SORIA colegio oficial de Médicos

DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

FEBRERO

2015

EN HOSPITALES NISA

PLANTAMOS CARA AL CÁNCER DE PULMÓN

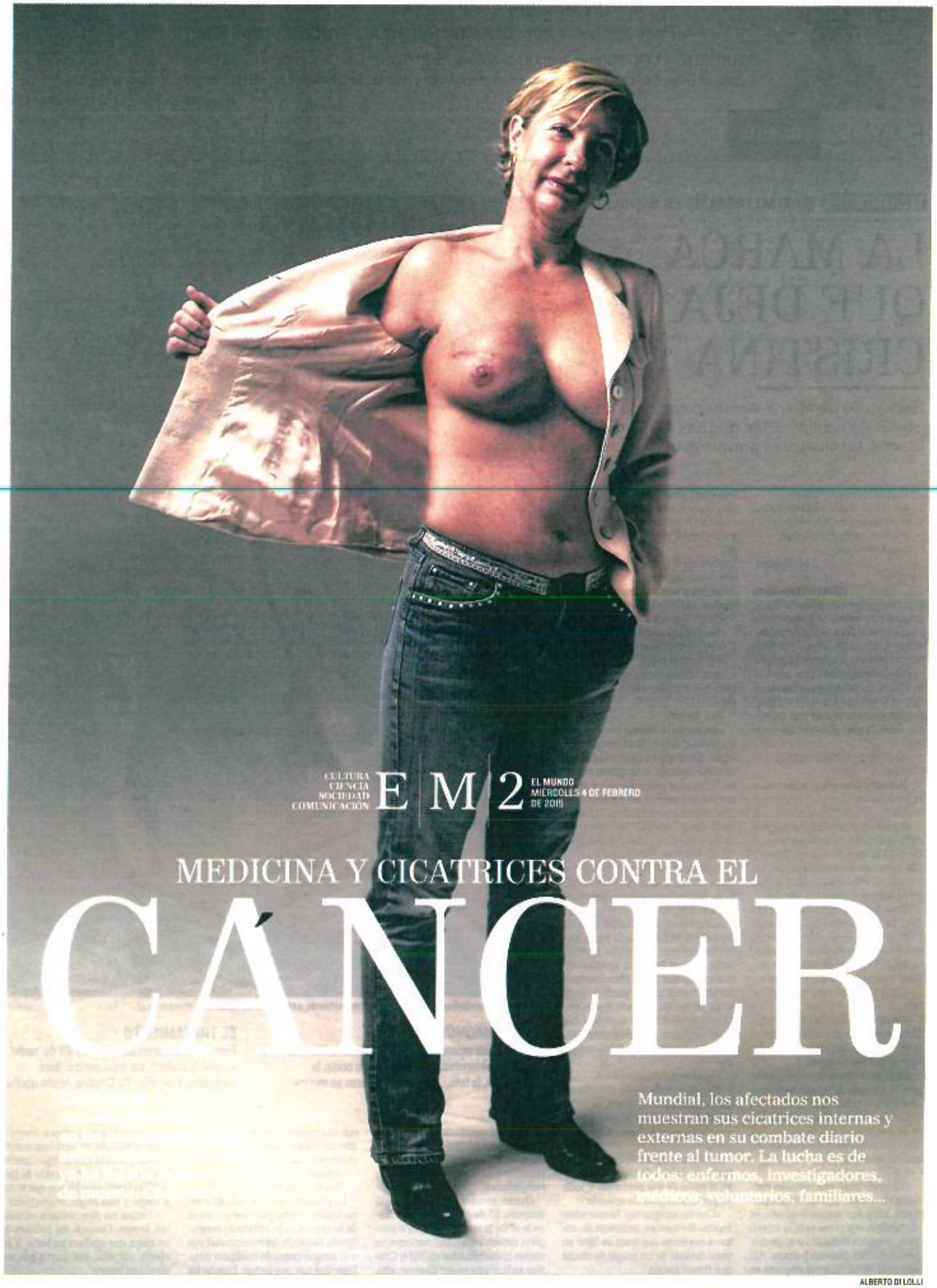
- Control del 98% en tumores menores de 7 cms. en T1 y T2
- 96% de control en metástasis pulmonares
- Mayor experiencia en España en el tratamiento de cáncer de pulmón con radiocirugía

El de pulmón es uno de los tumores malignos con peor pronóstico: la supervivencia global a los dos años se sitúa por debajo del 40% y desciende hasta un 11% pasados cinco años. En el Hospital Nisa Virgen del Consuelo de Valencia hemos plantado cara al cáncer de pulmón: la supervivencia media de nuestros pacientes tratados con radiocirugía al cabo de dos años se sitúa en el 70%. Muchos de ellos son tratados pasados los 75 años de edad.

PÍDANOS UNA SEGUNDA OPINIÓN: 96 317 78 46

HOSPITALES NISA
hospitales.nisa.es

@hospitalesNisa Hospitalesnisa



MEDICINA Y CICATRICES CONTRA EL

CÁNCER

Mundial, los afectados nos muestran sus cicatrices internas y externas en su combate diario frente al tumor. La lucha es de todos: enfermos, investigadores, médicos, voluntarios, familiares...

ALBERTO DI LOLLI

«Prevención y personalización en los tratamientos son la clave»

EMILIO IGLESIA CENTRO, presidente de la Asociación Pacientes con Cáncer Colorrectal (Madrid, 1943). «El cáncer es una enfermedad grave que retrocede en mortalidad y que está mejorando en calidad de vida la supervivencia».

TESTIMONIOS TUVO METÁSTASIS EN GANGLIOS

LA MARCA QUE DEJA CRISTINA

Hace justo un año, le fue diagnosticado un cáncer de mama: «Digo que hay que luchar. Enseño las cicatrices porque ayudan a creer».

«Las cicatrices son sitios por donde el alma ha intentado marcharse y ha sido obligada a volver, ha sido encerrada, cosida dentro».

—J. M. Coetzee

PEDRO SIMÓN MADRID

Lo primero que comprendió fue la palabra carcinoma. Lo primero que preguntó es si iba a morir. Lo primero que le dijo su hija es que ella también se afeitaría la cabeza. Lo primero que le contestó es que ni se le ocurriera. Lo primero que hacemos hoy es probar con la vieja terapia, esto es: pedir unos churros, quitarnos las bufandas y hablar del tiempo.

–Yo prefiero el frío al calor.

–Y yo.

–Por los sofocones que me causa la medicación.

–Ya.

El gran fogonazo interno fue justo hace un año, cuando en febrero de 2013 le dieron el diagnóstico y ella, como en las malas películas, tuvo que ser abanicada por la enfermera porque se quedaba sin aire.

No es fácil dar con una mujer como Cristina Fernández-Durán, más humor que tumor: «Yo me decía: 'Pero si no pega nada que me muera ahora'». Con su desnudez de certezas y esta cicatriz de bienvenida.

–¿Qué fue lo primero que pensaste?

–En ese momento la mastectomía te importa tres pimientos. Que te quiten la oreja, la mano, la teta... Lo que no quieres es morir.

En el periodismo a veces sucede que te enteras de lo que has visto una vez que te has ido.

En efecto, esto no va de una persona que nos enseña un pecho. No. Esto va de una persona que nos enseña el corazón.

(...)

«Cuando pasé una revisión rutinaria en octubre de 2012 estaba perfecta. Pero dos meses después, en diciembre, mientras veía la televisión, sentí un bultazo en el pecho. No un bultito. Sino un bultazo. Allí estaba *la bicha*. Yo tenía dos: una en Barcelona, para entendernos [se señala la parte alta del pecho], y otra en Jaén. Lo más aconsejable era una mastectomía. Fuera. Y dije que venga».

Érase abril. Éranse los 53 años de una buena comercial. Érase un quirófano muy vacío. Éranse unas conversaciones muy llenas.

–¿Me voy a morir?– a la oncóloga.

–No. Espero que no.

–¿Va a extenderse?

–No tiene por qué.

–A mí dime cómo me voy a ver, para evitar el impacto. ¿Voy a salir plana?

–No, mujer.

«Recuerdo la *quimio* como si me metieran el diablo en el cuerpo. Hubo un día en que no pude más: el ardor de estómago, el sangrado por la nariz, las uñas que se me caían... Me miraba al espejo y me hundía. Entonces hice una cosa: llené la bañera de agua muy caliente, me metí dentro, lloré mogollón. Y me dije: 'Ya, Cristina, ya. Hasta aquí'».

Salió de la bañera y se secó para siempre. Leyéndose como en *braille*. La última lágrima fue a desembocar a la cicatriz.

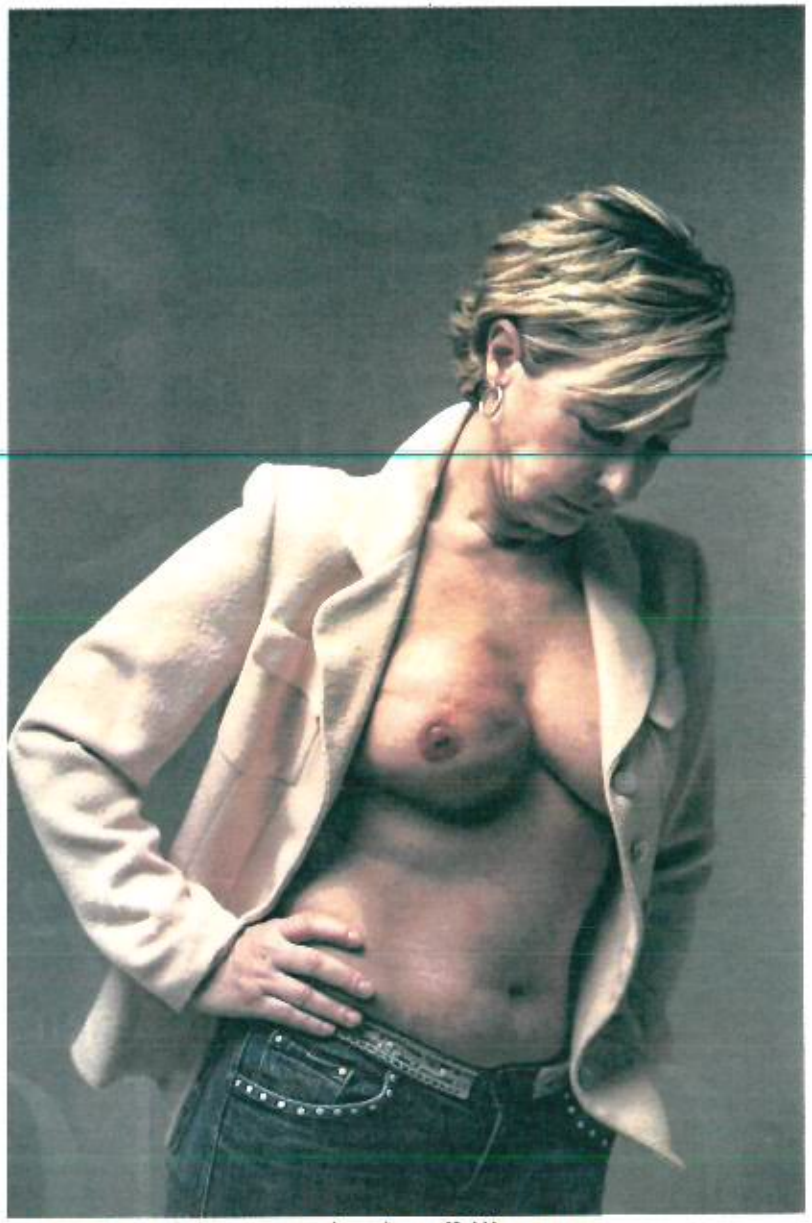
«Cambié el chip. Decidí que no iba a dejar de hacer nada por culpa del tratamiento. Caminaba. Comía. Salía. A pesar del sabor metálico en la boca, a pesar de los efectos secundarios, nunca me he quedado postrada. Se me iba cayendo el pelo, pero yo me repetía ante el espejo: *me estoy curando, me estoy curando, me estoy curando, me estoy curando*».

Y el abracadabra funcionó.

Hoy se ríe acordándose del día en que, en medio de la gente, se quitó la peluca porque tenía calor y se la guardó en el bolso como si fuera un gorro.

Ahora nos habla de que se iba al teatro sin cejas y de cuando se le cayó el telón de sus pestañas. Y toda su gente no dejaba de aplaudir.

«Con las amigas nos hemos reído mucho del tumor», señalándolo, como a ese tonto que trata de ligar en vano delante de un grupo de chicas que tienen pareja.



Cristina Fernández-Durán, con una mastectomía, este lunes en Madrid. ALBERTO DI LOLLI

EL DIAGNÓSTICO

«En ese momento la mastectomía te importa tres pimientos. Que te quiten la oreja, la mano, la teta... Lo que no quieres es morir»

EL TRATAMIENTO

Fueron 15 sesiones de 'quimio y 25 de 'radio'. «Llené la bañera, me metí dentro, lloré mogollón. Y me dije: "Ya, Cristina, hasta aquí"»

«La estética es lo de menos. El pelo te vuelve a crecer. La autoestima también. Hoy puedo decir que tengo el pecho más bonito que antes de la enfermedad».

Quince sesiones de quimioterapia después, 25 de *radio* más tarde, curada al fin la metástasis en los ganglios linfáticos, 25.000 tumores de mama contabilizados en 2014; Cristina es hoy una *mujer Everest*, alta, con muchísimo carácter, de esas que mandan callar a una cafetería entera con sólo dar un golpe en la mesa.

–¿Quieres más churros?

–No, no– sonríe.

La próxima revisión será en marzo. Queda mucho para ese insomnio de la víspera. «He intentado normalizarlo. Hablo de mi enfermedad con mis amigas como de cualquier cosa. Digo que hay que luchar. Enseño las cicatrices porque ayudan a creer».

En el estudio fotográfico donde hemos quedado está su hija Camila. Y su perra *Bimba*. Y una silla de tijera. Y un fondo muy blanco que te deja ciego. Y esta mujer de una pieza.

Cristina me dice: «Ahora, si quieres, lo ves». Como si me hablara de un mapa que ocultara un botín. Y en efecto, allí está, esa marca que esconde un tesoro.

TESTIMONIOS «LE DI UN SENTIDO AL CÁNCER»

«CREÍAN QUE MORÍA, YO DIJE QUE NO»

Tenía un tumor en el pulmón, metástasis en el cerebelo y pensaban que moría. De eso hace 18 años. Hoy les cuenta a los enfermos que está viva

Amelia Carreras, en una imagen tomada en Aravaca (Madrid). ALBERTO DI LOLLI

LOS MIEDOS
«Todo indicaba que me iba a morir. Pero yo, con 49 años, me dije que eso no era posible. El miedo a la muerte hay que pasarlo»

LOS ENFERMOS
«Un enfermo tiene derecho a llorar, a deprimirse, a no quererse duchar... No hay una hoja de ruta válida para todos»

PEDRO SIMÓN MADRID

Tenía 49 años, un cáncer de pulmón, metástasis en el cerebelo y el oncólogo más sincero a este lado de los Pirineos.

–Mira, chica, aún no sabemos por qué estás viva...

Tenía tres hijos que eran aire y un esposo que era humo. El cepo de los dos paquetes de Ducados al día. Otro tumor en la tráquea. Una boquilla sin sonrisas.

Y luego tenía pánico. Creciente. Viscoso. Nuevo. Como un pronóstico de puntos suspensivos para el que no había palabras.

(...)

Cuando salió del quirófano el 13 de mayo de 1998, *tenía* un pulmón de menos y un terror de más: ella, Amelia Carreras Fenoll, catedrática de instituto, que aún no sabía por qué estaba viva.

«Todo indicaba que me iba a morir. Pero yo, con 49 años, me dije que eso no era posible. Me entró la sensación de que no me había enterado de la vida, en serio. Mis hijos, mi profesión, mi relación de pareja... Sentía que había cosas sin completar, que había mucha insatisfacción en la vida vivida. Así que tuve que pedir ayuda, digerir los miedos, el peor de todos: el miedo a la muerte. Y decidí que todo lo que me había hecho sufrir antes de ponerme mala lo tenía que arreglar. Le di un sentido a la enfermedad».

De todo aquello hace ya 18 años. Donde hubo una mujer delgada, había una Amelia con casi 20 kilos más, hinchada por los tratamientos. Donde hubo una mujer que no había sido operada jamás, había una Amelia con una válvula de la cabeza al peritoneo y un cuadro de hidrocefalia. Donde hubo una tipa valiente, había una tipa valiente.

Entonces supo que el cáncer es como un bocadillo enorme –de esos de récord Guinness que se celebran en las plazas de los pueblos–, algo largo que te tienes que ir comiendo tú sola poco a poco, todos los días, masticando en silencio.

Recuerda el primer bocado. Estaba explicando la colonización de África en COU cuando aparecieron los síntomas: «Sentí un mareo, como si se moviera el aula. Les dije: 'Me voy a sentar'. Al día siguiente vinieron los vómitos. No podía andar en línea recta. Tenía un dolor de cabeza tremendo... Era noviembre y me ingresaban en el Ramón y Cajal».

Ella *no tenía* cáncer. Por eso al principio echó de su habitación al doctor que acudía a verla con una chapa donde se leía *Oncología* en la bata. Ella *no iba a tener* cáncer. Por eso después hizo lo propio con el peluquero que tenía que afeitarla.

Entonces internet no era un oráculo omnipresente, pero ya una lo sabía: el 85% de los que tenían su cáncer de pulmón, cuenta, morían antes de los cinco años. En aquellos años Amelia era un hospital de campaña: el pulmón extraído, los intentos de cauterización del tumor cerebral, la gammagrafía ósea, los controles del hígado, aquella piel de cera. «Un enfermo tiene derecho a llorar, a deprimirse, a no quererse duchar. No hay ejemplos a seguir. No hay modelos. No hay hoja de ruta válida... Pero sí hay cosas de las que hay que hablar. No podemos decir *murió de una larga enfermedad*, sino *murió de cáncer*. Las cosas que no son nombradas crean malestar, lo que no se atraviesa no se cura, no queremos pasar miedo, porque el miedo es entrar en la cosa. Pero el miedo hay que pasarlo».

Hoy todo se lo cuenta Amelia a los enfermos como si ella fuera un espejo. Cuando en la Asociación Española Contra el Cáncer hay un paciente que quiere hablar, la profesora de Historia va. Cuando alguien llama a Infocáncer (900 100 036), se pone. Les dice que ella estuvo en el filo y hoy está viva. Les escucha. Sobre todo les escucha. También les cuenta su historia anterior.

Cosas como que aquel día de 2003 en que recibió el alta médica, vendió la casa, se separó del marido, hizo una gigantesca bola de papel con el pasado y la encestó en la papelera. Tres puntos. Sobre la sirena.

Entonces tenía 54 años, un solo pulmón, el cerebelo marcado y, ya saben, el oncólogo más sincero a este lado de los Pirineos.

–Estaba pensando en hacerme un viaje al Japón. ¿Qué hago? –le preguntó al doctor con una voz que sonó decidida como el motor de un Plymouth.

–Mira, es lo que te dije: aún no sabemos por qué estás viva... [Amelia abrió los ojos como la primera vez] Todo lo que has sufrido es para que vivas. O sea, que vete y vive.

Y se fue. Y vivió. Y 18 años después de aquel primer mareo en clase todavía anda dando vueltas por ahí. De aterrizaje en esta página.

Ahora lo sabe: ser feliz tiene que ver con un puñado de certezas a corto plazo y aquella duda inextinguible.

Las certezas: espera un nieto en abril. El próximo viaje lo harás a la Patagonia. Tu café con leche está muy bueno. El pelo largo te sienta mejor. Estas zapatillas son calientes. Hoy es miércoles.

La duda: aún no saben por qué estás viva, dicen. Aunque tú sí.

ANA ALONSO MONTES

Yo no soy mi cáncer

Soy una superviviente. Se llama así a quien está libre del cáncer cinco años después de una primera lucha. Cuando me diagnosticaron cáncer de mama, mi madre, que había visto morir en apenas tres meses a mi padre, me dijo: «¿Qué puedo hacer para ayudarte?». Tardé segundos en contestar: «Trátame como siempre. No me mires como si fuera otra y, si me quieres mimar, haz me lentejas, o sopa de pescado, ya sabes, lo que me gusta».

Así lo hizo y no sentí su compasión. Mis sobrinas jugaban con mi peluca y se reían de mi calvicie. Cuando veían a una chica con pañuelo, me decían: «La madre de mi compañera también ha perdido el pelo por las medicinas, como tú». Me sentía la misma, con cáncer, pero yo misma. Tampoco mejor, porque el cáncer no redime. Cuando mi oncóloga, Laura G. Estévez –que se convirtió en mi ángel guardián–, me recomendó que trabajara, si es lo que me hacía sentir bien, seguí con mi tarea en el periódico en la medida de mis posibilidades.

Mis jefes y compañeros me ayudaron a llevarlo. Es mi pasión y, como dice Emma Bonino, a las pasiones no se renuncia. Lo poco que podía hacer por otros que lo sufrían (y muchos tenían un diagnóstico peor) era ayudar a que no se nos viera como una enfermedad andante. Somos los mismos, quizá más cansados o más sensibles, a veces más sabios. Mi padre conservó su dignidad y su sentido del humor. Mi amiga Mari Carmen, su generosidad. Y Svetla se enamoró de su médico en una pirueta del destino para afrontar su melanoma. Si no soy mi cáncer, ¿por qué hago bandera aquí de este desafío al que nos enfrentamos muchos? Lo hago para reivindicar a cada persona que tiene un diagnóstico así en algún momento de su vida. No somos el cáncer. Somos más. Somos vida.

Ana Alonso Montes es redactora jefe de la sección de Internacional de EL MUNDO.

