes tienen clordecona en la sangre, lo que aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer. Además, los vertederos de numerosos países del Caribe se incendian con regularidad generando sustancias químicas extremadamente peligrosas

“El hecho de que sigan existiendo zonas de sacrificio es una mancha en la conciencia colectiva de la humanidad. Creadas a menudo con la connivencia de Gobiernos y empresas, las zonas de sacrificio están en contradicción directa con el desarrollo sostenible y menoscaban los intereses de las generaciones presentes y futuras. Las personas que habitan las zonas de sacrificio viven explotadas, traumatizadas y estigmatizadas. Se las trata como si fueran desechables, se ignora su voz, se excluye su presencia en los procesos de toma de decisiones y se pisotean su dignidad y sus derechos humanos. Las zonas de sacrificio existen en los Estados ricos y pobres, en el Norte y en el Sur”, dice Boyd.



UNSPLASH/Beth Jnr

Unos residuos tóxicos, en una hermosa playa.

Injusticias medioambientales

Muchas de las injusticias ambientales son transnacionales, ya que el consumo en los Estados ricos tiene graves consecuencias para la salud, los ecosistemas y los derechos humanos en otros Estados.

Los Estados de ingreso alto siguen exportando irresponsablemente materiales peligrosos, como plaguicidas, desechos plásticos, desechos electrónicos, aceite usado y vehículos desechados, junto con los riesgos sanitarios y ambientales que acarrearán, a países de ingreso bajo y mediano, aprovechando que estos países suelen tener una reglamentación menos estricta y su aplicación es limitada.

Las empresas de la Unión Europea tenían previsto exportar más de 81.000 toneladas de plaguicidas prohibidos en 2018.

Aproximadamente el 80% del desguace de buques se realiza en las playas de Bangladesh, la India y el Pakistán, en las que trabajadores sin protección están expuestos a sustancias químicas tóxicas.

En algunos países, **hasta el 95 % de los desechos electrónicos son procesados de manera informal por personal no calificado que carece del equipo adecuado**, quedando expuesto a importantes niveles de metales pesados, bifenilos policlorados, pirorretardantes bromados, hidrocarburos aromáticos policíclicos y dioxinas.

Responsabilidad de las empresas

Para Boyd, las empresas deberían actuar con la debida diligencia en materia de derechos humanos y medio ambiente y respetar los derechos humanos en todos los aspectos de sus operaciones, pero asegura que hay innumerables ejemplos de empresas que violan el derecho a un medio ambiente limpio, saludable y sostenible generando contaminación o exponiendo a la población a sustancias tóxicas.

Además, las grandes empresas que contribuyen a la carga de contaminación y exposición a sustancias tóxicas en las zonas de sacrificio no están cumpliendo con sus responsabilidades en materia de derechos humanos.

En las zonas de sacrificio se produce un fallo del mercado de proporciones catastróficas, ya que las empresas maximizan sus beneficios mientras externalizan los costos sanitarios y ambientales a las comunidades vulnerables y marginadas.

Las empresas que operan en las zonas de sacrificio deberían instalar equipos de control de la contaminación, pasar a utilizar combustibles limpios, cambiar sus procesos, reducir la producción y, si es necesario, trasladarse a otro lugar.

Las empresas también son responsables de la limpieza y rehabilitación de las comunidades, las tierras, las aguas y los ecosistemas contaminados por sus operaciones.



Unsplash/Marcin Jozwiak

Vista aérea de la ciudad Poznań, Polonia.

Recomendaciones

En el informe, que será presentado al Consejo de Derechos Humanos, el relator hace una serie de recomendaciones a los Estados, entre ellas detoxificar urgentemente las zonas de sacrificio y eliminar las injusticias ambientales.

*Los Relatores Especiales y los Grupos de Trabajo forman parte de lo que se conoce como Procedimientos Especiales del Consejo de Derechos Humanos. Los Procedimientos Especiales, el mayor órgano de expertos independientes del sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas, es el nombre general de los mecanismos independientes de investigación y supervisión del Consejo que se ocupan de situaciones específicas de países o de cuestiones temáticas en todo el mundo. Los expertos de los Procedimientos Especiales trabajan de forma voluntaria; no son personal de la ONU y no reciben un salario por su trabajo. Son independientes de cualquier gobierno u organización y prestan sus servicios a título individual.