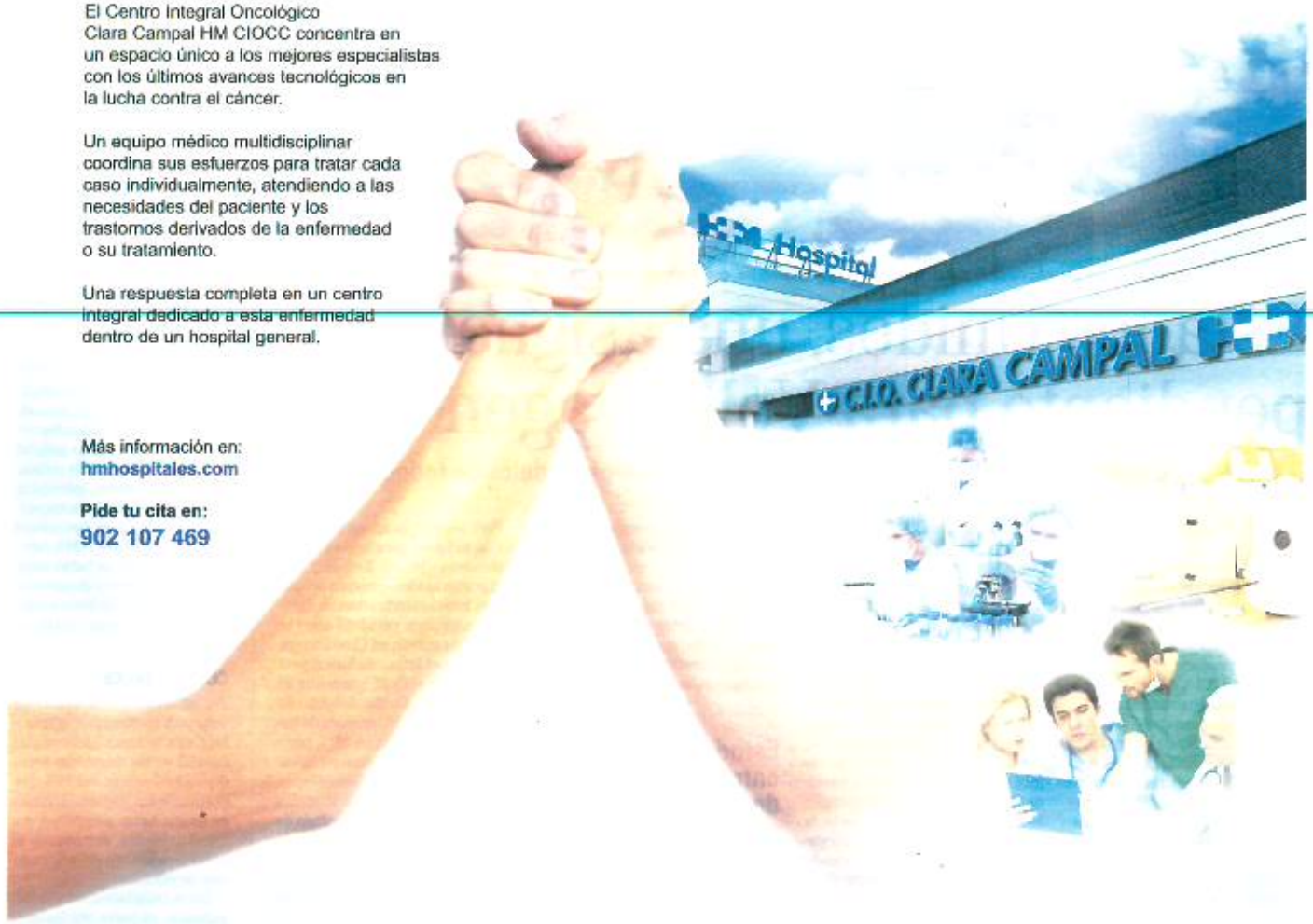
HM CIOCC, la respuesta integral de HM Hospitales para ayudarte en el pulso frente al cáncer.

Contigo, frente al cáncer

El Centro Integral Oncológico Clara Campal HM CIOCC concentra en un espacio único a los mejores especialistas con los últimos avances tecnológicos en la lucha contra el cáncer.

Un equipo médico multidisciplinar coordina sus esfuerzos para tratar cada caso individualmente, atendiendo a las necesidades del paciente y los trastornos derivados de la enfermedad o su tratamiento.

Una respuesta completa en un centro integral dedicado a esta enfermedad dentro de un hospital general.



Más información en:
hmhospitales.com

Pide tu cita en:
902 107 469

Empresa certificada:

PATRONO

CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO
hm CIOCC
Somos tu Salud

«Hoy la enfermedad de mi hijo se ha convertido en una fundación»

JOSÉ CARNERO, padre de Guzmán y presidente de unoentrecienmil.org (Madrid, 1972 y 2007). «Hace cuatro años, Guzmán fue diagnosticado de leucemia. Decidí que mi hijo no sólo iba a ser uno entre cien mil y que lo iba a superar».

JOAN MASSAGUÉ

Director del Sloan-Kettering Institute. Tras más de tres décadas investigando en EEUU, donde ha revolucionado el conocimiento sobre la metástasis del cáncer, el sabio español cree que en la próxima década se va a superar definitivamente la «oscuridad medieval» en torno a esta enfermedad.

«EL CÁNCER DEJARÁ DE SER UN CUADRO NEGRO DE GOYA»

LUIS QUEVEDO NUEVA YORK
ESPECIAL PARA EL MUNDO

Joan Massagué e investigación del cáncer son dos conceptos inseparables. Este farmacéutico español lleva más de tres décadas investigando en EEUU, donde ha contribuido a revolucionar la investigación del cáncer en general y de la metástasis en particular. Nos recibe en su despacho de director del Sloan-Kettering Institute, el brazo científico del hospital neoyorquino del mismo nombre.

Pregunta.– Hemos pasado de hablar de cáncer como algo que no se comprendía muy bien a hacerlo como de un asunto de una complejidad abrumadora, casi depresiva. Y ahora parece que la luz vuelve a brillar al final del túnel. ¿Qué ha sucedido?

Respuesta.– Han sucedido varias cosas. La primera es que entendemos que el cáncer son varios centenares de enfermedades. Cáncer es una palabra genérica, como infección. La otra cosa que está sucediendo es que con el advenimiento de la secuenciación y con el edificio de conocimiento básico que poseemos, podemos entender mucho más rápido que antes cómo y por qué un cáncer concreto es más o menos agresivo, cómo forma metástasis, cómo se disemina, cómo responde a la terapia, etc. La aceleración de la adquisición del conocimiento fundamental para ayudar al paciente es más rápida hoy porque entendemos mucho más qué es el cáncer, los cánceres.

P.– ¿Qué puntos de inflexión ha habido en cuanto a técnicas desde que usted se dedica al cáncer?

R.– Además de la secuenciación, la bioinformática y las técnicas de imagen: poder ver la biología, la célula de cáncer que se escapa y se aloja en el cerebro, en el pulmón. Técnicas de genética funcional para determinar de los muchos genes que pueden estar mutados en un cáncer, cuáles son los críticos.

P.– ¿Cómo se plantea la investigación en la próxima década?

R.– Va a ser una continuación de lo que hemos visto. El incremento progresivo del conocimiento y de su aplicación clínica. Y alguna revolución, como la inmunoterapia. Ésta va en serio. No sabemos cuánto va a abarcar, pero sabemos que es mucho más de lo inicialmente esperado. Va a haber revoluciones de este tipo puntuando un proceso ascendente basado en lo que ya hay. No nos vamos a levantar una mañana en que el periódico diga: «Hoy se ha solucionado el cáncer». Esto está sucediendo pero no es un «hoy», es «en estas décadas la humanidad dio el vuelco al cáncer», como hace 80 años lo dio a la infección con los antibióticos. Está siendo una empresa histórica como lo fue el descubrimiento de las vacunas en el siglo XIX, de los antibióticos en el XX. Pero, en una época en la que los avances de la tecnología nos hace esperar soluciones inmediatas, la biología es mucho más compleja. Pero van a ser éstas las décadas en las que se pasó de la oscuridad medieval –casi– en el cáncer a la normalización de la enfermedad.

JOAN MASSAGUÉ / LUIS QUEVEDO

«VAMOS A DARLE UN VUELCO AL CÁNCER COMO HACE 80 AÑOS LO DIMOS A LA INFECCIÓN CON LOS ANTIBIÓTICOS»

«HEMOS NORMALIZADO EL CÁNCER AL VERLO COMO UN CONJUNTO DE ENFERMEDADES, UNAS MUCHO MÁS LEVES QUE OTRAS»

«HOY PODEMOS ENTENDER MUCHO MÁS RÁPIDO CÓMO Y POR QUÉ UN CÁNCER CONCRETO ES MÁS O MENOS AGRESIVO»

P.– El nombre de Joan Massagué es inseparable del estudio de la metástasis. ¿Qué está en el horno ahora para su especialidad?

R.– A la metástasis como problema de investigación le hemos perdido el miedo. Antes, la comunidad científica no quería estudiarla porque era demasiado complicada [...] nadie quería jugarse en ello la carrera. Pero es importante porque el 90% de las muertes registradas en cáncer se deben a metástasis. Se está revolucionando esta terapia con medicamentos más refinados contra múltiples dianas y en combinación con la inmunoterapia, que es forzar nuestra inmunidad para que haga lo que se descuidó de hacer cuando aquel tumor surgía. Cada día, nuestro cuerpo está eliminando un número abundante de células que intentan formar tumores. El tumor que surge es porque ha escapado a la vigilancia policial de la inmunidad y otros sistemas. Si esto se puede reforzar cuando el tumor ya ha surgido, la inmunidad puede acabar de hacer la faena que no hizo.

P.– ¿Es razonable pensar que en una década podemos transformar el cáncer en lo que hoy es la infección?

R.– De infección se mueren millones de personas al año. Gripe, ébola, tuberculosis, meningitis y escarlatina son infecciones. Cada una de ellas tiene un nivel de gravedad. El cáncer lo estamos normalizando. Normalizar nuestra relación con el cáncer es verlo como un conjunto de enfermedades. Unas más leves porque tienen tratamiento y otras que van a seguir siendo muy serias. En cáncer seguirá habiendo lo que representa el ébola en infecciones, pero cada vez más va a haber lo rutinario, lo que «se trata y ya está». En 10 años la percepción social de la enfermedad va a ir saliendo del oscurantismo de un cuadro negro de Goya, como llegó hasta el umbral del XIX.

P.– ¿Qué opina de la situación de la ciencia en España?

R.– España ha experimentado el potencial y la vulnerabilidad de la ciencia. El potencial se vio por el resultado casi inmediato de las inversiones de varios gobiernos de centro derecha y de centro izquierda, a nivel nacional y de ciertas regiones. Una intervención decidida, no solamente presupuestaria, sino también de gestión. Fue espectacular y el mundo estaba maravillado. Pero desde que empezó la crisis económica, el recorte en ciencia dejó atónito al mundo. ¿Cómo es posible que España –habiendo demostrado, a sí misma y al mundo, la promesa y el potencial de la inversión en ciencia– se olvidara de ella tan rápidamente? Finalmente, en el lado positivo, me complace ver que las mejores estructuras que se crearon en la década anterior cuando había más recursos, las que quedan de pie, están fuertes, bien colocadas para resurgir o continuar cuando se normalice la situación.

P.– ¿Qué le diría a los investigadores, a los científicos jóvenes que sufren la crisis?

R.– Al investigador o científico nato, estas cosas las ve y las escucha, pero no le paran. Porque el talento y la vocación son cosas imparables. Van a surgir más rápido y mejor si las condiciones lo permiten, pero los pura sangre salen adelante. Los artistas no son conocidos como colectivo por estar rodeados de grandes oportunidades y promesas de gran riqueza, pero ellos tienen que hacer su pintura...

«La detección temprana es la mejor estrategia»

JESÚS PRIETO, director de Hepatología y Terapia Génica del Centro de Investigación Médica Aplicada –CIMA– (Oviedo, 1944). «Para los casos avanzados, los nuevos tratamientos de inmunoterapia están abriendo perspectivas esperanzadoras».

Una investigadora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas sostiene una muestra de tejido canceroso. ALBERTO DI LOLLI

INVESTIGACIÓN AVANCES CIENTÍFICOS

TALENTO Y PROBETAS ANTICÁNCER

El Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas es el lugar en España donde se busca desentrañar los mecanismos del cáncer

ÁNGELES LÓPEZ MADRID

Su fachada de cristal refleja los tonos del día. Desde fuera se pueden ver los rayos del sol apuntando a sus ventanas y desde dentro muchos de sus despachos dan a *la playa*, que no es más que un pinar donde en primavera y verano algunos investigadores se sientan para hablar de su trabajo y por qué no de su vida. Sin embargo, la mayoría de los ojos de los científicos que integran los más de 30 grupos que conforman el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, ubicado en Madrid, están enfocados en letras, números y compuestos. En este edificio, hay más papeles que pipetas, más ordenadores que microscopios y más móviles que centrifugadoras. Porque todas esas herramientas son las que necesitan estos *guerrilleros* para luchar contra el gran mal de nuestro tiempo.

Tres son las personas con las que recorremos el centro: Francisco Real, Manuel Hidalgo y Héctor Peinado. Su trabajo y experiencia difiere bastante entre sí. El primero, tras años en el hospital como médico oncólogo, se trasladó a este centro hace algo más de siete años para dedicarse exclusivamente a la investigación. «Aquí las preguntas son cada día nuevas. Nuestro objetivo es entender la enfermedad holísticamente, como un todo», explica en primera persona del plural. Porque si algo tiene claro Francisco Real, jefe de Grupo de Carcinogénesis Epitelial y profesor de universidad, es que al cáncer hay que vencerlo trabajando en equipo. «Los genios pueden trabajar solos. Pero los genios se cuentan con *los dedos de una oreja*. Este es un trabajo de construir juntos. Además, para trasladar el conocimiento del laboratorio al entorno clínico, la colaboración es mucho mayor. Y además son equipos que hablan lenguajes fundamentalmente distintos y, por lo tanto, lo primero que tienes que hacer es oír el mensaje, traducirlo, incorporarlo, hablarlo y entenderlo».

Algo que repiten como un mantra los otros dos investigadores, precisamente en un centro al que se le ha acusado de ser demasiado independiente, de no trasladar la investigación al paciente. «Hemos tenido dificultades en cómo hacerlo, porque no estamos en un hospital y somos una estructura independiente», explica el director del Programa de Investigación Clínica, Manuel Hidalgo, quien reconoce que acercar la ciencia a la medicina ha sido su principal objetivo desde que llegó al centro en 2009. «Ha sido difícil y lo sigue siendo, aunque creo que estamos en una situación bastante orientada. Empezamos a colaborar con el Hospital de Fuenlabrada pero, por distintas razones, no ha cuajado al nivel que debería. Es un hospital pequeño, pero no es sólo eso. La mala administración de la gerencia del CNIO ha hecho que, después de tres años de papeleos y cuando ya teníamos todo listo, no tengamos dinero para empezar a realizar ensayos en ese hospital».

Hidalgo no oculta su decepción. Compara la gestión realizada en el CNIO con la de aquellos aeropuertos fantasmas generados en el país. Y se sorprende de que no haya tenido consecuencias. «Es una irresponsabilidad no utilizar el dinero para lo que se ha pedido. Se ha gastado en material, en laboratorios que están vacíos. Ahora estamos intentando rehacer sin los recursos que teníamos adjudicados. Afortunadamente en el sector privado sí hemos podido hacer mucho. Si yo no hubiese tenido vinculación con el Hospital Madrid, donde trabajo parte de la semana y con el que hemos coordinado ensayos clínicos, o me hubiese ido hace dos o tres años o mi carrera hubiese dado un giro irrecuperable».

> «GRACIAS A LA TECNOLOGÍA, HA HABIDO AVANCES MUY IMPORTANTES EN EL CONOCIMIENTO DEL CÁNCER»

Sin embargo, y a pesar de ese tiempo perdido, Hidalgo adelanta que ya hay firmados acuerdos con dos grandes hospitales de Madrid, con los que el CNIO empezará a colaborar en breve. «Van a venir médicos de esos centros a tener laboratorios aquí. Eso es muy importante, porque ese es el mejor modelo para poder contribuir a que haya mejor ciencia y medicina y, por tanto, a que los pacientes estén mejor. Además, somos conscientes del retorno que le debemos a la sociedad. Somos un centro público y la gran mayoría de la financiación viene de los impuestos de los ciudadanos. Nos dan recursos para emplearlos bien. Por eso no entiendo que la gestión de la gerencia no tenga consecuencias».

De las debilidades del centro, como la mencionada traslación a los hospitales y alguna otra más, parece que son conscientes sus responsables. «En el CNIO estamos en un renacimiento continuo, porque buscamos nuevas oportunidades y nuevas estrategias. Vamos a reclutar a grupos básicos bastante buenos y prometedores. Uno es el de Héctor Peinado y habrá dos más para tratar un par de áreas, que no están representadas en nuestro portfolio de investigación. Si es cierto que desde la dirección del centro hay una apuesta muy clara por el impacto traslacional y por el impacto en la sociedad», señala Hidalgo.

NUEVAS FÓRMULAS PARA FINANCIAR LA INVESTIGACIÓN

Laura y su familia, tras conocer por EL MUNDO que un proyecto del CNIO buscaba dinero a través del *crowdfunding* para desarrollar una herramienta diagnóstica frente al glioblastoma (un tumor cerebral), decidieron poner su granito de arena. «Me encantó el proyecto. Pensé que si mi padre [fallecido en marzo de 2014 por un glioblastoma] hubiera tenido una herramienta como la que quieren desarrollar, todo hubiera sido más fácil». Donaron la recaudación de un día en su panadería. Esa y otras donaciones fueron clave para seguir con el proyecto.

Laura con su madre y hermana en su panadería. EL MUNDO

Junto a Peinado, el grupo de Manuel Valiente rellenará una de las lagunas del CNIO: el estudio de las metástasis. Desde su laboratorio en construcción, el jefe de Grupo de Microambiente y Metástasis, Héctor Peinado, nos explica alrededor de una mesa recién estrenada que su perfil, tras años trabajando en el Weil Cornell Medical College de Nueva York, está muy centrado en la traslación. «Creo que eso ha llamado la atención, porque es lo que quiere hacer el CNIO».

Junto a él, paseamos por el centro donde los pasillos conectan los laboratorios llenos de pipetas, probetas y microscopios con despachos rebosantes de papeles. Allí, los jóvenes investigadores, un 70% es menor de 40 años, intercalan ideas y experimentos. El más joven de los tres científicos con los que EL MUNDO ha compartido una jornada asegura que éste es el centro donde quería estar, por el que quería regresar a España después de años fuera. «Me fuí no por la crisis sino para completar mi formación». Y explica que fue el afán de conocimiento el que le llevó a investigar las metástasis, aunque el culpable de que estudiara Biología fue Ramón y Cajal, o mejor dicho Imanol Arias al interpretar al viejo científico. «Vi la serie de televisión y desde entonces siempre quise ser como él. Y curiosamente he regresado a España con una beca Ramón y Cajal».

«AQUÍ CADA DÍA HAY NUEVAS PREGUNTAS. NUESTRO OBJETIVO ES ENTENDER HOLÍSTICAMENTE LA ENFERMEDAD»

YA HAY FIRMADOS ACUERDOS CON DOS GRANDES HOSPITALES DE MADRID PARA LLEVAR LA CIENCIA BÁSICA AL PACIENTE

«NUESTRO TRABAJO ES DE 24 HORAS. SI EL CÁNCER NO DESCANSA, ¿POR QUÉ TENEMOS QUE HACERLO NOSOTROS?»

Este madrileño explica que el 90% de las personas que mueren por cáncer lo hace por las metástasis. «Ahora mismo no existe una terapia específica para bloquear metástasis.Entender ese mecanismo de malignización del tumor y cómo anularlo es lo que pretendemos. Por lo menos, controlarlo, para que se pueda mantener una calidad de vida adecuada a largo plazo, una cronicidad».

Aunque el objetivo de Francisco Real va más allá en el cáncer de vejiga. «Es el tumor que más cuesta por paciente al sistema sanitario, porque en muchos casos el enfermo no se cura pero no muere sino que recae, y hasta 30 veces en su vida». En cambio, frente al cáncer de páncreas, otra de sus áreas de investigación, se conformaría con un objetivo más modesto: su control. «En los últimos años ha habido avances muy importantes, desde el punto de vista del conocimiento del tumor, gracias a la tecnología. El reto es cómo utilizar esa información, para prevenir y tratar mejor. Más del 50% de los tumores se curan, y de los que no, hay una proporción importante que se hace crónico. Pero luego hay otros, como el de páncreas, que son un auténtico desafío».

Desde la dirección del CNIO se está fomentando, ahora más que nunca, la relación con la sociedad y con las empresas para concienciar sobre la importancia de hacer donaciones a la investigación. «Los fondos deberían venir de todos los sitios. La parte privada tiene una función esencial. Tener inversiones a fondos perdidos, de fundaciones privadas, públicos, compañías, etc. Si invierten a largo plazo les vendrá bien para que se conozca una buena labor y, por otro lado, van a generar un conocimiento que a largo plazo podría revertir en más riqueza para el país», afirma Peinado.

Real, Peinado e Hidalgo coinciden en afirmar que pasan más horas mirando el ordenador o los papeles de artículos médicos que frente a un microscopio. Porque la interacción con otros grupos dentro y fuera del CNIO es lo que ha permitido avanzar en el conocimiento del cáncer. Los tres investigadores intercalan palabras inglesas con españolas. «Acabo de tener un *skype meeting* con un colaborador de Cornell», informa Peinado. Porque, como apunta Real, «después de la economía, lo más global que existe es la ciencia». Su día a día no se limita a los pasillos del centro sino que se abre mucho más allá. Porque esa es la única manera de contraatacar a las estrategias del cáncer, compartiendo conocimiento.

Aunque el centro refleje los rayos del atardecer, los guerrilleros siguen ahí. «Nuestro trabajo es de 24 horas. Si el cáncer no descansa, por qué tenemos que descansar nosotros», afirma Hidalgo. Saber que el cáncer sigue matando «te genera impotencia, pero también te da fuerza para seguir investigando», sostiene Peinado.

Un paciente oncológico muestra su pulsera de 'superviviente' tras superar la enfermedad. REUTERS

DÍA MUNDIAL LOS NÚMEROS EN ESPAÑA

SE HA TRIPLICADO LA TASA DE PACIENTES QUE SOBREVIVEN

A pesar de los avances, una de cada dos personas nacidas hoy tendrá cáncer a lo largo de su vida. El más frecuente es el colorrectal.

CLARA MARÍN MADRID

Una de cada dos personas nacidas hoy tendrá cáncer a lo largo de su vida. No obstante, los avances de las últimas décadas han supuesto un cambio radical no sólo en la percepción del cáncer, sino en las posibilidades de supervivencia y curación. Con las últimas innovaciones, se ha triplicado la tasa de pacientes que sobreviven desde los años 70, según indicaba ayer la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

En España, el tumor más frecuente en hombres es el de próstata, y en mujeres el de mama, mientras que si consideramos ambos sexos, el de mayor prevalencia es el colorrectal y el que produce una mayor mortalidad es el de pulmón.

En este Día Mundial se pueden dar datos esperanzadores: según la SEOM, el 50% de las muertes son evitables. Si no fumáramos, no tomáramos el sol en exceso e hiciéramos ejercicio, la mortalidad por cáncer se reduciría drásticamente.

Paloma Casado, subdirectora General de Calidad y Cohesión del ministerio de Sanidad, explica a EL MUNDO que «se está valorando la posibilidad de mejorar el diagnóstico precoz del cáncer de pulmón. Hay un grupo de trabajo que va a evaluar si el cribado [realización periódica de escáner a los fumadores] es efectivo y si se puede implantar a todas las CCAA». De la misma forma, señala que se está trabajando para tener un registro nacional del cáncer.

Según fuentes de Sanidad, cada cuatro años se actualizan las directrices nacionales frente al cáncer, y será el próximo día 17 de febrero cuando se apruebe la última evaluación de la Estrategia nacional frente a esta enfermedad, donde se valorará lo realizado hasta ahora en las diferentes comunidades autónomas. Tal y como reconoce Casado, «hay que luchar por la estandarización en los tratamientos en todo el territorio nacional para que no haya inequidades». En este sentido también se pronunció ayer la SEOM, denunciando la falta de igualdad en diferentes CCAA en el acceso a fármacos ya aprobados.

«Los avances salvan vidas», señalaba Pilar Garrido, presidenta de la SEOM. En este campo, uno de los retos que se avecinan será que todas las CCAA pongan en marcha el cribado de cáncer colorrectal. «Tenemos el compromiso de que lo van a incorporar progresivamente todas en los próximos cinco años». Porque está demostrado que esta herramienta evita muertes. De hecho, en muchos países europeos se ha logrado una reducción de la mortalidad por este tumor gracias a esta estrategia, que todavía no se ha puesto en marcha en España.

DATOS

227.026

Es el número de nuevos casos de cáncer que habrá en España durante el año 2015, según datos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

325.000

Es el número de muertes que se podrán ahorrar en Europa gracias a los avances en cribado

78.987.233 €

Es el dinero destinado a la financiación de investigación contra el cáncer en España para el período 2013-2016

290.000

Millones de euros. Es la cantidad que, según la organización World Innovation Summit for Health, gastaron los países desarrollados durante 2010 en todo lo relacionado con la asistencia sanitaria del cáncer.

Nos tomamos el **cáncer** *como algo personal*

Los pacientes están en el corazón de todo lo que hacemos en Roche.

Ellos nos motivan e inspiran para crear medicamentos innovadores y soluciones terapéuticas que seguirán transformando la vida de los enfermos de cáncer.

Hemos recorrido un largo camino pero todavía queda mucho por hacer.

Roche

«El cáncer está siendo una gran escuela de vida»

MAITE MONTÓN tiene metástasis ósea derivada del cáncer de mama, con diseminación al cráneo y columna vertebral (Valencia, 1978). «El cáncer me ha enseñado que no se puede vivir en el mañana, la vida se vive ahora o nunca».

ALBERTO DI LOLLI

NATALIA GONZÁLEZ

DEVOLVIENDO LA GRATITUD A LA VIDA

Tras superar un cáncer con siete años y sufrir dos recaídas, Natalia estudia 4º de Medicina

ROBERTO BÉCARES MADRID

La historia de Natalia González empieza por la meta volante del presente. Una vuelta al punto de partida: el hospital. «Es que es como mi casa». Lo dice esta joven de 21 años que estudia 4º de Medicina porque aspira a «devolver todo lo que hicieron» por ella. Por aquella Natalia que perdió su inocencia cuando un cáncer le alejó de su colegio, su familia y aquellos taconeos de flamenco en las clases de baile. La misma Natalia que de adolescente (con 14 y 17 años) recayó cuando estadísticamente era bastante improbable. La misma Natalia que entre una recaída y otra, volvió a su casa, el Hospital Niño Jesús de Madrid, uno de los mejores de España, para ser voluntaria, como si un imán la atrajera hacia allí. Ella, Natalia, que, en unos años, cuando sea pediatra especializada en Oncología –«Siento que no puedo ser otra cosa»–, hará lo que cree que debe: «Si puedo hacer que alguien se sienta como me siento yo ahora, ya habrá valido la pena».

La montaña rusa empezó en un juego. Le dolía la mano –«los médicos decían que me habría golpeado»–, pero un agarrón jugando con su prima le hizo desmayarse. Fueron a hacerle pruebas. Primero pensaron que era una fractura, pero nuevas pruebas desvelaron una realidad cruel. Su mente borró casi todo, pero no el día que se lo dijeron: «No se me olvidará en la vida, yo era una niña y no tenía ni idea de qué era el cáncer, pero me puse muy triste porque mis padres estaban llorando».

Aquellas palabras sonaban a chino: sarcoma epitelial en la mano izquierda. Le amputaron dos dedos de la mano. «Vivo igual de bien, no afecta a mi vida», dice con sinceridad. Siguió un año y medio de ciclos de *quimio* y radioterapia. De temporadas cortas en el hospital. Salir, y a los días volver. Su rutina se resquebrajó. «Me gustaba el colegio, los deberes no tanto», bromea.

«Lo del pelo fue un trauma, con siete, con 14 y con 17 años», se sincera Natalia, que mira atrás y admite que «no era una buena paciente». «Tenía mala leche, me enfurruñaba; hay gente que lo lleva con alegría, pero yo no quería salir del cuarto, estaba cabreada con el mundo», explica la joven, que no dejó sin embargo de aferrarse a la vida: «No sentía ganas de vivir, pero siempre he querido curarme, nunca tirar la toalla».

Los profesores del hospital y los que iban a su casa hicieron que no perdiera el curso. En un momento le dijeron que «estaba libre de la enfermedad». Y llegó la hora de volver a clase. «Deseaba volver, pero fue duro, los niños pueden ser muy crueles; no entendían». Tuvo algún encontronazo. «Siempre he tenido una familia que me ha apoyado mucho; me hicieron ver lo que debía afectarme y lo que no». Y volvió su infancia de juegos, de danza, de amigas, que «tengo amigas encantadoras».

Ya en la carretera de la preadolescencia vino una curva inesperada: un nódulo en el pulmón. Metástasis. «Nadie se lo esperaba porque lo más probable es que si pasan más de cinco años ya no recaigas, ¡y yo caí a los siete!», relata Natalia. Volvió al quirófano. Volvió a ser duro porque ahora empezaba a gozar de la independencia del adolescente. Limitó sus salidas a la calle, pero ella seguía saliendo. «Estaba muy contenta con la peluca que me consiguió mi madre; me veía muy mona». Tras cuatro meses de *quimio* volvió la esperanza. Por aquel entonces ya barruntaba que quería ser médico: «Hasta entonces quería ser ingeniero como mi padre y mi hermana».

Sus ganas aumentaron cuando a los 16 años volvió al Niño Jesús. Esta vez de voluntaria. «Había madres que me veían la mano y como yo no tengo ningún problema en contarlo había gente que me daba las gracias luego porque les diese ánimo de que se puede salir». Su optimismo apabullaba y ahí lo supo: «Quería hacer eso, pero como médico». Pero con 17 años, en primer año de Bachillerato, cuando empieza a contar la nota para estudiar carrera, otro traspiés. Otra recaída. Luchó y a la vez estudió como nunca. «A mí no me daba la gana perder un curso». Y ahí estaba ella. Aguantando los ciclos. Otra vez agarrándose a la vida. Tuvo un 10 de media en el Bachillerato. «Mis profesoras me querían mucho», dice ella, modesta.

> «NO ME SALE OTRA COSA QUE SER MÉDICO; QUIERO DEVOLVER TODO LO QUE HICIERON POR MÍ», ASEGURA

> «SI PUEDO HACER QUE ALGUIEN SE SIENTA COMO YO ME SIENTO AHORA, HABRÁ MERECIDO LA PENA», AFIRMA LA JOVEN

Hace poco hizo prácticas en el Niño Jesús. Allí todo el personal de Hemato-Oncología la trata con cariño. Como una más ya. Les brillan los ojos cuando hablan de ella. «Es un orgullo», dicen. Natalia lo conseguirá porque dice que necesita ser médico: «No es un sentimiento consciente, no me sale otra cosa. Devolver lo que han hecho por mí, desde el médico más jefe a la celadora, en el hospital son encantadores».

Su apuesta universitaria es una continuación de esas cadenas de favores en las que cree y que «mejoran el mundo». «Las posibilidades de que no estuviera aquí eran amplias. Tengo que devolverlo de alguna manera», asegura Natalia, que cree que puede aportar en su especialidad su propia experiencia, pero, eso sí, «tomando las decisiones desde la razón». Ahora, en cuanto puede, recupera el tiempo perdido. Salir, viajar, seguir viviendo a *tope*. Porque si algo ha aprendido es el valor de la vida. «Hay que luchar todo lo que se pueda. Yo me he llevado cosas muy buenas también, no tiene por qué ser una experiencia estrictamente negativa». Ella siguió viviendo, como siete de cada 10 niños de menos de 15 años que padecen cáncer en España –unos 1.200 al año–, pero el jefe de Oncohematología del centro, Luis Madero, como muchos otros expertos, pide mayor investigación: «Los científicos deben idesarrollar diferentes técnicas de investigación, con ensayos clínicos y tratamientos especializados».

Día Mundial Contra el Cáncer

REMITIDO

Eugenio Santos Coordinador nacional de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cáncer (RTICC)

"La tasa de curación del cáncer ya supera el 65%"

Como iniciativa del Instituto de Salud Carlos III, en 2003 nació la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cáncer (RTICC). Esta Red que desarrolla su actividad a través de un sistema de evaluación completamente trasparente, aglutina a los expertos más competitivos en investigación oncológica a nivel nacional. En la época post-genómica en la que nos encontramos, la RTICC continúa su actividad investigadora basada en la investigación traslacional (conexión entre la investigación básica y la clínica), para hacer realidad la llamada medicina de precisión: diagnósticos más tempranos y terapias dirigidas para cada caso concreto.

¿Qué aporta la RTICC a la investigación oncológica?

La Red está formada por 73 grupos individuales de investigación en los que trabajan más de 1.200 investigadores. Gracias a la colaboración que se establece entre estos expertos, conseguimos ser más competitivos a nivel nacional e internacional al crear estructuras estables de investigación cooperativa.

¿En qué están trabajando?

Actualmente la Red está organizada alrededor de ocho programas centrados en investigar los tipos de cáncer que tienen mayor incidencia en la población.

¿Qué resultados más significativos han obtenido?

Grupos de la RTICC han participado activamente en la secuenciación de algunos tumores (Elías Campo y Carlos López-Otín). Además hemos descrito numerosos biomarcadores que mejoran el diagnóstico de distintos tumores y ensayado nuevas terapias anti-tumorales. Estos y otros hallazgos se han descrito en nuestras publicaciones científicas. Según datos de nuestra última evaluación (bienio 2013-2014), los componentes de la RTICC han publicado un total de 1.766 artículos en publicaciones con un índice de impacto muy importante. Lo más significativo es que más del 25% de estos artículos son colaborativos. También cabe destacar que los grupos de la Red han conseguido financiación nacional e internacional para 847 proyectos (el 25% implican la coordinación de varios grupos), y han participado en más de 500 ensayos clínicos.

¿Estamos más cerca de lograr la curación de algunos tipos de cáncer?

Somos optimistas ya que la tasa de curación ha aumentado muy significativamente. Hace un cuarto de siglo esta tasa rondaba el 35% y ahora superamos el 65%. La investigación es esencial para seguir avanzando y también lo es el trasladar, de la forma más eficiente posible, los resultados de esta investigación a la práctica clínica.

¿Cómo se presenta el futuro?

Los cambios realizados en los últimos años han convertido a la RTICC en una organización más dinámica, competitiva y transversal. También más orientada a resolver los problemas de los pacientes y más cerca de los grupos de investigación clínica cooperativos. Estamos convencidos de que cada día somos un poco más útiles para el Sistema Nacional de Salud. Esto nos hace ser optimistas y confiamos en que nuestra evolución se traduzca en una apuesta más duradera por parte del Instituto de Salud Carlos III.

www.rticc.org

El proyecto RTICC se enmarca dentro del PN de I+D+I 2008-2011 y PE de I+D+i 2013-2016, financiado por el ISCIII -Subdirección General de Redes y Centros de Investigación Cooperativa (referencia RD12/0036/0001). Proyecto cofinanciado con Fondos FEDER

Investigadores de la RTICC responden:

Joaquín Arribas, coordinador del Programa RTICC de Cáncer de Mama

¿Cuáles son las líneas de investigación que están siguiendo en el programa de cáncer de mama?

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea; se pueden distinguir tres grandes tipos: positivos para receptores hormonales, positivos para HER2 y triple negativos. Hemos creado tres grandes programas de investigación dedicados a cada uno de esos tipos tumorales, y hemos desarrollado programas transversales que investigan aspectos comunes a los tres tipos de cáncer de mama. En ellos, estudiamos cómo las células malignas metastatizan, la relación entre las células madre y el cáncer, y cómo se heredan algunos cánceres. Por último, hemos generado un repositorio común de modelos de laboratorio que nos permite ensayar nuevas terapias.

Gabriel Capellá, coordinador del Programa RTICC de Cáncer de Colon y Tracto Digestivo

En cuanto al cáncer de colon, ¿en qué están aplicando sus esfuerzos investigadores?

El objetivo principal es potenciar y mejorar la medicina personalizada en cáncer gastrointestinal y en particular mejorar la estimación del riesgo, el pronóstico y la predicción de la respuesta a los tratamientos utilizando nuevos marcadores moleculares. El programa se ha centrado en el descubrimiento de nuevos marcadores, el desarrollo de modelos preclínicos personalizados de tumores colorectales y pancreáticos, donde probarlos para después validarlos clínicamente.

Luis Montuenga, coordinador del Programa RTICC de Cáncer de Pulmón

Los síntomas del cáncer de pulmón se suelen presentar cuando la enfermedad ya está muy avanzada. ¿En qué están trabajando para lograr un diagnóstico precoz?

Para disminuir la mortalidad por cáncer de pulmón, además de reducir el tabaquismo, es indispensable desarrollar esta detección precoz. Últimamente se han publicado datos muy esperanzadores en relación al valor de las pruebas de imagen mediante TAC como método de cribado para personas de alto riesgo, pero todavía queda mucho que investigar para optimizar esta estrategia. Por ejemplo, conviene identificar marcadores moleculares que identifiquen a las personas de riesgo que más se beneficiarían de estos análisis. En la Red hay varios grupos trabajando activamente en esta línea. Otros grupos trabajan para conocer mejor el perfil molecular de los diversos tipos de tumores pulmonares y determinar sus "talones de Aquiles" biológicos.

Elías Campo, miembro del programa de Mecanismos Moleculares y director del programa español sobre la Leucemia Linfocítica Crónica (LCC) en el International Cancer Genome Consortium (ICGC)

¿Qué opinión le merecen tratamientos como la inmunoterapia o el estudio de las mutaciones genéticas?

Los nuevos tratamientos inmunomoduladores son un ejemplo de la aplicación del conocimiento de la compleja biología del cáncer, en la que interviene no solo las propiedades de la célula cancerosa, sino también su interacción con las células y tejidos normales del paciente. Las diferentes estrategias de inmunoterapia van dirigidas a potenciar la respuesta de células normales contra el tumor. Los resultados en diversos tipos de cáncer como el melanoma y algunas neoplasias hematológicas son muy esperanzadores. Por otra parte, los resultados de los estudios de secuenciación masiva de los genomas del cáncer están proporcionando una información extraordinaria sobre la complejidad de las mutaciones genéticas de los tumores. El conocimiento de estas mutaciones ya ha empezado a utilizarse en la práctica clínica.

«Cada pensamiento positivo es un paso hacia la sanación»

BLANCA HENAR SÁNCHEZ, afectada por cáncer de colon (León, 1966). «Si la vida te cambia, levántate, lucha, enfréntala. Recuerda que tienes que perseguir tu meta. La vida es un regalo, envuélvela en un lacito y disfrútala».

JOSEP BASELGA

Director médico del Memorial Sloan Kettering Cancer Center. El científico español que lidera uno de los centros de investigación oncológicos más importantes del mundo está convencido de que el conocimiento genético del cáncer abrirá la puerta a la curación de la enfermedad.

«AHORA SABEMOS QUÉ ES EL CÁNCER Y CÓMO ATACARLO»

LUIS QUEVEDO NUEVA YORK
ESPECIAL PARA EL MUNDO

JOSEP BASELGA / LUIS QUEVEDO

Josep Baselga es médico oncólogo y cirujano. Nacido en Barcelona hace poco más de medio siglo, fue director del también barcelonés Instituto de Oncología del Hospital Vall d'Hebron antes de, no ir, sino regresar a EEUU. Baselga nos recibe en su nuevo despacho de Director Médico de uno de los mejores centros de cáncer del mundo, el neoyorquino Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

Pregunta.– Hay un chiste de Woody Allen que encapsula lo que fue el cáncer durante décadas. Dice que las palabras más bellas en lengua inglesa no son «te quiero» sino «es benigno». El cáncer sería una sentencia que te había caído y no habría mucho que hacer. Cuarenta años después de la Guerra contra el Cáncer de Nixon, ¿cómo está cambiando la situación?

Respuesta.– Una de las grandes críticas que tenemos, y es una realidad, es que muchísima gente nos pregunta cómo es que todavía no curáis el cáncer. Kennedy anunció en el año 61 que íbamos a llegar a la Luna y en el 69 se llegó. Viene Nixon en el año 71, declara la guerra al cáncer y todavía no la hemos ganado. Es importante entender que el cáncer es mucho más complejo que lo que nunca nadie había imaginado y que en aquel momento, no se tenía el conocimiento básico de la ciencia para poder opinar qué es el cáncer y cómo se puede curar. Sin embargo, en estos últimos años sí hemos avanzado de un modo espectacular y ya sabemos lo que es el cáncer. El cáncer es una enfermedad del genoma. Lo que lo ha cambiado todo es comprender que por muy complejo que sea esto, hay 20.000 genes. No hay más. Los genes que están mutados son finitos, no son todos. Por lo tanto, hay un número de genes que pueden ser 100, 200, 300... Esto lo podemos comprender y lo podemos atacar. De hecho, hemos empezado a tener victorias muy claras con tratamientos que funcionan.

P.– Como por ejemplo...

R.– Yo me metí en este campo porque en el año 90, estaba de residente y cayó en mis manos un medicamento que se llama Herceptin que ataca a los tumores HER2 positivos. Esto a mí me abrió los ojos porque era una enfermedad de la que morían todas las mujeres que la padecían, y hoy en día curamos a un 93%. A mí que me gusta el fútbol, y calculé una vez cuántos estadios del FC Barcelona podríamos llenar con mujeres salvadas con Herceptin: sólo en Europa, podemos llenar dos estadios enteros. En este momento tenemos unos 10 o 15 tratamientos que funcionan para mutaciones muy concretas. Si a esto le juntamos el tratamiento inmunológico, uno no puede dejar de ser optimista y dedicarse en cuerpo y alma a que esto funcione.

P.– ¿Qué opina de la Iniciativa de Medicina de Precisión que acaba de presentar Obama, con especial atención al cáncer?

R.– Este país se ha basado siempre en creer en grandes ideas, en creer en iniciativas y en crear riqueza y oportunidades a partir de la ciencia. Que el presidente del país haga ese anuncio, con apoyo de ambos partidos, significa dos cosas. Primero que el campo está maduro. Y, más importante, el poder de un país que cree en su futuro y que cree en la ciencia. Éste es un país que cree en la ciencia, con un presidente que cree en la ciencia. Nosotros en MSK el año pasado invertimos 100 millones de dólares en medicina de precisión. El dinero [de Obama] es un inicio, un símbolo y tiene mucho poder. Explica quién va a dirigir esta economía del conocimiento.

P.– Este modelo no es el español y, sin embargo, aquí estoy entrevistando a dos mundialmente reconocidos investigadores en cáncer españoles, Joan Massagué y usted. ¿Lideran un centro como el MSK como producto del sistema de ciencia español o a su pesar?

R.– Joan y yo crecimos en un entorno familiar y social que valoraba muchísimo la ciencia. Nos beneficiamos de colegios buenos, con un reconocimiento al valor de la ciencia y el trabajo bien hecho. Pero los dos somos producto del sistema americano. No nos engañemos. Joan hizo aquí su postdoc y yo vine a hacer aquí mi residencia entera. Yo me considero, con el *background* del bachillerato en España, que me ayudó mucho y marcó mi trayectoria educativa, un producto de las oportunidades que el sistema americano da a gente que viene con un interés extraordinario por aprender y que está dispuesta a hacer lo que haga falta.

P.– ¿Cómo ve la situación de la ciencia en España hoy?

R.– Cuando recortas el 30% de un presupuesto que ya está muy por debajo de cualquier otro país –presupuestos que son pequeñísimos si los pones en el contexto del presupuesto global– estás dando un mensaje clarísimo de qué es en lo que crees y en lo que no crees.

P.– ¿Cómo vislumbra el futuro? ¿Qué le pasará a un paciente que entre a este hospital con un tumor el año que viene, o dentro de 10 años?

R.– Cada paciente que entre por la puerta con un tumor, vamos a secuenciarlo. Este año, hemos secuenciado 10.000 tumores. Ahora tenemos a 30 oncólogos enseñando a pensar al ordenador que ganó el concurso *Jeopardy* y en dos años, junto a IBM-Watson, sacaremos un nuevo producto: un programa de aprendizaje de lenguaje natural que extraerá toda la información necesaria –tratamientos, alergias, historial familiar, etc.–, y la integrará con imágenes, resonancias, laboratorios, secuenciación, etc. El ordenador analizará toda esa información siguiendo los millones de artículos publicados para darte consejos. Además, vamos a inaugurar un edificio dedicado enteramente a cirugía robótica y un centro de protones que nos va a permitir utilizar una radioterapia mucho más eficaz. En 10 años, incluso antes, tendremos un análisis de sangre donde controlaremos la aparición de mutaciones con el que vamos a redefinir el concepto de diagnóstico precoz. A veces pienso: qué mala suerte no haber nacido un poco más tarde porque me voy a perder todo esto y no me lo quiero perder. Es una nueva manera de entender la medicina.

«EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, HEMOS LOGRADO VICTORIAS MUY CLARAS CON TRATAMIENTOS QUE FUNCIONAN»

«SÓLO EN EUROPA, PODEMOS LLENAR DOS ESTADIOS CON LAS ENFERMAS DE CÁNCER DE MAMA QUE HEMOS SALVADO»

«EN 10 AÑOS O MENOS, PODREMOS DETECTAR MUTACIONES CON UN ANÁLISIS DE SANGRE QUE REDEFINIRÁ EL DIAGNÓSTICO PRECOZ»

Día Mundial Contra el Cáncer

REMITIDO

Dr. Antonio Alarcó Catedrático de Cirugía y Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo A en el Hospital Universitario de Canarias

"Con un diagnóstico precoz del cáncer de mama se pueden curar el 98% de los casos"

En el Día Mundial Contra el Cáncer, hablamos con un destacado profesional que ha dedicado gran parte de su trayectoria médica a la lucha contra el cáncer de mama como Cirujano Oncoplástico. El Dr. Antonio Alarcó ofrece un mensaje de esperanza y pone el acento en la importancia del diagnóstico precoz para continuar aumentando los niveles de supervivencia, ya que tal y como reflejan las últimas cifras que aporta la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), aproximadamente el 40% de los cánceres se pueden prevenir.

Según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), en España se diagnostican alrededor de 22.000 nuevos casos de cáncer de mama al año. Ante esta cifra, ¿cuáles son los retos que tienen ustedes, los profesionales que tratan cara a cara con esta enfermedad?

El futuro pasa por la personalización del tratamiento oncológico y siempre por el diagnóstico precoz de la enfermedad, con la autoexploración como elemento fundamental. Por este motivo, necesitamos trabajar de forma constante en la divulgación en aquellos entornos en los que esté presente la mujer. Si se lleva a cabo un diagnóstico precoz se pueden curar el 98% de los casos.

Una vez se ha diagnosticado la enfermedad, a través del estudio anatomopatológico, determinamos el tratamiento personalizado para cada tumor. Tan importante es este estudio, que en los casos en los que existe una predisposición genética a padecer la enfermedad, ya se está haciendo profilaxis en hijas de madres que hayan tenido algún tipo determinado de tumor.

¿De qué forma ha evolucionado la cirugía mamaria? ¿Son intervenciones menos traumáticas?

Cuando yo comencé a realizar cirugías mamarias hace más de 30 años, la cirugía era mayoritariamente radical, con la amputación total de la mama. Hoy en día, sin embargo, los casos en los que hay que amputar la mama no llegan ni al 20%.

Por tanto, ¿podemos decir que se intenta evitar, en la medida de lo posible, la mastectomía? ¿La tendencia actual es que se emplee más la cirugía conservadora?

Así es. Actualmente se lleva a cabo, en la mayor parte de los casos y siempre que sea posible, una cirugía conservadora de la mama, se introduce el ganglio centinela y se respeta lo que se llama la toilet axilar ganglionar, zona en la que se encuentran los ganglios linfáticos.

Hay un mínimo porcentaje de casos en los que se debe realizar la mastectomía y este porcentaje se está reduciendo cada vez más, ya que el cáncer de mama se entiende ahora como una enfermedad generalizada, no solo centrada en la mama.

La forma correcta de tratar estos casos es a través de la Unidad de Patología Mamaria formada por diferentes profesionales tales como: cirujanos generales y plásticos, oncólogos, ginecólogos y radiólogos que trabajan en total colaboración.

Los niveles de supervivencia por cáncer de mama han mejorado mucho en los últimos 20 años. ¿A qué se debe?

Más de 30 años en la lucha contra el cáncer de mama

El Dr. Antonio Alarcó es Licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de La Laguna con sobresaliente Cum Laude y es Especialista en Cirugía General y Cirugía del Aparato Digestivo. Su experiencia como médico de primer nivel se extiende a diferentes ámbitos de la Medicina, pero uno de sus principales caballos de batalla ha sido la lucha contra el cáncer de mama. De hecho, lleva realizando intervenciones quirúrgicas como Cirujano Oncoplástico desde hace más de 30 años.

Además, es un profesional médico muy vinculado al ámbito académico siendo miembro docente desde el año 1986 de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna.

La divulgación de la Medicina a la población en general es otra de las preocupaciones que han acompañado a este Doctor a lo largo de su trayectoria. Por este motivo es también Doctor en Ciencias de la Información y autor de un total de 20 obras y de más de 180 artículos médicos publicados en revistas especializadas dentro y fuera de España.

Premio de Investigación Doctor Diego Guigou de la Real Academia de Medicina de Tenerife y Premio de Investigación Agustín de Bethencourt, también ha sido galardonado en otras tres ocasiones con el Premio de Investigación del Cabildo Insular de Tenerife.

¿Diagnóstico precoz, avances en los tratamientos...?

Como le decía antes, hoy por hoy podemos asegurar que el 98% de los casos se pueden curar debido al diagnóstico precoz. Además, en el 2% de los casos restantes, estamos viviendo una mejoría en el mantenimiento de la enfermedad crónica metastásica, con la que se puede vivir mucho tiempo e incluso fallecer de otra cosa. El cáncer de mama ya no es sinónimo de muerte, sino todo lo contrario.

Por otro lado, la cirugía conservadora de la mama, los tratamientos personalizados y los avances en la quimioterapia y la radioterapia, contribuyen a aumentar estos índices de supervivencia a la enfermedad.

¿Qué secuelas puede tener una mujer que ha padecido cáncer de mama?

El primer estigma es padecer un cáncer de mama por el trauma que supone. Por ello, es imprescindible un apoyo psicológico a estas personas, donde las asociaciones cobran un papel fundamental.

¿Hay forma de prevenir el cáncer de mama o reducir, al menos, el riesgo de padecerlo?

Es de vital importancia detectar signos de alarma, sobre todo en los casos en los que la madre ha padecido cáncer de mama, ya que las hijas tienen el doble de posibilidades de sufrir la enfermedad respecto a otra mujer que no cuente con antecedentes familiares de este tipo. En este sentido, decir que los planes de prevención de cáncer de mama están funcionando muy bien en España.

Por otro lado, el alcohol, el tabaco y algunos conservantes alimentarios, ni que decir tiene que influyen de forma negativa en la enfermedad. Es conveniente remarcar que esta enfermedad es una dolencia que también padecen los varones, cabe destacar que de manera menos frecuente, y que lleva el mismo tratamiento salvo en el aspecto hormonal.

¿En qué se está investigando?

La vía principal que se está investigando es el cáncer genético, con el estudio de los oncogenes para prevenir la aparición de la enfermedad.

alarco@tenerife.es
922 23 98 50

Día Mundial Contra el Cáncer

REMITIDO

Dr. José María Álamo Director Médico y responsable de la Unidad de Citogenética Hematológica del Centro Inmunológico de Alicante (CIALAB)

"Las últimas técnicas de laboratorio suponen una revolución en diagnóstico onco-hematológico"

Desde su apertura, en 1996, CIALAB es un laboratorio de referencia en materia de análisis clínicos, incluida la onco-hematología. Especializado en genética y biología molecular, este centro pionero cuenta con un catálogo analítico amplio que incorpora las más novedosas técnicas, que aportan una gran capacidad diagnóstica, orientada a una mejor caracterización de los pacientes con cáncer. Nos lo explica su director, el Dr. Álamo, Especialista en Análisis Clínicos.

¿Aunque pueda no ser hereditario, en el cáncer interviene material genético?

Efectivamente, tanto es así que en muchos tipos de tumores el estudio de sus características genéticas es elemental como ayuda diagnóstica y para establecer criterios pronósticos y protocolos terapéuticos adecuados. Un ejemplo característico es el de la Leucemia Mieloide Crónica (LMC); donde el intercambio de material genético entre los cromosomas 9 y 22 provoca la formación de un cromosoma aberrante llamado Cromosoma Filadelfia. Esto ocurría allá por el año 1966. Fué una de las primeras evidencias de que en el cáncer existía un gran condicionamiento genético, al estar involucrados los cromosomas. Esto no significa que siempre sea hereditario, de hecho tan sólo el 5-10% de los tumores lo son, sino que el propio material genético de un individuo tiene mucho que ver con el desarrollo tumoral.

A este tipo de pruebas, destinadas a identificar las alteraciones genéticas que se producen en algunos pacientes portadores de un tumor, y que se enmarcan dentro de lo que se denomina onco-hematología, se dedica un área importante de nuestro laboratorio. Un laboratorio con casi dos décadas de trayectoria, que hoy trabaja para unos 300 laboratorios y más de 30 hospitales.

¿Con los años han llegado nuevas pruebas?

Sí. Desde la detección microscópica del Cromosoma Filadelfia, realizando un cariotipo a partir de un cultivo celular, se han introducido nuevas técnicas que permiten aumentar resolución, como la Hibridación In Situ Fluorescente (FISH); y otra más reciente, denominada Array CGH Hematológico, que aumenta muchísimo la resolución del cariotipo. Mientras que FISH sólo detecta la región que queremos investigar, el Array CGH ya no requiere cultivo y escanea todo el genoma, analizando directamente el ADN, permitiendo además detectar lo que se conoce como pérdidas de heterocigosidad, aspecto muy importante en el cáncer. Las pruebas de cariotipo y FISH en médula ósea, tan habituales en pacientes con leucemias y linfomas están siendo complementadas por el Array CGH, sobre todo en procesos hematológicos crónicos.

Otro paso adelante son los Paneles de Mutaciones: la tecnología de Secuenciación de Nueva Generación (Next Generation Sequencing, NGS) permite analizar en una sóla prueba todas las mutaciones conocidas implicadas en un cáncer o en una leucemia. La combinación de estas tecnologías permite el diagnóstico más completo al que se puede llegar hoy día.

¿Qué ventajas aportan estas pruebas para el diagnóstico y el tratamiento de algunos cánceres?

En primer lugar, nos permiten encontrar nuevos factores pronósticos y alteraciones desconocidas hasta ahora porque la prueba del cariotipo no era capaz de llegar a tal resolución. Al final, todo repercute en una mejor caracterización del enfermo oncológico y en una mejor selección de su tratamiento, en el marco de una medicina personalizada. Desde el punto de vista sanitario y, aunque pueda parecer paradójico, estas pruebas abaratan el proceso diagnóstico tanto en tiempos como en costes.

Por otra parte, señalar que el desarrollo de la NGS permite ya afrontar el estudio del exoma (conjunto de todos los genes de un individuo) permitiendo detectar cambios (polimorfismos o mutaciones) en la cadena del ADN algunos de los cuales pueden asociarse a determinadas enfermedades, sean estas de tipo canceroso o no. Estamos en un momento apasionante y, además, la tecnología sigue avanzando, así que seguro que lo mejor está por venir.

"Cariotipo, Fish, Array CGH Hematológico y Panel de mutaciones por NGS son las pruebas más avanzadas que se pueden realizar hoy en genética onco-hematológica"

www.cialab.com

Día Mundial Contra el Cáncer

REMITIDO

Begoña Barragán Presidenta de GEPAC (Grupo Español de Pacientes con Cáncer)

"Seguiremos trabajando por la equidad en el acceso a los medicamentos"

GEPAC le pone cara al cáncer. Esta organización independiente, sin ánimo de lucro, representa a los pacientes que tienen cáncer y a sus familias en nuestro país. Compuesta por 55 asociaciones de pacientes oncológicos, GEPAC trabaja día a día con el objetivo de alzar una sola voz que sea escuchada por los diferentes agentes sociales y los sistemas de salud. En este sentido, actualmente luchan por la equidad en el acceso a determinados medicamentos y por la normalización social de la enfermedad. Begoña Barragán, presidenta de GEPAC, nos habla de las nuevas campañas que están llevando a cabo y de las acciones que tienen previstas para el Día Mundial Contra el Cáncer.

Con motivo de la celebración del Día Mundial Contra el Cáncer, ¿qué acciones tienen previstas desde GEPAC?

Bajo el lema "Tener cáncer es algo tan natural como esta manzana", tenemos previstas una serie de acciones en Madrid que consistirán en repartir manzanas junto a un folleto en el que explicamos el porqué de esta acción.

El objetivo de esta campaña es eliminar el estigma que aun hoy existe en la sociedad y que rodea a la palabra "cáncer". Pensamos que es una buena forma de llamar la atención y dar un paso más hacia la normalización de la enfermedad, que es una de nuestras principales vías de trabajo.

En paralelo a esta acción, estamos organizando una serie de seminarios on-line y lanzaremos también un vídeo en esta línea de normalización que procuraremos que alcance una gran difusión.

Además de esta campaña que me comenta, acaban de lanzar otra en un tono más reivindicativo. ¿Cuál es su objetivo fundamental?

Así es. Hemos lanzado otra campaña que se llama "La lotería del código postal" y que pretende denunciar ante la sociedad lo que está ocurriendo con el acceso a determinados fármacos en diferentes Comunidades Autónomas y hospitales, ya que dependiendo de donde el paciente viva, tiene acceso a estos nuevos fármacos o no. Queremos denunciar esta situación ante los organismos públicos e informar a la sociedad en su conjunto de lo que está pasando.

Los avances médicos para lograr la cura del cáncer cada vez son más continuos y esperanzadores. ¿Estamos más cerca de conseguirlo?

No sé si será posible la curación del cáncer, pero lo que sí es cierto es que estos avances están permitiendo que cada vez se cure más gente y que se viva más y con una mayor calidad de vida. Esto ya es una realidad.

¿Qué metas se han marcado en GEPAC de cara al futuro?

Pondremos el esfuerzo en la información y formación de los pacientes, en la normalización social de la enfermedad y en la equidad en el acceso a los medicamentos.

"Queremos eliminar el estigma que aun hoy existe en la sociedad y que rodea a la palabra 'cáncer'"

www.gepac.es

«Queremos que todos los Mateos tengan un donante de médula»

EDUARDO Y MATEO SCHELL, padre e hijo (Madrid, 1978 y 2013). «Mateo pelea desde los dos meses por ganarle la infernal batalla a la leucemia. Donar médula no duele, lo aterrador es necesitar un trasplante».

TRATAMIENTO OTRA PARTE DEL EQUIPO SANITARIO

ENFERMERÍA, UN ESLABÓN CLAVE EN LA ASISTENCIA

El paciente apenas se queda con el 20% de toda la información que le da el oncólogo en el momento del diagnóstico. Las enfermeras cuidan, acompañan e informan con más detalle

CRISTINA G. LUCIO MADRID

Cuando se habla de la atención al paciente con cáncer, el oncólogo suele llevarse todo el protagonismo. Sin embargo, es todo un equipo multidisciplinar quien consigue que el enfermo reciba un buen diagnóstico, acceda a los tratamientos que necesita y pase el proceso con la mejor calidad de vida posible. En ese complejo engranaje, el papel de la enfermería resulta fundamental, aunque no siempre se reconozca. Es un eslabón clave en la cadena y quien muchas veces vertebra las distintas fases de la asistencia oncológica.

«Es básico a todos los niveles, desde la acogida al paciente, la comunicación y el apoyo que necesita tanto él como su familia, a la evitación o minimización de los posibles efectos secundarios», resume Concepción Reñones, presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Oncológica.

«Los fármacos contra el cáncer no son lo único importante», coincide Gema González, enfermera supervisora de Oncología del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. También lo es «el soporte emocional, que exista una buena comunicación o llevar a cabo medidas destinadas a mejorar la experiencia por la que está pasando el enfermo», remarca.

LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA EVITARÍAN UN GRAN NÚMERO DE VISITAS INNECESARIAS A URGENCIAS

LA ONCOLOGÍA ES UN ÁREA MUY ESPECÍFICA QUE REQUIERE DE MUCHOS CUIDADOS, ATENCIÓN Y GRAN FORMACIÓN

En países como Reino Unido es muy común la labor de las llamadas enfermeras gestoras de casos. Entre otras facetas, esta profesional se encarga desde el diagnóstico de recibir al paciente, explicarle los pasos que se van a seguir, programar las consultas o informarle de los tratamientos y la prevención los efectos secundarios. Es, en definitiva, la persona de referencia del enfermo y una vía directa de comunicación con el centro, lo que genera tranquilidad y seguridad al paciente en un momento de gran ansiedad e incertidumbre.

«Recibir un diagnóstico de cáncer es un momento de mucho estrés y está demostrado que el paciente apenas se queda con el 20% de toda la información que le da el oncólogo en esa consulta. Pero la enfermera puede dedicar más tiempo», explica Ángeles Peñuelas, responsable de Enfermería Oncológica del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, que tiene instaurada la figura de la enfermera gestora de casos.

«El cáncer es una disrupción biográfica que tiene un gran impacto en muchos aspectos», apunta Társila Ferro, directora de Cuidados de Enfermería e Innovación del Instituto Catalán de Oncología (ICO). «Es clave apoyar, informar y cuidar de esa persona para mejorar cuanto sea posible la experiencia que está viviendo», subraya.

En ese sentido, también están empezando a desarrollarse en nuestro país las llamadas consultas de enfermería, una línea abierta para que el paciente pueda, desde su casa, consultar cualquier problema o duda sin desplazarse al centro sanitario. «Son muy útiles y la realidad es que se evitarían muchas visitas innecesarias a urgencias si este tipo de consultas estuvieran generalizadas», señala Reñones, quien subraya el «gran soporte emocional» que también proporcionan al enfermo y a su familia.

La prevención y minimización de los temidos efectos secundarios de los tratamientos es una de las áreas en las que la labor de la enfermería oncológica resulta especialmente importante. En los últimos años, su control ha mejorado mucho y hoy en día se pueden prevenir y manejar en cierta medida las náuseas, la sequedad bucal o el sabor metálico que sufren muchos enfermos de cáncer, lo que evita visitas a urgencias y «mejora sustancialmente la calidad de vida y la experiencia de los pacientes», apunta González.

Una enfermera acompaña a una anciana en un hospital. IÑAKI ANDRÉS

«Las cosas han cambiado mucho en los últimos 15 años», comenta Peñuelas. «Antes, le dábamos al paciente un librito con unas únicas recomendaciones. Para cualquier tipo de cáncer eran las mismas. Pero ahora eso no sirve, porque los efectos son muy distintos en función del tratamiento. Igual que se han personalizado las terapias, también ha habido que personalizar los consejos específicos para reducir los efectos de cada fármaco», añade.

Y esa labor, recuerda, exige una investigación y una formación continuadas. «La actualización de nuevos conocimientos es diaria. La enfermera oncológica tiene que tener un nivel muy alto de formación», señala Ferro quien lamenta, como todas las enfermeras consultadas, que en España no exista una especialidad oncológica reconocida oficialmente (están reguladas únicamente las especialidades Obstétrico-ginecológica, de Salud Mental, Trabajo, Geriátrica, Pediátrica, Familiar y Médico-quirúrgica).

«Tienes que conocer absolutamente todo lo que tienes delante, saber con detalle cómo es cada tipo de tratamiento porque el paciente te va a hacer muchas preguntas y lo último que hay que hacer es transmitirle más ansiedad de la que tiene», remarca Peñuelas que lleva años reclamando que quienes trabajen en Oncología tengan una formación específica.

«Estamos luchando para al menos tener un área de capacitación de enfermería oncológica. Esta es un área muy específica que requiere muchos cuidados, mucha atención y mucha formación que no pueden dejarse de lado», indica Reñones.

Mónica Nieto, enfermera supervisora de quirófano del MD Anderson Cancer Center de Madrid y que se fue hace 15 años a Houston para formarse en un área que le apasionaba, también echa de menos una especialización que no sólo se obtenga con la experiencia del día a día de trabajo y gracias al esfuerzo personal de muchos profesionales. «La Oncología no es para cualquiera. Es duro, ves marcharse a mucha gente, personas jóvenes...», señala. Acto seguido, dice que no cambiaría su trabajo. «También es muy gratificante. Poder ayudar, y ver que son muchos los que salen adelante, da muchas satisfacciones y alegrías», concluye.

ALBERTO DI LOLLI

CARLOTA / 5 AÑOS

LA 'ACTRIZ' MÁS BONITA

Canta canciones al personal. Su madre: «Alucinamos con ella»

R. B. MADRID

Cuando vuelve a Guadalajara tras la quimioterapia, y la gente pregunta a su madre por el pelo raro o por la mascarilla que lleva la pequeña, ella, cinco añitos, responde con soltura: «Es que estoy malita, tengo leucemia». Les presentamos a Carlota, que quiere ser actriz, que le encanta «pintar con pincel en el colegio» y que canta la canción de la película de *Frozen* de maravilla. Ayer estuvo a punto de cantársela a su doctor, alucinado. Porque así es ella. Pura pasión. Se entera de todo. Habla y razona tan bien que sorprende mucho.

– Eres muy lista, pareces mayor, ¿no?

– Es que como mucho. Lo que más me gusta son los macarrones.

«Para los cinco años que tiene es muy madura y con esto mucho más. Alucinamos con ella», dice su madre Concepción sobre la pequeña, que ha reaccionado «sumamente bien» a la quimioterapia y que cada vez que entra en una sala del hospital va provocando la sonrisa de enfermeros y médicos. Dice Carlota que está en el hospital «algunas veces», que se lo pasa muy bien en el *cole* del centro, pero que lamenta que cuando está ingresada echa «un poco de menos a los amigos».

La pillamos en el teatro del Hospital Niño Jesús, donde los niños juegan al escondite, con juguetes y donde hay representaciones y espectáculos de magia y juegos. «El trato es excelente; no nos imaginábamos que un jarro de agua fría como éste nos lo íbamos a tomar tan bien», dice su madre.

A. DI LOLLI

SERGIO / 7 AÑOS

EL VALIENTE QUE PREGUNTA TODO

«Está tan animado, lo lleva tan bien, que tú también lo estás», dice su madre

R. B. MADRID

«Ésta es muy fácil». Sergio tiene 7 años y está jugando al ahorcado con María, una de las decenas de entregadas enfermeras del Servicio de Hemato-Oncología del Niño Jesús, mientras recibe la quimioterapia en el Hospital de Día. «Es la medicación, es como tomarme jarabe», explica Sergio, que recita de memoria todos los medicamentos que toma y que es del Real Madrid y de Casillas. «Él sabe todo porque lo pregunta todo a los médicos, les pide que se lo expliquen; es una esponja», asegura su madre, Sonia, orgullosa de la valentía de su hijo: «Al principio te hundes, pero es un niño que lo lleva tan bien, está tan animado, que tú también lo estás».

Al principio el diagnóstico fue muy malo. Tenía un osteosarcoma en el brazo derecho. Los médicos pensaban que habría que amputarle un brazo y él demostró ser un hombre con cuerpo de niño. «Cuando nos lo dijeron decía 'menos mal que soy zurdo, y no voy a tener que aprender a escribir de nuevo'». Un par de días antes «tuvo miedo», cómo no tenerlo, pero tras 11 horas de quirófano, la alegría inundó todas las salas del hospital. Le quitaron el sarcoma, pero no el brazo, que ahora se hace fuerte en fisioterapia. «Duele un poco», dice Sergio, que ha hecho amigos en el hospital y que, con esa valentía, dentro de nada estará jugando al fútbol en el recreo. Igual como delantero, *metiendo goles*, como en el hospital, del que su madre no puede estar más contenta: «Te lo hacen todo mucho más fácil; te sientes partes de una familia».

A. DI LOLLI

LUCÍA / 14 AÑOS

UN EJEMPLO DE POSITIVIDAD

Ahora es más fuerte. Su madre: «Se convierten aquí en chicos especiales»

R. B. MADRID

Lucía tiene 14 años y se ha hecho una suerte de trenza con el pañuelo que lleva en la cabeza. «Echo de menos el pelo, me han dicho que ahora igual me sale rizado, siempre lo he querido tener rizado», dice Lucía, que no para de sonreír. Le detectaron un linfoma B difuso de células grandes y ya va por la última sesión de quimioterapia. «Los peores ciclos fueron el segundo y el tercero; me hicieron punciones en la espalda y me salió mucositis», explica esta luchadora nata, que como el resto de niños ha madurado a pasos agigantados. «Aquí se convierten en niños especiales», comenta su madre, Raquel.

Dice Lucía que disfruta mucho con los talleres, con el *cole* del centro –ayer tenía examen de Lengua–, que a veces vienen «famosos» a visitarles y que cuando puede le coge la *Wi-Fi* a su madre para *whatsAppear* con sus amigas. «Lo mejor es que aprendes a relacionarte y que cuando estás fuera no sabes lo que la gente vive aquí y al final cuando te pasa, lo ves», asegura con un aplomo que emociona. Lo peor, claro está, las sesiones de *quimio*, porque, aparte de sentirte mal, «tienes que estar separada de tu familia».

«Nadie sabe cómo es hasta que estás aquí, de la lucha incondicional de todos, de las patologías», describe la madre, que alaba al equipo médico y que siempre acompaña a su hija, a la que pedimos un consejo para otros niños con cáncer. «Hay que ser positivo, porque si no eres positivo te hundes aún más», asegura y suena a que está dando el mejor consejo del mundo.

«Estamos cada día más cerca de vencer al cáncer»

JOSEP TABERNERO, jefe de Oncología Médica del Hospital Vall d'Hebron (Barcelona, 1963). «Estamos convirtiendo la investigación, rápidamente, en nuevas armas más eficaces y específicas para luchar contra cada uno de los distintos tumores».

EMMA BONINO

Líder del Partido Radical. Ex ministra italiana de Exteriores y ex Comisaria Europea de Acción Humanitaria, recientemente anunció públicamente que le habían diagnosticado un cáncer de pulmón. Y aunque se centrará en luchar contra la enfermedad, asegura en esta entrevista que no piensa dimitir de la política.

«SIGO ACTIVA POR LA PASIÓN POLÍTICA»

ANA ALONSO

Si la elección de presidente de la República se dirimiera en las urnas y no en el Parlamento, la ex ministra de Exteriores y ex comisaria de Acción Humanitaria Emma Bonino, a punto de cumplir 67 años, sería la jefa del Estado italiano, así lo dictan los sondeos. Bonino, una mujer que ha librado mil batallas, se enfrenta ahora a «un nuevo desafío»: un cáncer de pulmón. Hace apenas un mes lo anunció y volvió a dejar conmocionados a los italianos, que le rindieron homenaje en las redes con la etiqueta de Twitter *#forzaemma*. En conversación telefónica con EL MUNDO, Bonino, líder del Partido Radical y Premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional en 1998, confiesa que hacer pública su enfermedad le ha ayudado a tomar conciencia de lo que le había sucedido.

Pregunta.–Está ahora en pleno tratamiento. ¿Cómo se encuentra?

Respuesta.–Reacciono bien a la quimioterapia y de momento no he tenido efectos colaterales desagradables. No he sufrido náuseas, ni vómitos, aunque es cierto que en los días inmediatamente posteriores a cada sesión de quimioterapia me siento más cansada y he perdido el pelo. Estoy trabajando en el ordenador y pendiente de varios asuntos. Sigo activa, no diría activísima, pero activa. Ahora, un poco resfriada.

P.–Usted tomó la decisión de hacer público que tiene un tumor en el pulmón, un tumor localizado.

R.–Fue una decisión muy difícil y la declaración pública también lo fue. En mi vida política he defendido la regla por la que aspectos de la vida personal precisan soluciones políticas [hizo público un aborto clandestino y fue encarcelada]. Lo personal es político. Pero he sostenido también que lo privado no es público. Es un derecho fundamental del ser humano. En esta ocasión creí que debía hacerlo público, también para evitar especulaciones periodísticas. Además, los radicales estamos muy implicados con la enfermedad, si bien es diferente pasar por la enfermedad en primera persona. En mi caso el concepto es que yo no soy mi tumor, no soy la enfermedad... Los enfermos no son su enfermedad.

P.–Comparto esa visión, pero me gustaría que la explicara con detalle.

R.–Soy mucho más que mi tumor. El cáncer es un desafío que se me ha presentado, un desafío imprevisto, porque me gustaría ocuparme de otras batallas, la verdad, pero me ha ocurrido y me debo ocupar de este desafío. Como todos los enfermos, soy mucho más que este reto. Somos más: somos nuestros intereses, nuestra familia, nuestros amores, nuestros amigos, nuestro pasado y también nuestro futuro. Además, durante esta prueba tan difícil se descubren también valores que se dan por descontados, como la salud. Nunca había estado enferma, no sabía lo que era eso. Y hay que vencer estereotipos. Por ejemplo, los más cercanos como amigos y parientes, cuando descubren que estás enfermo creen que no puedes hacer ya nada y sienten una mirada de compasión casi sin quererlo. Creen que necesitas ayuda hasta para lo más simple.

P.–Esa sensación es común a muchos enfermos. Y para los seres queridos es un reto también. No es fácil saber cómo ayudar.

R.–Esta compasión automática está asociada a algunas enfermedades. Y creen que necesitas ayuda hasta para vestirte o quieren acompañarte por la noches...

P.–¿Cómo reaccionó cuando conoció el diagnóstico?

R.–Cuando tuve la primera quimioterapia me parecía que todo esto le estaba pasando a otra persona. La declaración pública me ha ayudado a decírmelo a mí misma, a entenderlo, a tomar conciencia y a asumir que mi vida en los próximos meses tiene otras prioridades, y luego ya se verá. Me ha costado unos días asumirlo y decirme que la vida me cambiará: siempre tengo muchas tareas, muchas pasiones, viajo mucho...

P.–Usted también decía en esa emotiva declaración pública que no deja la política «porque es su pasión y de una pasión así no se puede dimitir». ¿Es una forma de resistir a la enfermedad o simplemente no lo puede evitar?

R.–Es un modo de ser. La pasión política radical es una parte fundamental de mi vida. Por eso digo que ahora afronto este desafío pero yo soy yo, con mi pasión política, mi modo de pensar y de luchar. Viajaré menos pero no se puede dimitir de una pasión.

P.–El tratamiento y la confianza en los médicos es fundamental. ¿Y la actitud?

R.–Tengo la suerte de que me fío plenamente de mi equipo médico, al que conozco desde hace años en el caso del médico generalista. El oncólogo siempre me explica todo y está disponible. Sé que no debo perder peso y la alimentación es importante. Sigo los consejos de una nutricionista. Tengo mucha fe en ellos.

P.–En Italia acaba de ser elegido el presidente de la República, Sergio Mattarella. Usted contaba con apoyos pero dicen que el anuncio de la enfermedad ha podido influir. ¿Es su aspiración la Presidencia de Italia?

R.–No es cierto que esta vez tuviera más posibilidades. Mi nombre está ahí desde 1999 [cuando los radicales promovieron una campaña pública a favor del voto directo], pero el sistema político no prevé la elección directa.

GETTY

> «NO SOY MI TUMOR; NO SOY MI ENFERMEDAD. SOY MUCHO MÁS. EL CÁNCER ES UN DESAFÍO IMPREVISTO»

> «ME HA COSTADO ASUMIR QUE EN LOS PRÓXIMOS MESES MI VIDA TIENE OTRAS PRIORIDADES. LUEGO YA SE VERÁ»

LULA DA SILVA

La enfermedad me hizo más humano

Prefiero hablar de salud que de enfermedades, pero si estas palabras pueden ayudar a alguien ya valen la pena. Una cosa que aprendí con el cáncer es que el paciente es muy importante en el tratamiento, debe tener mucha disciplina. Nunca será fácil, pero tiene que saber que el resultado de esa disciplina será la continuación de la vida. Y sólo de saber que el tratamiento va a garantizar el derecho a la vida, ya vale cualquier sacrificio. Para mí la lección que queda es que cuanto más pronto llegue el diagnóstico, mayores son las opciones de cura. A veces, tenemos miedo de buscar un médico, pero diagnosticar precozmente es fundamental. Como experiencia, puedo decir que me convertí en un hombre más maduro, con más sensibilidad y, principalmente, más humano. Es necesario continuar concienciando a los gobiernos y poblaciones de todo el mundo sobre la importancia de invertir en acciones de prevención y en políticas que favorezcan el acceso a tratamientos y a la realización de investigaciones más eficaces. Vencer un cáncer no es fácil, pero es posible y engrandece al ser humano.

Lula Da Silva fue presidente de Brasil entre 2003 y 2011.

«Nunca me consideré un enfermo, ése fue el secreto para salir adelante»

RAÚL GRACIA 'EL TATO', torero (Zaragoza, 1972). «Yo volví a torear a los dos años de sufrir el cáncer. Hay que dar un mensaje positivo, porque después del tratamiento las esperanzas son grandes».

Alberto Quintanar y Emilia Quiroga, voluntarios, conversan con María Teresa Gallego, paciente de oncología. ALBERTO DI LOLLI

CÁNCER LOS VOLUNTARIOS

'ES LO MEJOR QUE ME HA PASADO'

Cada día, grupos de voluntarios visitan, apoyan y acompañan en los hospitales a los enfermos oncológicos y a sus familiares

CLARA MARÍN MADRID

Hoy es miércoles. Como todas las semanas, Emilia Quiroga y Alberto Quintanar irán al Hospital Rey Juan Carlos I de Móstoles a pasar la mañana con los enfermos de cáncer. Son dos de los muchos voluntarios que tiene la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) para acompañar a los pacientes en este complicado viaje que es su enfermedad. Cada semana los visitan, charlan con ellos, los apoyan, intercambian preocupaciones o simplemente los escuchan. A todos los conocen, de todos saben sus nombres, su historia, saben cuándo tienen sus días mejores y sus días peores.

«Ser voluntaria aquí es lo mejor que me ha pasado en la vida, yo siempre digo que en Móstoles no hay nadie más feliz que yo», cuenta Emilia, una prejubilada de 63 años que lleva tres como voluntaria y que prefiere que la llamen Mili.

Ella y Alberto forman un gran tándem de trabajo: los dos se complementan muy bien para atender a los enfermos. Alberto tiene 24 años, es auxiliar de enfermería y actualmente está desempleado. Lleva tres meses en esto, aunque por sus palabras se desprende el mismo entusiasmo que al escuchar a Mili: «Antes de ser voluntario aquí, tienes un concepto de la vida diferente. Pero cuando empiezas a tratar con gente que disfruta hasta de fregar los platos, tus problemas se empiezan a hacer más chiquititos», cuenta.

«Los voluntarios son la columna vertebral de la AECC», explica Gema José, que los coordina a todos en este hospital, y a quien los pacientes adoran. Todos los días, cuando llegan los voluntarios, lo primero que hacen es reunirse con ella en la pequeña sala que tiene la AECC en la planta de oncología. A partir de ahí, repasan los pacientes que hay para esa jornada y a continuación empiezan la *ronda*: primero van a radioterapia, luego suben a planta, y finalmente, al hospital de día.

Una de las principales labores de los voluntarios es levantarle el ánimo a los pacientes. A veces, cuentan Alberto y Mili, cuando entran a una habitación, el paciente está desanimado, cabreado, frustrado. Pero empiezan a charlar con él, y al final, cuando se marchan, si hay suerte –que suele haberla–, lo dejan mucho mejor de como lo encontraron.

Y es que no es ningún secreto que el estado de ánimo es fundamental cuando te enfrentas a esta enfermedad. «La actitud es clave: –opina Alberto– cuando estamos fuertes de mente, nos curamos antes. Nunca hay que rendirse. Si te rindes, estás acabado».

Los pacientes saben esto. Lo sabe Matilde Fresno, porque el cáncer lleva cuatro años condicionando su vida. Alberto y Mili se sientan a hablar con ella mientras recibe su sesión de *química*. «Lo que no se puede hacer es estar en la cárcel y con miedo», dice cuando le comentamos que tiene un humor muy bueno. Ella habla sin tapujos de su cáncer: «A alguien que acabase de llegar aquí, le diría que tuviera mucha paciencia. Esta enfermedad te cambia muchísimo el carácter», cuenta en presencia de su hijo. «Te corta las ilusiones». Dice que, en estos años, ha aprendido a vivir *el hoy*.

Las historias que se encuentran todos los días los voluntarios de la AECC son siempre una lección de vida: cada rato con un paciente es una inyección moral que te hace ser consciente de la necesidad de aprovechar *el aquí y el ahora*. Porque mañana no se sabe que pasará. «Yo me levanto todos los días y doy gracias a Dios porque hace sol, porque veo las nubes. Y digo 'gracias Dios mío por un día más'», cuenta Teresa Gallego, una paciente ingresada.

> «TODOS LOS DÍAS SALGO DE AQUÍ CON EL CORAZÓN LLENO: LOS PACIENTES TE DAN MUCHO MÁS DE LO QUE TÚ LES DAS»

> «LOS VOLUNTARIOS SON LA COLUMNA VERTEBRAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER»

No obstante, no todas las jornadas son fáciles. «Los días que subo a planta y ha fallecido un paciente es muy duro, porque lo has tratado mucho, y lo pasas fatal», cuenta Mili. En cualquier caso, su balance es positivo: «Cada día salgo de aquí con el corazón lleno: los pacientes te dan muchísimo más de lo que tú les das».

Para saber cómo actuar en los momentos difíciles, la formación es clave, por lo que la AECC les da un curso previo a todos. «Nos forman muy bien», dice Mili. Y se nota. Es algo que se ve, cuando observas a un voluntario interactuar con los pacientes y ves cómo encuentran la palabra correcta, la frase de aliento en el momento preciso, el gesto que acaricia la mano cuando no hay mucho más que decir.

Mili anima a todo el mundo a vivir esta experiencia que tantas satisfacciones le ha dado. «Si la gente supiera lo feliz que estoy yo, se harían voluntarios hoy mismo!», cuenta. «¡Es que habéis dado con la súper voluntaria», comenta Alberto entre risas. Y los dos se marchan a continuar con su jornada en el hospital.

José Castro pedirá continuar cinco años más como juez

PALMA. El titular del Juzgado de Instrucción número 3 de Palma, José Castro, prevé solicitar al Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) continuar cinco años más en el cargo para poder concluir las distintas investigaciones de corrupción que se encuentra instruyendo. De este modo, pese a que al cumplir el próximo mes de diciembre 70 años deberá por ley acceder a la jubilación, Castro tiene ante sí la posibilidad de continuar hasta los 75 como magistrado emérito. De este modo, Castro estaría adscrito como juez de refuerzo al Juzgado del que ahora es titular.

Piden a Alaya que envíe a la Audiencia el caso Madeja

SEVILLA. La Fiscalía de Sevilla ha presentado un escrito ante el juzgado de instrucción número 6 en el que pide a la juez Mercedes Alaya que envíe a la Audiencia Nacional el sumario de la Operación Madeja, relativa al cobro de comisiones por parte de la empresa Fitonovo a cambio de servicios y contratos públicos. En un escrito, el fiscal concluye que el fraude ha tenido una «grave repercusión en la economía nacional», lo que determina su informe favorable a la competencia de los Juzgados Centrales de Instrucción.

Diez detenidos por viajes en patera con dos muertos

ALMERÍA. La Policía Nacional ha detenido en Almería y Murcia a diez personas acusadas de la organización, dirección, conducción y manejo de dos pateras en las que introdujeron en España a 38 inmigrantes y de las que un ocupante desapareció y otro murió ahogado. Los detenidos cobraban unos 600 euros a cada inmigrante y además los aleccionaban para que en caso de ser interceptados declararan ser los conductores de la patera, que todos ellos eran «hijos de marineros y conocían el mar, y que la embarcación la compraron entre todos», según la Policía.

Arrestado por huir tras atropellar y matar a un ciclista

CASTELLÓN. La Guardia Civil de Castellón detuvo ayer a una persona de 21 años, vecina de Tales, acusada de atropellar mortalmente el 24 de junio de 2014 a un ciclista en Burriana y huir. El accidente se produjo en la carretera que une Burriana con el Grao, cuando un vehículo atropelló a un ciclista que falleció. El arrestado pasará a disposición del juzgado número 3 de Villarreal.

La Sociedad de Oncología prevé que el 50% de los nacidos ahora padecerán un cáncer

La entidad señala no obstante que gracias a los nuevos fármacos la supervivencia se ha triplicado en España en cuatro décadas

MADRID. Una de cada dos personas nacidas actualmente en España será diagnosticada de cáncer a lo largo de su vida, según alertó ayer la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), que no obstante señaló que los avances en el desarrollo de nuevos fármacos han permitido triplicar la supervivencia desde los años setenta.

Durante un acto organizado por esta sociedad científica con motivo del Día Mundial del Cáncer que se celebra hoy bajo el lema 'En Oncología cada avance se escribe con mayúsculas', su presidenta, la oncóloga Pilar Garrido, reconoció que cada vez se diagnostican más casos de cáncer como consecuencia del envejecimiento de la población y unos hábitos de vida que podrían ser más saludables, lo que permitiría evitar hasta el 50% de las muertes por esta enfermedad.

Aunque estas predicciones se extraen de un trabajo de la Sociedad Americana de Oncología Clínica, los resultados pueden extrapolarse a España, ya que los hábitos de vida son similares. «Si no se fumara, si no hubiera obesos ni tomáramos el sol de forma incontrolada no sería así, pero con lo que hacemos hoy en día estos son los resultados que esperamos», reconoció Garrido, que también advirtió de los problemas de «equidad» que se están produciendo en España tanto en el acceso a nuevos fármacos como en los programas de cribado de algunos tumores.

La presidenta de la SEOM, Pilar Garrido, ayer. FERNANDO ALVARADO/EFE

En este sentido, lamentó que, pese a que el cribado del cáncer de colon debe ser ya una realidad en España, «la velocidad de implementación 'a pie de cama' es diferente por comunidades, y reclamamos que debe ser más uniforme». Lo mismo sucede con el acceso a fármacos, de ahí que estén elaborando un informe para analizar con qué fármacos y en qué tumores se están produciendo mayores restricciones, que estará listo para el verano. «La variabilidad genera ineficiencia», denunció la presidenta de la SEOM.

«Estamos preocupados por la sostenibilidad del sistema y esto incluye el precio de los medicamentos, pero también insistimos en que el control del gasto no es solo el del precio», remarcó Garrido, que recordó que actualmente hay muchas «bolsas de ineficiencia», como el número de exploraciones o las veces que se hace ir a los pacientes al hospital.

Las previsiones de la SEOM son que a lo largo de 2015 se detecten en España unos 227.026 nuevos casos de cáncer. Son más frecuentes los tumores colorrectales, que representan el 15% de todos los casos. No obstante, en mujeres el más común sigue siendo el de mama (29%) y en hombres, el de próstata (21%).

Pese a esta mayor incidencia, la oncóloga reconoció que los avances en el diagnóstico y tratamiento de muchos tumores están permitiendo lograr supervivencias «impensables» hace años, gracias a la llamada «medicina de precisión». «Conocemos más sobre las bases moleculares de los tumores y podemos investigar en tratamientos más dirigidos, porque la experiencia nos dice que son más eficaces y tienen menos efectos secundarios», según la presidenta de la SEOM, que apuntó que ya hay fármacos dirigidos para algunos subtipos de cáncer de mama (HER2), pulmón (mutación de EGFR o traslocación de Alk) o melanoma (mutación de BRAF).

Inmunoterapia

Junto a estos tratamientos, se está avanzando en el campo de la inmunoterapia, que activa el sistema inmune del paciente para ayudar a controlar el cáncer, que «en el melanoma es ya una realidad y en el cáncer de pulmón los datos también son muy interesantes y será una realidad a corto plazo».

Uno de los tumores con mejores resultados y supervivencia es el cáncer de mama, donde la supervivencia a cinco años es «altísima». De hecho, en algunos subtipos de este tumor se puede hablar de curación o cronicidad de la enfermedad, como en algunos tumores colorrectales o de pulmón.

En el lado opuesto estaría el cáncer de páncreas, cuya incidencia en España está aumentando y «todavía hay mucho margen de mejora» en opciones terapéuticas para los pacientes. Lo mismo sucede en términos generales con el cáncer de pulmón, ya que sigue siendo el que más fallecimientos causa en España (el 20,6% de las muertes por cáncer) y se sigue detectando tarde.

AGENCIAS/HERALDO

Casi un 60% de los jóvenes asocian el consumo de drogas a diversión

Frente a esto, la población adulta las relaciona con los problemas personales

MADRID. Casi el 60% de los menores de 30 años considera que el consumo de drogas tiene que ver con divertirse y pasarlo bien, según la investigación 'La percepción social de los problemas de drogas en España, 2014' realizada por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Del estudio también se desprende que casi el 35% de los más jóvenes (entre 15 y 22 años) y el 30% de los jóvenes de entre 23 y 30 años señalan el deseo de sentir nuevas sensaciones como otro de los motivos para consumir drogas, frente al 28% de los mayores de 30 años.

En este sentido, el trabajo refleja que entre los jóvenes «parece estar algo más presente la idea del consumo vinculado a aspectos relacionales y funcionales a las expectativas de diversión, integración y ser joven». Sin embargo, entre los adultos siguen estando más presentes las motivaciones relativas al afrontamiento o la existencia de problemas.

Por ello, se concluye que la población joven (15-30 años) asocia, aún más que la adulta, el consumo de drogas a la diversión, el deseo de sentir nuevas sensaciones y formar parte de una identidad (ser como los demás), ya que estas opciones son señaladas por porcentajes superiores de personas entre los 15 y 30 años que entre los adultos (31-65 años).

También se observa que los jóvenes de 23 a 30 años son los más permisivos con las drogas, por encima de los adolescentes o adultos. Respecto a la valoración de las posibles consecuencias negativas del consumo, el estudio indica que para estos jóvenes, igual que para el resto de la población, la adicción es la principal consecuencia negativa posible de las drogas, y de hecho destacan esta opción por encima de la población adulta.

Del estudio también se desprende que entre las ventajas que más se señalan la principal es la diversión y el placer, más entre el colectivo de entre 15 y 22 años (36%), que entre los de 23 y 30 años (33%) pero, en ambos casos, por encima de los adultos (22%). También los jóvenes señalan en mayor proporción la idea de que las drogas permiten evadir problemas y alivian molestias y enfermedades.

En general, la investigación subraya que los jóvenes perciben menos problemas en el consumo, sea experimental, de fin de semana, diario o frecuente, que los adultos.

EUROPA PRESS

Miércoles, 4 de febrero de 2015

HERALDO
DE SORIA

EDITADO POR SORIA IMPRESIÓN SA · El Estadio 17 · SORIA · Centralita 975 23 30 00 · Fax Redacción 975 22 94 11 · Fax Publicidad y Administración 975 22 96 10 · Apdo. Correos 49 · E-mail soria@heraldo.es y soriapublicidad@heraldo.es · Depósito legal SO-51/1997 · Precio de venta y ejemplar

SOPA DE GUINDILLAS
José Luis Bravo

Maniobras de distracción

ESTOY empezando a pensar que lo de las 'alarmas meteorológicas' es una maniobra de distracción. Pendientes del cielo, del anemómetro y del mercurio no nos percatamos de otras alarmas que nos afectan más y de manera prolongada.

No digo yo que en algunas provincias no se pueda aplicar la palabra 'temporal' a lo que está ocurriendo estos días, pero por lo accedido en Soria, es una exageración. Que ya no nieva como antes es una evidencia que se constata con los testimonios de los más viejos de la provincia, y cuantos más años tienen más perspectiva para constatar la evolución del clima en las últimas décadas. Pero a lo que iba, distraídos con el fútbol y con los 'espectaculares' fenómenos atmosféricos que se relatan en los medios como si fueran la gran noticia del invierno, dejamos pasar, con cuatro comentarios y un par de reseñas, las cifras del paro, la encuesta de población activa, los datos sobre precariedad laboral, los cientos de familias en las que nadie trabaja y han perdido o están a punto de perder las prestaciones, la fuga de ciudadanos a la búsqueda de un futuro que Soria no ofrece. No, si al final resultará que se van por el temporal de frío y nieve. Las verdaderas alertas, algunas de las que he citado, no ocupan ni la mitad de espacio en medios públicos o privados que una tibia nevada o una tormenta con diez litros por metro cuadrado de precipitación. Nos decía un profesor de cine de la Autónoma de Barcelona, en aquellos remotos años 80, que las películas de catástrofes, de monstruos o las que anunciaban todo tipo de fenómenos apocalípticos, tenían especial éxito durante las grandes crisis. Los espectadores salían del cine con la sensación de alivio que les producía pensar que la cosa podía ser mucho peor que sus miserias reales. Pues así, más o menos, debe funcionar el mecanismo de las alertas rojas por viento, nieve o bajas temperaturas. Pendientes de la bufanda nos olvidamos del drama real, individual y colectivo que ignora nuestro Gobierno profetizando una recuperación que sólo ellos perciben.

La contra

La nieve cayó intensamente durante varias horas a lo largo de la jornada de ayer en varios puntos de la provincia. MARIANO CASTEJÓN

TIEMPO | La llegada de una masa de aire ha dejado desde ayer bajas temperaturas; unos prácticos consejos pueden ayudar a combatir los estragos del invierno

La exposición al frío requiere de prevención

La llegada de una masa de aire frío a la Península ha dejado desde ayer un notable descenso de las temperaturas que, en los próximos días, hará bajar aún más los termómetros y en algunos puntos de la provincia llegarán hasta los -12°, según las previsiones de la Agencia Estatal de Meteorología. Además, la presencia de la nieve si bien no llegó a dificultar la conducción ayer, sí que motivó un embolsamiento de camiones en el área de vialidad invernal de Medinaceli por precaución ante la posibilidad de problemas circulatorios en Alcolea (Guadalajara) y en la zona sur de la provincia donde a última hora de la tarde estaba nevando con intensidad.

En los próximos días la sensación térmica va a jugar una mala pasada a muchos, aunque la verdad es que estos valores son los habituales de un mes de febrero. No hay más que consultar a los mayores, expertos en rememorar peores inclemencias constatadas por los profesionales.

Pero ante la intensificación del mal tiempo no está de más echar mano de algunos consejos preventivos frente a la exposición al frío que pueden consultarse en el Portal de Salud de la Junta. Dentro del asesoramiento se advierte de que hay problemas de salud que se agravan con el frío, como los respiratorios y los cardíacos, y a su vez aumentan las caídas por el hielo, incluso se puede dar hipotermia. Entre los consejos preventivos ante la exposición al frío se encuentran, entre otros, no tomar medicamentos sin que los haya recetado el médico, pues algunos fármacos precipitan los problemas derivados de la exposición al frío; tomar alimentación variada y, diariamente, fruta; beber líquidos aunque no se tenga sed y pasear abrigados.

S.L.O./HERALDO

QUÉ COSAS

Costner dedica un premio honorífico a su generación

Kevin Costner recibió este lunes un premio honorífico en Los Ángeles (California) que quiso dedicar a su generación, la de los 'baby boomers' a quienes animó a continuar con el cambio que lideraron en la sociedad estadounidense. Fue en una gala de la revista 'AARP' la 14 edición de sus premios 'Películas para adultos'.

Un valenciano, a por el récord Guiness de corte de jamón

El valenciano Noé Bonillo, de 29 años, comenzó ayer en la tienda de productos españoles en la que trabaja en el centro de París un nuevo asalto al récord Guiness de tiempo seguido cortando jamones, que actualmente está en 40 horas. Bonillo batió una primera vez ese reto en noviembre de 2013, cuando alcanzó las 33 horas y aspira ahora a sobrepasar las 40 para superar la marca lograda en septiembre de 2014 por el español Gregorio Pérez.

Morrisey cancela un concierto por vender carne en el recinto

El músico inglés Morrissey ha cancelado un concierto en Reikiavik (Islandia) debido a la negativa de los responsables del Harpa Concert Hall a dejar de vender carne durante su actuación. «Me encanta Islandia y he esperado mucho tiempo para regresar, pero dejaré al Harpa Concert Hall con su sed de sangre caníbal», dijo el artista.

SOCIEDAD

La reina Letizia posa ayer con el ministro de Sanidad, Alfonso Alonso, y la junta de AECC. EMILIO NARANJO/EFE

La reina denuncia la falta de plazas para cuidados paliativos

MADRID. La reina Letizia denunció ayer la falta de plazas para enfermos en las unidades de cuidados paliativos durante su intervención en el acto de apertura de la IV Foro contra el Cáncer. «Aunque no nos lo creamos, en este país todavía hay miles de personas que requieren cuidados paliativos y que por diferentes razones no tienen acceso a ellos», aseguró la Reina, presidenta de honor de la AECC, en el acto por el Día Mundial contra el Cáncer.

Doña Letizia recordó que en el foro se aborda «cómo afrontar ese miedo al que se que se llega en esta fase de la enfermedad. Hablaremos de cómo intentar informar de forma rigurosa al paciente y a su entorno, amigos, familiares... Cómo esa información rigurosa debe ir acompañada de compañía, de comprensión, de cariño, de cuidado. Por supuesto, respetando siempre la opinión del paciente».

A. BURGOS

LA RÁFAGA

SANIDAD

La Asociación Española Contra el Cáncer pide una unidad de cuidados paliativos domiciliarios

Soria es la única provincia de Castilla y León que carece de unidad de cuidados paliativos domiciliarios y su implantación es uno de los objetivos que se fija la AECC, que tiene a Fernando Ligero como presidente de la Junta Provincial. No se puede consentir el argumento de que es más caro por la extensión geográfica y la escasa densidad de población.

CASTILLA

Sanidad dice que no hay restricción económica para tratar la hepatitis C

En la Comunidad ha habido 1.500 personas tratadas conm los nuevos medicamentos

VALLADOLID. El consejero de Sanidad, Antonio María Sáez, manifestó ayer su compromiso de «remitir un informe explicativo a los hospitales de Castilla y León» para asegurar que «no existen números clausus ni restricciones presupuestarias para los tratamientos de Hepatitis C». Fue la consecuencia principal de la reunión mantenida ayer, durante dos horas y media, entre la plataforma de afectados por la Hepatitis C en Valladolid, que protagoniza una protesta de tres días en el Hospital Clínico, el consejero de Sanidad y los jefes de Hepatología del Hospital Clínico y Río Hortega, José Manuel González y Gloria Sánchez, respectivamente.

Tras el encuentro, Sáez explicó que «cuando existe un nuevo medicamento que permite curar a los pacientes o mejorar su calidad de vida, no se pueden poner restricciones y, por tanto, en este caso no existen. Las que hay, vienen dadas por las indicaciones de los especialistas, que son los que aplican cada tratamiento».

En este sentido, Gloria Sánchez aclaró que «en mes y medio se han tratado 70 pacientes en Valladolid con los nuevos medicamentos, lo que supone un ritmo razonable, según el consenso del tratamiento de las sociedades científicas».

«Se está aplicando a enfermos en estadio F2, F3 y F4, que son los más graves y se va recetando según van llegando con un porcentaje cada vez más importante por lo que queremos transmitir tranquilidad, ya que el deseo de todos es que los enfermos se curen, con los nuevos medicamentos o con otros, según se requiera», indicó.

También en este sentido se expresó José Manuel González, quien advirtió de que «si se ha prescrito, se empieza el tratamiento en espacios muy cortos de tiempo, sobre todo en casos de F4, teniendo en cuenta los períodos entre consultas o los estudios previos necesarios a dicho tratamiento».

Según Sáez «el número de pacientes afectados por esta enfermedad es un tema muy debatido, puesto que hay gente que no está diagnosticada, pero ha habido 1.500 personas tratadas con los nuevos medicamentos, 70 de ellos en Valladolid, en poco más de mes y medio».

EFE

Tudanca reconoce problemas en el PSOE como refleja el crecimiento de Podemos

El líder regional dice que Herrera se resiste como «gato panza arriba»

VALLADOLID. El secretario general del PSOE en Castilla y León, Luis Tudanca, reconoció ayer que su partido tiene «dificultades» ya que, de lo contrario, Podemos no tendría ese crecimiento que le otorgan las encuestas.

«El PSOE tiene que enfrentarse a esto con soluciones, con programa de izquierda, con la esencia de la socialdemocracia para recuperar la credibilidad, pero estamos teniendo dificultades, si no Podemos no tendría ese crecimiento», dijo Tudanca en los desayunos de TVE. Sin embargo, aseguró que su partido no «teme» a Podemos y, preguntado sobre si el PSOE sabe cómo combatir su efecto, expresó: «Si lo tuviéramos claro, Podemos no estaría tan alto en las encuestas».

El PSOE, según aseguró, no va a acordar una coalición con el PP y ve «imposible» acuerdos de gobierno con esta formación, aunque insistió en que el día después de las elecciones requerirá hablar con todas las fuerzas políticas.

Respecto a Juan Vicente Herrera -que aún no ha desvelado si será el candidato del PP a las autonómicas-, Tudanca dijo que se está «resistiendo como gato panza arriba». Recordó que a Herrera «le obligaron» a presentarse en las últimas elecciones autonómicas hace cuatro años, algo que se ha notado en su «apatía» demostrado durante su mandato.

EFE

TECNOLOGÍA MÉDICA DIAGNÓSTICO PRECOZ

UNA 'APP' QUE DETECTA EL VIRUS DEL SIDA

Diseñan un accesorio para móviles que puede identificar la infección por VIH y sífilis en 15 minutos con un análisis de sangre 'online'

LAURA TARDÓN MADRID

Un pinchazo en el dedo, un móvil, 15 minutos y... diagnóstico hecho. Un grupo de investigadores ha desarrollado un accesorio que, conectado a un smariphone, es capaz de detectar dos enfermedades de transmisión sexual: sífilis y VIH, como si de un laboratorio clínico se tratara. Y, dados los resultados que los autores muestran en su artículo, publicado este miércoles en la revista *Science Translational Medicine*, puede que llevar el dispositivo de análisis sanguíneo en el bolsillo sea una realidad cercana.

De hecho, no es el único estudio que analiza las posibilidades del teléfono móvil como herramienta sanitaria, pensando especialmente en países con recursos limitados, donde el acceso a los servicios de salud es muy pobre y la existencia de laboratorios es residual. Concretamente, un grupo de científicos del Instituto holandés Royal Tropical describieron en 2011 en la revista *PLoS ONE* un sistema con el que a través de la cámara de fotos del móvil y un *software* específico se podían transferir los datos de la imagen tomada al servidor de un laboratorio que, aunque estuviera localizado lejos, transmitía el diagnóstico con un sencillo mensaje de texto o de voz.

En esta ocasión, el director del trabajo, Samuel Sia, y su equipo de ingenieros biomédicos de la Escuela de Salud Pública Mailman (Columbia, EEUU) han diseñado un accesorio de bajo coste (unos 34 dólares) que, unido a un teléfono móvil, hace las veces de una prueba denominada Elisa (que se utiliza de forma estandarizada en el sistema sanitario para la detección precoz del VIH). Como explican los autores, «replica, por primera vez, las funciones mecánicas, ópticas y electrónicas de un análisis de sangre en un laboratorio».

En unos 15 minutos, y con unas gotas de sangre (extraídas mediante un pinchazo en el dedo), el dispositivo móvil no sólo detecta los marcadores del VIH, también los de la sífilis, enfermedades muy prevalentes en países en vías de desarrollo. Se trata de una prueba serológica que, al igual que Elisa, permite detectar antígenos mediante el uso de anticuerpos y enzimas. En el dispositivo, relata el estudio, se produce «un acoplamiento de microfluidos con los últimos avances de la electrónica» que se convertirán, a través de un *hardware* específico, en un diagnóstico que se leerá a través del móvil.

El experimento se puso en marcha en Ruanda. Allí, un grupo de sanitarios se comprometió a probar este sistema en un centro de salud. En total, extrajeron unas gotas de sangre a 96 mujeres embarazadas que, tras un asesoramiento sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, se prestaron voluntarias para someterse a esta prueba.

«Sabemos que el diagnóstico precoz y el tratamiento de esta parte de la población pueden reducir en gran medida las consecuencias adversas de las madres y sus bebés», señala Sia. Y agrega: los resultados de sensibilidad y especificidad de «nuestro trabajo demuestran que esta alternativa podría ser viable», concluye Sia.

Se trata de una tecnología que aporta muchas ventajas. Además de ofrecer alta sensibilidad y especificidad, logra un resultado en menos de 15 minutos y, según Sia, el coste estará «muy por debajo de los 18.450 dólares que cuesta el equipo típico Elisa». Según sus cálculos, el precio rondará los 34 dólares. Por otro lado, este dispositivo también es fácil de usar. Basta con 30 minutos de formación. Todas estas características las comparte también con los test rápidos de VIH que se utilizan en la actualidad en los países con recursos limitados. «Son pruebas sencillas, rápidas, desechables, que requieren poco volumen de sangre, son como test de embarazo, fáciles de almacenar y transportar a temperatura ambiente», explica África Holguín, especialista del Laboratorio de Epidemiología Molecular del VIH del servicio de Microbiología del Instituto Ramón y Cajal de investigación sanitaria (IRYCIS).

Prototipo del accesorio para móviles que detecta virus. COLUMBIA

UNA HERRAMIENTA INNOVADORA PARA MEJORAR LA SALUD PÚBLICA

El objetivo de este nuevo sistema es mejorar la salud pública y está pensado para que sean los sanitarios quienes lo usen. Cada vez más, el móvil se posiciona como una herramienta capaz de ayudar a estos profesionales a determinar sus diagnósticos, para los que la cámara de fotos es fundamental. Como ocurre en la detección y valoración de los problemas relacionados con la piel. *Dermomap* es una de esas aplicaciones móviles que además ha sido destacada el año pasado en el *Informe de las 50 mejores apps de salud en español*. Miles de aplicaciones enfocadas a informar, educar, ayudar en el diagnóstico, recordar el tratamiento y dar apoyo al seguimiento de la mayoría de las patologías. El concepto *mHealth* está más que instaurado. Tanto es así, que las previsiones para este año situaban el volumen de negocio generado por las aplicaciones de los smartphones en 4.000 millones de euros en España. Se estima también que alrededor de un tercio de los usuarios de teléfonos inteligentes tienen instalada, al menos, una de estas aplicaciones de salud y bienestar. Lejos de decrecer, el número de estas aplicaciones (en la actualidad hay más de 97.000 en el mercado, lo que las sitúa en la tercera posición con mayor crecimiento, sólo por detrás de las *apps* de juegos y de utilidades), aumentará un 23% en los próximos cinco años, según vaticinan los expertos que aventuran que los ingresos crecerán un 511% en los próximos cuatro años. Según el último estudio del Institute for Healthcare Informatics (IMS Health), el 70% están dirigidas al público en general, y su temática se centra en bienestar y ejercicio físico, y el 30% están dirigidas para los profesionales sanitarios y los pacientes. La funcionalidad más común es la de aportar información (39,8%), seguida de la provisión de instrucciones de uso (21,4%) y el registro o la captura de datos del usuario (18,7%). Se estima que en 2017 las herramientas para monitorizar las enfermedades crónicas supondrán el 65% del mercado global de la *mHealth*.

REDUCIR LA MORTALIDAD

La particularidad que presenta este nuevo sistema, aún en investigación, es su capacidad para identificar más de una infección al mismo tiempo. En la actualidad, numerosos grupos de expertos están trabajando en este campo de las nuevas tecnologías y la detección precoz. En general, todos intentan mejorar la sensibilidad y especificidad de las pruebas rápidas ya existentes. Al igual que este último sistema, aunque no son perfectos, consiguen identificar más casos de infección, iniciar un tratamiento precoz (con terapia antirretroviral), evitar la transmisión, reducir el número de muertes y mejorar la calidad de vida.

El objetivo en los países en vías de desarrollo, «donde no hay clínicas suficientes», argumenta la doctora Holguín, es conseguir que estas pruebas se apliquen de forma rutinaria en el momento de la consulta: «es esencial para que el paciente sea diagnosticado en ese mismo momento y pueda iniciar el tratamiento lo antes posible», sin necesidad de hacerle volver, teniendo en cuenta sus dificultades de acceso al centro de salud. «Nosotros estamos empezando a estudiar líneas de investigación para conocer mejor las ventajas de las nuevas tecnologías en los países con recursos limitados», expone Holguín.

Otros grupos están investigando nuevos test rápidos de VIH, pero en lugar de serológicos, basados en un análisis molecular. «Los serológicos no pueden detectar la infección en los bebés menores de 18 meses», explica la doctora española. «La madre le pasa anticuerpos durante el parto y la lactancia, lo que origina falsos positivos». Por eso, a estas edades es imprescindible hacer pruebas moleculares, que «requieren equipos, formación específica, etc. Hacen falta test rápidos para la detección precoz infantil».

Sacyl adquiere fármacos contra la hepatitis menos grave por 1,4 M€

El suministro, que incluye el tratamiento de la esclerosis múltiple, se destina al Clínico de Valladolid y al complejo asistencial de Segovia

VALLADOLID

La Consejería de Sanidad ha desembolsado 1,4 millones de euros para la adquisición de medicamentos para tratar la esclerosis múltiple y la hepatitis B y C menos severa. Del suministro se beneficiarán los hospitales Clínico de Valladolid y el Complejo Asistencial de Segovia.

El gasto mayor, de 1,18 millones, corresponde al centro hospitalario vallisoletano, para la adquisición de Filgrastim, Peginterferón Alfa-2A y 2B e Interferón Beta-1A y 1B. Al Complejo Asistencial de Segovia se han concedido 288.198 euros para la adquisición de los mismos medicamentos, informa Ical.

El Filgrastim se emplea para reducir la infección en enfermos con cáncer y que están en tratamiento con quimioterapia, en aquellos que se someten a trasplantes de médula ósea y en pacientes con déficit de glóbulos blancos en la sangre. El Peginterferón alfa se emplea para el tratamiento de la Hepatitis B o C de tipo crónico, mientras que el Interferón beta se usa para el tratamiento de las recaídas en enfermos con esclerosis múltiple.

Además, el Consejo de Gobierno de la Junta aprobó una partida de 1,3 millones para financiar la rehabilitación terapéutica en las áreas de salud de Valladolid, y una inversión de 780.000 euros en el suministro de impresoras para el Complejo Asistencial de Salamanca.

La Consejería de Sanidad ha contratado 2.666 procedimientos terapéuticos de rehabilitación ambulatoria, domiciliaria y cardiovascular con los que atender, durante 2015, a pacientes beneficiarios de las áreas de salud de Valladolid. Este expediente supone un leve incremento en el número de procedimientos que se realizarán respecto al año anterior, al pasar de 2.624 en 2014 a 2.666 a lo largo del presente ejercicio.

La contratación de estas tratamientos rehabilitadores en Valladolid se enmarca en las actuaciones que la Junta realiza con el fin de asegurar la continuidad asistencial de los pacientes que precisen de estos procedimientos de rehabilitación, cada vez más demandada y necesaria y que completa otros ámbitos de la prestación sanitaria como son la prevención y la curación.

Además, la Junta aprobó el suministro, mediante la fórmula de arrendamiento sin opción a compra, de impresoras con destino al Complejo Asistencial de Salamanca. Este acuerdo estará en vigor los próximos cuatro años y se financiará con 764.970 euros.

Los dispositivos de impresión objeto de este contrato forman parte del acuerdo marco alcanzado por la Gerencia Regional de Salud para la provisión de dispositivos de impresión. Este texto, en el ámbito autonómico, ha permitido un ahorro anual de un 17%, es decir, más de 500.000 euros.

MÁS ACUERDOS

Residencias. El Consejo de Gobierno aprobó una inversión de 236.702 euros para el equipamiento de tres centros dependientes de la Gerencia Regional de Servicios Sociales, tras las obras que se están llevando a cabo para adaptarlos al nuevo modelo de atención a las personas 'En mi casa'. Se trata del centro para personas con discapacidad 'Fuentes Blancas', en Burgos; la residencia de personas mayores 'Puente de Hierro', en Palencia; y la residencia asistida 'La Rubia', en Valladolid.

Formación en el sector turístico. La Consejería de Cultura y Turismo destinará 600.000 euros a potenciar la formación y especialización del sector turístico mediante la organización de 85 cursos en 2015, dirigidos a más de 2.000 profesionales. La actividad se integra en el Plan Bianual de formación.

El portavoz de la Junta, José Antonio de Santiago-Juárez, ayer. ICAL

«Prefiero ser candidato a la fuerza que por navajeo»

R. S. VALLADOLID

El portavoz del Ejecutivo autonómico, José Antonio de Santiago-Juárez, replicó ayer al secretario general del PSCyL, Luis Tudanca quien, en las últimas semanas –y el miércoles lo repitió de nuevo– ha insistido en que el presidente de la Junta y del PP, Juan Vicente Herrera, fue candidato «obligado», que está «cansado» y tiene «poco hambre».

«¡Pues, si llegamos a tener hambre, nos habíamos comido ya a dos secretarios y medio!», ironizó en relación a los anteriores dirigentes socialistas caídos, Óscar López y Julio Villarrubia. «¡Gracias a Dios que no teníamos hambre, porque les metimos 53 a 29!», agregó con sorna, en relación a la mayor brecha histórica lograda por el PP en número de procuradores.

«Prefiero ser candidato a la fuerza y no a base de navajeo e intriga como él», zanjó el consejero en la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno, en un dardo directo a la división interna en la que lleva inmerso el Partido Socialista toda la legislatura.

Estas declaraciones tuvieron respuesta por la tarde por boca de la secretaria de Organización del PSCyL, Ana Sánchez, quien reprochó a De Santiago-Juárez, sus «actitudes macarras» y le afeó que se olvide del respeto institucional. «La actitud de esta mañana de De Santiago Juárez no es propia de alguien que representa a una institución pública y que devalúa con su proceder».

La número dos de Tudanca exigió un mínimo respeto institucional al portavoz, puesto que representa al Gobierno de la Comunidad, «que no puede ni debe ser plataforma para actitudes macarras». «Ahí no nos va a encontrar el consejero; los socialistas siempre mantendremos el respeto por la institución que representa a los castellanos y leoneses», dijo.

LA JUNTA FINANCIA CON 1,9 MILLONES DOCE SEMINARIOS

El Consejo de Gobierno aprobó subvenciones por 1,9 millones euros para financiar durante el curso 2014-2015 los gastos de colegios seminaristas. Actualmente, existen 823 alumnos matriculados en el tercer ciclo de Educación Primaria y en Educación Secundaria Obligatoria en doce centros de la Comunidad. El portavoz de la Junta, José Antonio de Santiago-Juárez, aclaró que esta financiación obedece al acuerdo firmado el 3 de enero de 1979 entre el Estado y la Santa Sede, que reconoce este «derecho» para los seminarios que estén «autorizados como centros docentes privados», en función del número de alumnos seminaristas que escolaricen.

LISTO EL MARCO LEGAL AL CONSEJO DE COLEGIOS DE ODONTÓLOGOS

El Consejo de Gobierno aprobó ayer el proyecto de ley por el que se crea el Consejo de Colegios Profesionales de Odontólogos y Estomatólogos de Castilla y León, que agrupará a los colegios de León, Salamanca, Segovia y al Colegio de la VII Región, que a su vez engloba a los de las provincias de Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora. Queda fuera el área de Ávila debido a que sus profesionales están vinculados al Colegio de la I Región junto a Madrid, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo. El proyecto de ley se tramitará por vía de urgencia en las Cortes, por acuerdo de los grupos, para que esté aprobado antes de la disolución de la Cámara.

MÁS DE 3,7 MILLONES PARA ACCIONES DEL PLAN UNIVERSIDAD-EMPRESA

Las universidades se repartirán 3,7 millones para financiar las primeras actuaciones, hasta septiembre de 2016, del Plan de Transferencia de Conocimiento Universidad-Empresa. Se enmarcan en la Estrategia Regional de Investigación e Innovación para una Especialización Inteligente (RIS3). La Fundación de la Universidad de Burgos percibirá 466.202 euros; la de León, 391.749 euros; la de Salamanca recibirá 1.078.935 euros; la Fundación de la Universidad de Valladolid, 887.339 euros; el Parque Científico de la UVA, 317.832 euros; la Pontificia de Salamanca, 242.688 euros; la Miguel de Cervantes, 136.514 euros; la Católica de Ávila, 113.892 euros, y la IE de Segovia, 96.802 euros.

PSICOLOGÍA CÓMO ENFOCAR EL TRASTORNO

LA ANGUSTIA DEL ENFERMO IMAGINARIO

Las personas hipocondríacas tienen un miedo intenso y desmedido a sufrir una enfermedad. Esa obsesión puede erradicarse con psicoterapia

BEATRIZ G. PORTALATÍN MADRID
ESPECIAL PARA EL MUNDO

La hipocondría, decía Sigmund Freud, es el enamoramiento de la propia enfermedad. O la enfermedad inventada y buscada que dijeron otros. También la pesadilla diurna que escribió Charlotte Brontë. Pero se requieren tres requisitos para considerar a una persona hipocondríaca: miedo, preocupación y creencia.

Según la nueva clasificación del DSM-V, la *Biblia* de los psiquiatras, la hipocondría –denominada ahora trastorno de ansiedad hacia la enfermedad– está recogida dentro de los trastornos de síntomas somáticos. Debido especialmente a la naturaleza reciente de su condición (antes la medicina no prestaba atención a estos pacientes) y a la poca precisión de su definición, es difícil cuantificar su prevalencia. De hecho, ésta difiere según estudios y no se pueden dar datos concluyentes, pero sí se recogen algunas estimaciones. Por ejemplo, «el 28,8% de las personas que acuden a las consultas de Atención Primaria tiene somatizaciones. De ellas un 1% podría ser hipocondríaca», señala a EL MUNDO Antonio Cano, presidente de la Sociedad Española del Estudio para la Ansiedad y el Estrés y catedrático de Psicología de la Universidad Complutense.

Es importante diferenciar entre la somatización y la hipocondría. Según explica Jerónimo Fernández Torrente, médico general del Centro de Salud La Milagrosa de Lugo, el paciente que somatiza centra su atención en el síntoma. Es decir, se preocupa por lo físico que suele tener un origen psicológico (ansiedad, estrés, etc.) pero no tiene el miedo o la preocupación excesiva por desarrollar una enfermedad que sí sufre el hipocondriaco. Es muy importante esta distinción, pues si no «todas las personas que somatizan serían hipocondríacas, y no es así», aclara.

Los especialistas aseguran que no existe un perfil característico de las personas hipocondríacas pero sí es cierto que este problema «tiene mucho que ver con una personalidad marcadamente obsesiva», expone Cano. También son personas más ansiosas y nerviosas, que magnifican sus síntomas mucho más que cualquier otra. Por este motivo, muchos autores relacionan este trastorno con la ansiedad.

Sin embargo, destaca Fernández Torrente, a pesar de que no existe un perfil real, resulta curioso el elevado número de personajes célebres que a lo largo de la historia han padecido o tienen hipocondría. Por ejemplo, Woody Allen, Charles Darwin, Charles Chaplin o la escritora Charlotte Brontë. «Es como si hubiera una relación entre el miedo y la creatividad desmedidas», apunta este especialista.

Pese a todo, y para definir de forma correcta a la persona hipocondríaca, añade el profesor Cano, se dan dos características: Una es que magnifican los síntomas de ansiedad, y la otra, que anticipan una realidad que no va a ocurrir. Realmente, no son conscientes de que tienen un problema psicológico, no saben que son hipocondriacos porque el miedo les puede. De hecho, y según apunta Antonio Luis Maldonado Cervera, director del Centro de Psicología ALBORAN, «el 90% de los hipocondríacos no reconoce que tienen un problema psicológico».

Estas personas tienen una preocupación excesiva por su cuerpo, se cuidan en exceso y prestan demasiada atención a su cuerpo. Pero sin duda, recalca este experto en Psicología, estas personas hacen un largo peregrinaje por las consultas de Atención Primaria: van numerosas veces al médico y solicitan además hacerse pruebas. Por ello, el papel del médico de familia, también en estos casos, se vuelve fundamental.

Pueden ser pacientes de difícil abordaje para los que «se necesita tiempo suficiente en consulta (algo que como es sabido escasea en nuestros centros de salud) y así evitar pruebas diagnósticas y derivaciones a otros niveles de atención», añade José Ángel Arbesú, médico de familia del Centro de Salud de La Eria, en Oviedo y coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

Si una persona se pasa seis meses realizándose pruebas y yendo a distintos especialistas, el médico de familia debe derivarla a una unidad de Salud Mental. Allí, se hará terapia psicológica fundamentalmente de carácter cognitivo-conductual, para hacer sobre todo una retribución de los síntomas porque el paciente lo que hace es dar una explicación a sus síntomas que no son reales ya que la hipocondría radica, sobre todo, en la creencia y la preocupación desmedida. Sentir miedo por tener una enfermedad es normal, matiza Maldonado, nadie está exento de ello. Pero, en una escala del uno al 100, lo normal es tener 40-60, y estas personas lo superan con creces. El porcentaje de éxito con terapia conductual, concluye Maldonado, es en la actualidad superior al 80%.

WOODY

Con este fotograma de la película *Zelig*, quedan retratadadas a la perfección las obsesiones, manías y fobias que tan presentes han estado a lo largo de toda la filmografía de Woody Allen. En alguna ocasión, no obstante, este reconocido icono del siglo XX ha negado ser una persona hipocondríaca, y ha señalado que lo que es en realidad es un *alarmista*. Sin embargo, difícilmente podrá quitarse este sambenito de encima, porque muchos aún recuerdan a su personaje en *Hannah y sus hermanas*, cuando el médico le dice que *puede* que padezca un tumor, y a partir de ahí, se lanza a descubrir qué ofrece cada religión para después de la muerte.

SANIDAD EL CREADOR DEL SOVALDI AUGURA QUE SU PRECIO BAJARÁ EN POCO TIEMPO

FARMACÉUTICAS EN EL FOCO

Los miembros de la Plataforma de Afectados por la Hepatitis C exigen a la industria que reduzca el precio del fármaco

LAURA TARDÓN MADRID

Si el pasado 27 de diciembre rodearon el Ministerio de Sanidad con una cadena humana, ayer los miembros de la Plataforma de Afectados por Hepatitis C (Plafhc) se presentaron en las puertas de Gilead, la farmacéutica que comercializa sofosbuvir (cuyo nombre comercial es Sovaldi). El objetivo: pedir que reduzcan el precio de este medicamento que, en combinación con simeprevir o daclatasvir –aprobados en España en el último año–, logra una tasa de curación superior al 90%.

Esta compañía «ha ganado 21.000 millones de euros en 2014, es decir, ya ha tenido suficientes beneficios», argumenta Mario Cortés, presidente de la Plafhc. Sus beneficios han aumentado un 127% respecto al año anterior, según publica la web de Gilead. Lo que se desconoce es el dato sobre las ganancias directas por la venta de Sovaldi, una información que Gilead no ha facilitado a este periódico. «Queremos que dejen de especular y jugar con nuestras vidas. Les pedimos que bajen el precio de este fármaco, que ya se han hecho multimillonarios».

Con su presencia en la sede de la farmacéutica, los miembros de la plataforma pretendían responder a las declaraciones de la ex directiva de Gilead Mercedes García en la Sexta. Sus palabras fueron «ofensivas e impresentables; justificaba el precio de este fármaco aludiendo que España puede pagarlo porque hay dinero», señala Cortés. Concretamente, denuncia el presidente de la plataforma, dijo que cada país «paga de acuerdo a su poder adquisitivo». Además, sostuvo que hay demasiados enfermos que «no quisieron tratarse» en su momento. «Barbaridades», remarca Cortés.

La propia farmacéutica reaccionaba ayer tras la manifestación de los afectados con un comunicado en el que aclaraba que Mercedes García había dejado de pertenecer a la plantilla en 2007. «Por lo tanto, dichas opiniones han sido vertidas por la señora García a título personal y Gilead no se responsabiliza ni tiene vinculación alguna con ellas».

Con el objetivo de conseguir «tratamiento para todos» (en España se calcula que hay unos 800.000 afectados por este virus), los miembros de la Plafhc llevan encerrados en el Hospital 12 de Octubre de Madrid desde el 18 de diciembre. Para Cortés, tanto Gilead, «como compañía privada, como el Gobierno son responsables por permitir precios abusivos» que hacen que los nuevos tratamientos no estén al alcance de todos los pacientes.

Enfermos de hepatitis C se manifiestan frente a la empresa productora de Sovaldi. EFE

El coste de la terapia con Sovaldi asciende a 25.000 euros, a los que debe sumarse el coste del otro fármaco con el que se debe combinar. No obstante, coincidiendo con la concentración de este jueves en las puertas de Gilead, el creador de Sovaldi, el químico egipcio, Raymond Schinazi, auguró una rebaja del precio del medicamento en España. «Es un precio alto, pero va a bajar», afirmaba a Catalunya Ràdio, donde señaló problemas de producción del fármaco, debido a que «la demanda es muy grande».

Schinazi apuntó también que «los gobiernos no están acostumbrados a dar medicinas que curan», y no se dan cuenta de que con los años gastan miles y millones de euros en el tratamiento de dolencias crónicas. Atribuyó el alto precio del fármaco al hecho de que cura a personas, que ya no van a consumir más medicamentos, y justificó que la farmacéutica debe recuperar la inversión hecha y recaudar más dinero para otras investigaciones, según recoge Europa Press. Actualmente, el químico trabaja en encontrar fármacos curativos de la hepatitis B y contra el virus del sida.

SANIDAD SEGÚN LA OCU, LA APLICACIÓN DE LA NORMA HA EMPEORADO DESDE EL AÑO 2012

70.000 DEPENDIENTES SIN AYUDAS

Apenas el 56% de las solicitudes de la Ley de Dependencia son aprobadas y los recursos tardan en llegar más de dos años

ALBERTO MUÑOZ MADRID

Más de 70.000 dependientes siguen esperando las ayudas solicitadas a la Administración en aplicación de la Ley de Dependencia, aprobada en 2006. Así lo denunció ayer la Organización de Consumidores y Usuarios.

Según los datos facilitados por las propias administraciones públicas, apenas un 56% de las solicitudes para recibir estas ayudas son aprobadas y la OCU denuncia que desde 2012 que se han endurecido los criterios para poder optar a ellas. De aquellas que consiguen finalmente pasar el filtro, menos de la mitad reciben realmente las ayudas y tienen que esperar para ello más de dos años.

La OCU ha realizado una encuesta entre los afectados que concluye que no reciben ningún tipo de ayuda pública el 60% de los dependientes moderados, el 51% de los severos y el 41% de los grandes dependientes, lo que supone, en su opinión, una clara situación de desprotección.

De las miles de personas dependientes en nuestro país, sólo el 10% tiene capacidad económica suficiente para no necesitar ningún tipo de ayuda de la Administración, que establece un sistema de copago que oscila entre el 15% y el 90%.

En cuanto a la calidad del servicio recibido, el 20% de los dependientes opina que no está bien atendido y el 34% considera que podría ser mejor. Es decir, más de la mitad del colectivo que recibe atención no considera que ésta sea la adecuada.

Desde la OCU se señala a la Ley de Medidas para Garantizar la Estabilidad Presupuestaria de 2012 como la causante del empeoramiento de la situación de dependientes y sus familias.

A pesar de los recortes presupuestarios en las ayudas a familiares cuidadores, éstos siguen representando el principal apoyo de los dependientes, ya que más de un 70% vive con familiares. Sólo un 13% reside solo, un 12% en residencia y un 4% con un cuidador externo.

Los ingresos de las personas dependientes se han visto reducidos en un 15% y los cuidadores familiares han perdido su exención de cotizar a la Seguridad Social). Esto ha provocado que un 90% de los cuidadores no profesionales haya tenido que darse de baja.

Los implicados han tenido que adaptar sus vidas a esta pérdida de recursos. El 21% de los familiares ha tenido que reducir su jornada o dejar directamente su puesto de trabajo para poder realizar cuidar al dependiente. Además, el 14% se ha mudado directamente a casa del enfermo y otro 14% ha recorrido el camino a la inversa.

Según datos del propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que ayer no respondió a los requerimientos de este diario para responder a la encuesta de la OCU, a principios del año 2014 había unos 200.000 dependientes que no recibían ayuda por parte del Estado, lo que representa el 20,1% del total.

Por comunidades autónomas, Canarias es la que menos protección presta a los dependientes: el 52% no recibe ninguna ayuda. Por contra, la autonomía en la que más se aplica la Ley de Dependencia es Castilla y León, donde únicamente han quedado exentos de la ayuda el 1,7% de los dependientes a los que se las ha reconocido esta condición en aplicación de la Ley.

La reintegración a Sacyl de los médicos jubilados por Decreto está en punto muerto

El recurso de casación de Sanidad ante la sentencia del TSJCyL que anulaba esta acción podría dilatar el proceso año y medio

El Comsor considera que tendrá «consecuencias económicas»

SORIA. La reintegración a sus puestos de trabajo en Sacyl de los médicos jubilados por Decreto permanece en punto muerto después de que la Junta haya interpuesto un recurso de casación ante el Tribunal Supremo por las dos sentencias emitidas a finales del año pasado por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (TSJCyL) en las que se anulaban estos retiros forzosos de la carrera profesional.

Este estancamiento, que conlleva una dilación del proceso, podría tener «consecuencias económicas» costosas para la Administración sanitaria. El presidente del Colegio Oficial de Médicos de Soria (Comsor), José Ramón Huerta, recordó que en las sentencias del TSJCyL, además de la posibilidad de reincorporación a su puesto, también supone el pago de una indemnización por las cantidades que han dejado de percibir en este tiempo, unas cuantías que, según algunos medios, podrían ascender a 10 millones de euros. «Es cierto que Sanidad no ha dicho nada del abono, porque está el recurso de casación, pero tampoco se ha manifestado en otro sentido», dijo Huerta quien, no obstante, insistió en las evidentes «consecuencias económicas».

En Soria al menos cuatro de los siete facultativos afectados apelaron a los tribunales para pedir a Sacyl su readmisión. Aunque el Tribunal autonómico les da la razón, al Comsor le preocupan las cuestiones organizativas, pues entiende que esto puede provocar desajustes en las plantillas, máxime cuando se trata de plazas que ya están cubiertas.

En cualquier caso, el presidente de los médicos sorianos calculó que el proceso va para largo, pues «quizá hasta dentro de año y medio o dos años no hay decisión del Tribunal Supremo». Por eso también mostró la «preocupación» en el sector, también generada por la «incertidumbre».

Las jubilaciones forman parte del Decreto Ley de la Junta que adoptaba medidas urgentes en materia sanitaria para controlar el déficit sin que se resienta la calidad de la asistencia sanitaria de Castilla y León y suponía el primer paso para la aplicación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos en materia de prolongación de la permanencia en el servicio activo y prórroga del servicio activo (2012-2017).

De este modo, este planteamiento desarrollado por Sacyl, que recoge la jubilación obligatoria de los profesionales sanitarios a los 65 años, afectó en la primavera de 2013 a ocho trabajadores (siete de ellos facultativos) en el Área de Salud de Soria, mientras dejó a otros dos en prolongación del servicio activo por un año, al jefe del servicio de Urología -porque no había bolsa de trabajo para sustituirlo y realiza crioterapia prostática- y al pediatra de la Zona Básica de Salud de Soria Sur -por las dificultades en cubrir la plaza-.

Las jubilaciones se dieron en Anestesia (dos, el jefe de servicio y un facultativo), Radiología (dos), Digestivo (uno), dos médicos de Atención Primaria (Almazán y Soria Sur), además de la supervisora del Hospital Virgen del Mirón.

En virtud del Estatuto Básico del Empleado Público y de la Ley del Estatuto jurídico del personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, un médico podía hasta ahora prorrogar su actividad profesional a partir de los 65 años y hasta los 70, siempre y cuando demostrara que tiene capacidad para ejercer la profesión y cuando los planes de ordenación de recursos humanos recogen esta necesidad.

Estudio de los casos

Desde entonces, Sanidad comenzó a estudiar caso por caso la situación mediante un examen de salud laboral que determinara su capacidad funcional y que revisara aspectos como las bajas por enfermedad. En la decisión también pesa un informe que valora su relevo, las necesidades asistenciales, así como su aportación al sistema. Aunque algunas comunidades fijan el cupo de prolongaciones que se concede, la Consejería decidió ser flexible y no establecer ningún número máximo.

Las reacciones no se hicieron esperar y al menos cinco de estos facultativos del Área de Salud de Soria solicitaron a Sacyl su readmisión; cuatro de ellos lo hicieron dentro de plazo, por lo que se admitió a trámite. El primer proceso judicial tuvo lugar en noviembre de 2013.

S.L.O.

Sanidad prevé un crecimiento de la incidencia de la gripe al menos hasta la próxima semana

Se observa una tendencia a la estabilización que podría indicar la proximidad del pico máximo epidémico

SORIA/VALLADOLID. El virus de la gripe está falta de unas pocas jornadas de comenzar a remitir. Las previsiones de la Consejería de Sanidad apuntan a un crecimiento en la incidencia de la dolencia al menos hasta la próxima semana en el conjunto de la Comunidad; a partir de ese momento se espera que empiece a descender, según informó ayer el consejero del ramo, Antonio Sáez Aguado.

Cabe recordar que en la quinta semana del año (del 26 de enero al 1 de febrero), que es la última información disponible, el nivel de intensidad del virus permanecía alto, con una tasa de 434,33 procesos registrados por cada 100.000 habitantes, de acuerdo a las cifras del informe semanal de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León.

De él también se desprendía que casi siete de cada diez casos registrados en la Comunidad eran de menores de 15 años. En cifras esto se traduce en 355 menores con gripe, de los que 232 permanecía en la horquilla de edad entre los cinco y los 14 años. Destaca que de los 531 casos contabilizados por la Red Centinela en el 93,22% de los casos los pacientes no se habían vacunado. Sacyl ha recuerda todas las campañas que «la única» medida eficaz para prevenir la gripe es la vacunación. La vacuna protege de la gripe que circula ese año, no protege de otras enfermedades víricas como el resfriado común (catarro) u otras afecciones.

En cuanto al tipo de gripe, se ha detectado circulación de virus del tipo A(H3) -uno de los dos tipo A junto al AH1N1 (que protagonizó la pandemia del año 2009)- y del tipo B en la Comunidad. Este año las dosis de la campaña de vacunación llegaron adaptadas con el genotipo A. Sin embargo, los análisis de los virus que circulan esta temporada en España indican que una proporción importante de los virus de la gripe A del subtipo H3N2 son discordantes con el componente H3 incluido en la vacuna, según ha comentado Sanidad esta semana, que también ha observado una tendencia a la estabilización que podría indicar la proximidad del pico máximo de la onda epidémica de esta temporada.

La vacunación es la única medida eficaz para prevenir la gripe. M. CASTILLO

¿Menos camas?

El consejero de Sanidad aprovechó ayer el anuncio de previsión sobre la incidencia de la gripe para elogiar la labor de la Red Centinela, integrada por más de 200 profesionales sanitarios que trabajan «sobre el terreno» y que realizan el seguimiento y monitorización de la gripe en la Comunidad. Además, consideró que este cometido, unido a la tarea del Centro Nacional de Referencia de la Gripe, ubicado en Valladolid, está dando buenos resultados en cuanto al seguimiento y la valoración de la epidemia en Castilla y León.

Preguntado acerca de si una vez que descienda la incidencia de gripe se cerrarán camas hospitalarias, el consejero de Sanidad mantuvo que cuando entre «con fuerza» la primavera y con la llegada del verano se analizará la demanda y la situación y se tomarán decisiones.

S.L.O./EFE

El Ministerio retira ahora el copago hospitalario que la Junta recurrió

El número 'dos' de Alfonso Alonso 'fulmina' la medida que ninguna comunidad llegó a aplicar

R. SASTRE VALLADOLID / SALAMANCA

Los recambios en el Ministerio de Sanidad tras la salida de Ana Mato llevaron al nuevo titular de la cartera, Alfonso Alonso, a reconsiderar algunas medidas tomadas por su predecesora, entre ellas, el muy polémico y contestado copago de medicamentos hospitalarios. Ayer, en Salamanca, el secretario general de Sanidad y Consumo, Rubén Moreno Palanques, confirmó su retirada.

«No tenía mucho sentido que un ciudadano de una comunidad tuviera que hacer una aportación que el de otra región no hacía», alegó, para justificar seguidamente que la decisión se ha tomado «por razones de equidad» y «dada situación del país», informa Ical.

Este copago debía llevar en vigor más de dieciséis meses, conforme a la orden publicada en el BOE el 19 de septiembre de 2013, pero la realidad es que ninguna comunidad ha llegado a aplicarlo. Tampoco Castilla y León, que además de *plantarse* ante Mato, lo recurrió en los tribunales. Eso sí, con poco éxito, porque el TSJ de Madrid se lo *tumbó* en octubre del año pasado.

De acuerdo con aquella orden, en la lista de obligada aportación para el usuario figurahan decenas de medicamentos, entre ellos, algunos de uso común para enfermos crónicos, como el Afinitor o el Tyverb, prescritos para retrasar el cáncer de mama avanzado, o el Temodal, para el tratamiento de tumores cerebrales.

El jefe del Ejecutivo autonómico, Juan Vicente Herrera, se puso al frente de la *rebelión*. Fue el primer barrón del PP en alzar la voz. Y en Castilla y León fue respaldado por todos los grupos de las Cortes, por los sindicatos de clase y los sanitarios, y las asociaciones defensoras de los derechos del paciente, como publicó este periódico en su edición del 22 de septiembre de 2013.

TRES RAZONES

Herrera esgrimió tres razones para oponerse a la medida. En primer lugar, desechó el criterio de la racionalidad de uso, ofrecido por Ana Mato. «En casos graves no puede hablarse nuevas pautas de conducta en la utilización de medicamentos que necesariamente tienen que utilizar estos enfermos», dijo en Burgos dos días después de la publicación, por sorpresa, de la orden ministerial.

Su segundo argumento fue el «escasísimo ahorro» que su aplicación conllevaría para el sistema sanitario público. Días después, el consejero de Sanidad, Antonio Sáez, *afinó* las cifras: con los 8.453 afectados por el copago, según sus estimaciones, el ahorro sería de 200.000 euros, apenas el 0,07% del gasto farmacéutico hospitalario.

A todo lo anterior, el presidente de la Junta sumó las razones de «justicia social». Y, con todo, su Gobierno recurrió el copago ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, que falló en su contra. Antonio Sáez anunció entonces que, si la Consejería se veía obligada a aplicarlo, serían las arcas públicas y no el paciente las que asumieran la aportación del usuario.

Después de casi año y medio, el nuevo ministro de Sanidad corta por lo sano y retira una medida con un elevado coste político a cuatro meses de las elecciones.

El consejero de Sanidad, Antonio María Sáez, ayer en Salamanca junto al secretario general del Ministerio y el presidente de Sanitaria 200. DAVID ARRANZ / ICAL

Mañueco encabeza una moción en Salamanca por el mantenimiento de plantilla en el hospital

El alcalde pide una reunión al consejero de Sanidad, quien afirma que al PP municipal le «falta información»

SALAMANCA

El alcalde de Salamanca, Alfonso Fernández Mañueco, ha solicitado un encuentro al consejero de Sanidad, Antonio María Sáez Aguado, para hablar de la reestructuración de plantilla que está elaborando Sacyl y que afecta al Hospital de Salamanca.

Según admitió el consejero durante su visita a la ciudad, ayer, para participar en la inauguración del VI Encuentro Global de Parlamentarios de Sanidad, organizado por Sanitaria 2000, el lunes concretará una fecha para la reunión con Mañueco, después de que el Pleno del Ayuntamiento aprobara horas antes una moción, con los votos del PP, en la que se insta a la Junta a modificar el proyecto y no eliminar plazas.

Sáez calificó de «muy interesantes» algunos aspectos de la moción, pero achacó otros a «falta de información» del PP municipal. Insistió en que, aunque hay rebaja en la plantilla orgánica, no se pierde personal, puesto que se trata de puestos vacantes, y que se incorporan especialistas. «No se reduce ni uno solo de los trabajadores» y se mantiene un número que «responde a la dimensión» de un hospital de «referencia», agregó, informa Europa Press.

Mañueco adelantó los tres temas en torno a los que giraría la entrevista con el consejero: cumplir los plazos pactados con el Consistorio y la Universidad en la ejecución de las obras, retirar el plan de reordenación de la plantilla hospitalaria y que se haga un análisis sobre la situación, así como que el complejo salmantino siga siendo referente autonómico y nacional en docencia e investigación.

El alcalde añadió que una de sus «principales prioridades» es el hospital de la ciudad y que las obras continúen a buen ritmo, informa Ical.

Detenido un francés que era buscado por abusos a menores

SALAMANCA

Agentes de la Policía Nacional detuvieron el jueves a un varón de 65 años, de nacionalidad francesa, al tener decretada una Orden Europea de Detención y Entrega, decretada por el Tribunal del Condado de Saintes (Francia), como presunto autor de agresión sexual a menores.

Una llamada telefónica del Hospital Clínico Universitario advirtió a los agentes que se estaba atendiendo a un varón que había ingresado por intento de suicidio tras ingerir medicamentos. Al parecer, la tentativa podía deberse a que estaba siendo requerido por la Justicia Francesa por agresión sexual a menores, teniendo que ingresar en prisión, informa Ical.

Tras varias averiguaciones, los agentes comprobaron que el varón estaba siendo buscado por la Gendarmería de la localidad de Saint Porchaire, como imputado por un delito de violación y que había abandonado el territorio francés.

Las gestiones realizadas, mientras se encontraba ingresado, finalizaron con la recepción de una Orden Europea de Detención y Entrega, dictada por el Tribunal del Condado de Saintes, por lo que fue detenido por agentes policiales en el momento en que fue dado de alta hospitalaria.

La Diputación amplía la ayuda a domicilio

SALAMANCA

La Diputación ha puesto en marcha un nuevo proyecto de atención domiciliaria a personas con Alzheimer y otras demencias que contempla a los vecinos de cualquier punto de la provincia.

Ahora, el proyecto se amplía al conjunto de la provincia gracias a un desembolso que será de 75.000 euros, 5.000 de ellos para la asociación Afabeco y el resto para AFA, lo que permitirá llegar a cerca de 3.000 personas que está estimado que pueden precisar esta atención, informa Europa Press.

El objetivo es «prevenir, retrasar y atender»la dependencia que presentan estas personas.

La Junta forma a 200 profesionales en salud pública a través del IECSCyL

Con ello los sanitarios manejarán de la manera más eficiente posible, los instrumentos imprescindibles para la interpretación, control y evaluación de los problemas de salud

SORIA. Hoy comienzan las clases del Curso de Diplomado en Salud Pública 2015. Esta iniciativa formativa está organizada por la Fundación del Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud (IECSCyL), institución perteneciente a la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. El curso será inaugurado por el director general de Salud Pública del Gobierno autonómico, Agustín Álvarez Nogal, y contará con la autorización y el aval de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

El éxito de participación y los resultados obtenidos en ediciones anteriores han hecho posible que se complete el número de plazas ofertadas contando, finalmente, con un grupo de 198 alumnos para la formación de este año.

Debido al papel destacado que desempeña la salud pública en el sector sanitario y en respuesta al interés que despierta la formación en la materia, Castilla y León ha ampliado el público objetivo del curso con el fin de incrementar las opciones de todas aquellas personas que quieran ampliar sus conocimientos en la materia. En las primeras ediciones solo podían participar profesionales sanitarios, pero ahora también formarán a todos aquellos titulados universitarios que realicen, o quieran realizar en un futuro próximo, tareas profesionales directamente relacionadas con este ámbito.

Una de las diversas actividades formativas que desarrolla el IECSCyL. MARIANO CASTILLO

De este modo, aunque la mayoría de los inscritos pertenecen a sectores profesionales o académicos como la medicina, la enfermería, la farmacia o la veterinaria, también hay entre ellos biólogos, fisioterapeutas, químicos, nutricionistas u odontólogos. Además, en la edición 2015, formarán parte del alumnado profesionales del derecho, la ingeniería, la terapia ocupacional o la industria alimentaria, lo que demuestra que la salud pública es un campo de aplicación multidisciplinar.

Asimismo, hay que señalar que los alumnos que han acudido al IECSCYL para obtener este título no son solo ciudadanos de Castilla y León, ya que 60 de los participantes proceden de otras comunidades autónomas. Los 138 restantes sí que pertenecen a la Comunidad y 37 de ellos, además, son trabajadores del Sistema Regional de Salud. Por provincias, los participantes castellanos y leoneses se dividen así: seis en Ávila, 18 en Burgos, 32 en León, cinco en Palencia, 21 en Salamanca, seis en Segovia, nueve en Soria, 27 en Valladolid y 14 en Zamora.

Formación mixta

Las clases contarán con un profesorado altamente cualificado formado por expertos sanitarios de reconocido prestigio que garantizan la calidad lectiva de cada una de las jornadas. Las clases presenciales se completan con el acceso a los contenidos a través de Internet. De hecho, este curso es uno de los pioneros en formación online, desarrollada, principalmente, a través de las aulas virtuales del IECSCYL. Esto facilita el acceso a los contenidos de las personas que viven fuera de Castilla y León.

Por lo tanto, el Curso de Diplomado en Salud Pública 2014 ofrece a los participantes la oportunidad de acceder a contenidos interdisciplinares que ampliarán sus competencias en las disciplinas básicas de la salud pública. Asimismo, los alumnos aprenderán a utilizar instrumentos imprescindibles para la interpretación, el control y la evaluación de los problemas sanitarios.

Algunos de los temas que se abordarán son: funciones de la salud pública, cartera de servicios, competencias profesionales, marco legislativo y epidemiología.

HERALDO

Vuelca una quitanieves entre Oncala y San Pedro Manrique

Tras las nevadas del jueves los hielos protagonizaron una jornada gélida ayer con seis incidencias en las carreteras

SORIA. Las placas de hielo que se formaron durante la madrugada de ayer provocaron el corte de la carretera SO-615 cerca de Garray, durante las primeras horas de la mañana e incidencias en seis vías de la provincia.

Concretamente el hielo afectó la SO-135, de Retortillo de Soria a Montejo de Tiermes; la SO-152, de Berlanga de Duero a Barcones y la SO-154, en Barcones, según informó la Junta de Castilla y León.

La circulación se complicó en 14 tramos de carreteras afectando a 10 localidades sorianas: Molinos de Duero, Duruelo de la Sierra, Barcones, Garray, La Rubia, San Pedro Manrique, Castilruiz, Sotillo del Rincón Vinuesa y Oncala, donde fue necesario el uso de cadenas. Precisamente, en la carretera de Oncala a San Pedro Manrique se registró el vuelco de una quitanieves de la Junta que quedó al lado derecho de la calzada.

En Castilla y León, los copos de nieve caídos y acumulados durante la jornada de ayer y las placas de hielo mantuvieron cortadas al tráfico un total de 32 carreteras a su paso por la Comunidad, entre ellas la A-67 en Aguilar (Palencia), mientras que se necesitaron cadenas para circular por otras 57 vías, según los datos aportados por la Dirección General de Tráfico (DGT).

Un vecino de Tardelcuende carga leña en previsión al descenso de las temperaturas. LUIS ÁNGEL TEJEDOR

Alumnos sin clase

La nieve y el hielo afectaron también a 185 alumnos de 13 centros de Soria. Cinco del CEIP de El Burgo de Osma, Ólvega, San Esteban de Gormaz, Soria (dos); Tres CRA de Almarza, Arcos de Jalón, San Pedro Manrique; cinco IES de Almazán, El Burgo de Osma, San Esteban de Gormaz, San Leonardo de Yagüe y Soria. En total, la nieve y el hielo han impedido a un total de 6.012 alumnos de siete provincias de Castilla y León acudir a clase con normalidad, según los datos facilitados por fuentes de la Consejería de Educación.

Alerta por nevadas para hoy

Un total de 42 provincias españolas estarán hoy en alerta por nieve, aludes y frío que puede alcanzar temperaturas mínimas de hasta -10 grados centígrados, en una jornada en la que las nevadas se registrarán en cotas bajas, según la predicción de la Agencia Estatal de Meteorología (Aemet).

En Soria se prevén temperaturas nocturnas mínimas entre -8 y -3 grados y diurnas con máximas entre -1 y 3 grados. Las heladas también harán su presencia hoy y serán localmente fuertes en las zonas altas de la provincia mientras que los vientos soplarán del Noreste.

Hoy, el frío activará la alerta amarilla en Soria pero las temperaturas más bajas se registrarán en Albacete, Cuenca, Guadalajara y Ávila, que estarán en alerta naranja por frío, con mínimas que pueden llegar a los 10 grados bajo cero. Sin embargo se prevé que las zonas más altas de las sierras alcancen los -12 grados.

PATRICIA MICHILOT

Parte del servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico de Valladolid que participa en el proyecto. JOSÉ C. CASTILLO

ALTA MORTALIDAD

Qué es un aneurisma. Simplificándolo, un aneurisma aórtico abdominal se presenta cuando el vaso sanguíneo grande (aorta) se agranda o ensancha anormalmente. Este ensanchamiento indebido provoca que sea altamente mortal.

Cuándo se opera. Si su diámetro supera los 5 centímetros. Este criterio es el que este sistema pretende desterrar. Investiga otros indicadores que predigan su probabilidad de ruptura.

Nuevo sistema. El *software* en el que trabajan los ingenieros y médicos aplica a las imágenes de escáneres algoritmos que desvelen información sobre la calidad de la arteria.

Valladolid, en un proyecto mundial para evitar muertes por rotura de aorta

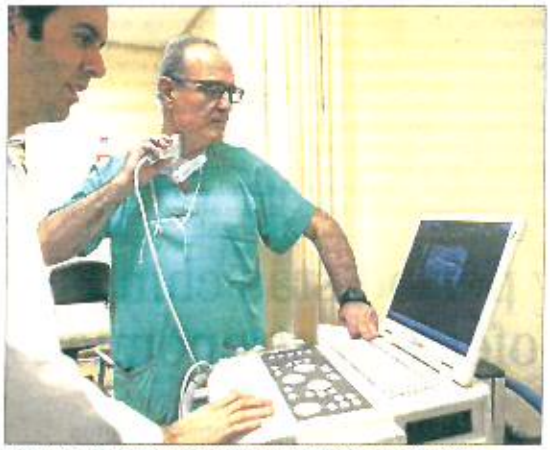
El Clínico y Cartif participan en una investigación con ingenieros de Cuba, Brasil y Barcelona en la que desarrollan una herramienta informática que les indique cuándo operar una dilatación en esta arteria

ALICIA CALVO VALLADOLID

Valladolid participa en un proyecto mundial pionero en Cirugía Vascular junto a investigadores de Cuba, Brasil y Barcelona. Una alianza internacional con presencia castellano y leonesa que aplica las matemáticas y la ingeniería para abordar una patología con alta tasa de mortalidad: la rotura de aneurisma de aorta (dilatación anómala de la pared de esta arteria).

El servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico Universitario de la capital vallisoletana trabaja en el proyecto con ingenieros de la Fundación Cartif, con sede en Boecillo (Valladolid), investigadores del departamento de Ciencias Térmicas y Fluidos de Brasil, del Centro Internacional de Métodos Numéricos en Ingeniería de Barcelona y de Ingeniería Industrial de la Universidad de Cujae, de Cuba.

Juntos están desarrollando un programa informático que «auxilie al facultativo en la toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir, minimizando errores de diagnóstico» y pronostique si existe un riesgo alto de rotura –y con ello de mortalidad y es recomendable operar– o si el riesgo es bajo y es mejor no intervenir.



El doctor Carlos Vaquero, jefe de Vascular del Clínico. JOSÉ C. CASTILLO

Actualmente se sigue un criterio generalizado de operar según el tamaño del aneurisma. Si esta dilatación supera los 5 centímetros de diámetro, el paciente entra en quirófano.

Sin embargo, el sistema en el que trabaja este consorcio busca identificar factores que predigan la probabilidad de rotura y su porcentaje de riesgo, para decidir «si hay que operar a un paciente o no», indica Carlos Vaquero, jefe del servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Clínico. «El aneurisma es como un globo que se hincha. ¿Cómo sabemos si va a explotar o no? Hasta ahora sólo teníamos en cuenta el tamaño, ahora analizamos la calidad de la arteria», señala.

Aunque el proyecto comenzó hace cinco años, ya han iniciado su fase más definitiva, el desarrollo, y han obtenido los primeros indicios y resultados. Los han comunicado en diferentes encuentros científicos internacionales y los han divulgado en más de una docena de publicaciones de diferentes temáticas, tanto de ingeniería como sanitaria.

«Ya somos capaces de conseguir el índice de probabilidad de rotura de forma manual, ahora con el diseño del *software* queremos automatizarlo para que no haya intervención humana desde que el ordenador procesa la imagen del escáner del paciente hasta que salga la conclusión», explica Félix Nieto, investigador de Cartif participante en este proyecto.

Han estudiado las imágenes reales de escáner de 634 casos y las aplican algoritmos

Los primeros resultados los han mostrado en una docena de publicaciones

Nieto señala que la importancia de este sistema de predicción radica en que «sería una herramienta de manejo sencillo» y en que el criterio actual por el que se decide operar (el tamaño) «no es eficaz».

También resulta que «evitaría intervenciones quirúrgicas que no serían necesarias si se supiera que no existe riesgo de que ese aneurisma se rompa».

Para esta investigación emplean imágenes reales de pacientes atendidos en el departamento que coordina Carlos Vaquero. Los usuarios proceden de las nueve provincias de Castilla y León porque el servicio de cirugía vascular del Clínico «es de referencia para Palencia, Segovia, León y Burgos y, en menor medida, atiende a pacientes del resto de provincias de la Comunidad», explica Vaquero.

«Desde el hospital aportamos los datos de los pacientes, las imágenes que obtenemos por escáner, para que les apliquen algoritmos matemáticos que permitan descubrir qué es lo que hace que se rompan», explica el facultativo. Para el estudio se han utilizado las imágenes de 634 casos de aneurismas diagnosticados, en 67 de ellos se había producido su rotura.

El *software* en el que trabajan los ingenieros y los médicos aplica a las imágenes algoritmos que desvelan información sobre la calidad de la arteria: fragilidad, grosor, textura... que pueden condicionar la rotura.

Este grupo de trabajo se nutre de fondos propios. En los primeros años recibieron una subvención de la Junta de Castilla y León y otra del Ministerio, «pero ahora cada uno se financia como puede», indica Nieto. «A medida que van saliendo convocatorias las vamos solicitando para determinadas fases», añade Vaquero.

La colaboración internacional surge tras el contacto entre el Clínico y Cartif porque varios grupos de ingeniería estaban interesados en buscar soluciones a este tipo de problemas y las tecnologías les permiten compartir la información. El peso de la investigación recae en Valladolid porque aquí se concentra la parte médica y Cartif coordina al resto de grupos.

EL MUNDO. DOMINGO 8 DE FEBRERO DE 2015. Nº 1007

CRÓNICA

ENCONTRAMOS AL DESCENDIENTE VIVO DE CERVANTES CUANDO SE BUSCAN SUS HUESOS. ES MARQUÉS
P. 4

ASÍ ES EL 'NARCISISTA' VAROUFAKIS EL GRIEGO
P. 8

MIS MILLONES, PARA BECAS A NIÑOS POBRES
P. 14

LOS 150.000 CENSORES DE PEZONES
P. 16

Tiene 36 años y desde junio vive enchufado a un experimento mundial para 700 elegidos: intentar achicharrarles el cáncer de cerebro que padecen con descargas eléctricas. Y funciona. 'Crónica' acompaña al empleado de banca en su lucha diaria. "Era mi última oportunidad. Me dieron el 'as' y aposté"

DESCARGAS DE VIDA

BLANCO CALVO

"ESTOS CABLES SON MI CORDÓN UMBILICAL, LUZ PARA MÍ"

El experimento mundial de Pedro: vive 22 horas al día cargando con unas baterías que, a través de 36 cables, bombardean su tumor cerebral. Y por ahora va ganando. Es uno de los 700 afortunados elegidos en todo el mundo para un ensayo revolucionario. Desahuciado hace 9 meses, ya hasta va a trabajar

POR PACO REGO

Toca sin miedo», me dice Pedro acercando su testa herida y pelada. Al poner mi mano sobre su cabeza, en la que aún perduran dos buenas cicatrices de sus batallas contra el *alien*, noto al instante un extraño calor. Como si estuviera tocando la superficie de una parrilla de cocina recién enchufada a la corriente.

—Estas descargas me están dando vida... —murmura él al tiempo que se palpa el cuero cabelludo.

Pedro, desgarbado y alto (mide 1,80), parece el superviviente de una catástrofe de película. Y en cierto modo lo es, vaya si lo es. De su cabeza, cubierta permanentemente por una malla blanca, sale un manojo de cables —36 en total— que van conectados a una mochila con baterías a su espalda. Ni para dormir se la quita. «Estos cables son mi cordón umbilical, el que hace que me mantenga en este mundo». Su vida.

Cada segundo, 22 horas al día, descargan una corriente que va como un misil hacia el monstruo estrellado, el glioblastoma, el peor de los tumores, que lleva alojado en su cerebro. Al impactar, rompe las células malignas y evita que se reproduzcan. «Esto, más que electricidad, es luz para mí», dice el madrileño. Y también esperanza. «Me dijeron que podrían alargar mi existencia. ¿Hasta cuándo? Lo único cierto es que sigo aquí». Sí, ahí está Pedro, desahuciado hace ya nueve meses, yendo a trabajar a Bankinter cubierto de cables. Ahí va de paseo, como un padre más del barrio. Ahí va de la mano con su pequeño Daniel al parque.

—Cuando me dijeron que había sido elegido para el experimento ni me dio tiempo a pensar... Era mi última oportunidad, lo sabía, me dieron el 'as' y aposté.

Pedro Luis González, 36 años cumplidos, es uno de los 700 enfermos seleccionados en todo el mundo que en la actualidad participan en un ensayo pionero, el más avanzado, junto a una veintena de españoles, 12 de la Clínica Jiménez Díaz de Madrid y el resto del Hospital del Mar de Barcelona. Y a juzgar por los primeros resultados obtenidos en Estados Unidos la cosa funciona: un 43% de los pacientes con glioblastoma sigue vivo a los dos años frente a sólo el 29% que lo lograba antes de este nuevo tratamiento. Y el bancario Pedro va camino del primer año de su nueva vida.

Creyente desde que era joven —«aunque de poca misa»—, hace tiempo que Pedro dejó de rezar. «He roto mis relaciones con el de arriba», confiesa levantando la mirada hacia el techo del salón. Su *altar* particular ahora se encuentra en la habitación de al lado, la de servicio, donde Ana, su esposa, guarda la mesa de la plancha y cuelga a secar la ropa. Allí recarga, conectadas a un enchufe de la luz, las tres baterías de reserva que le ayudan a mantenerse vivo. «Esta es mi gasolinera, ¿ves?, aquí vengo a repostar», comenta él sin perder el humor. Lo hace cada tres horas, el tiempo que dura cada una de las pilas, del tamaño de un ordenador portátil. Lo lleva bien, dice.

—¿Le miran de manera rara por la calle?

—Ya no me importa, la verdad, aunque siempre aparece alguien tentado a preguntar por qué llevo esto en la cabeza o para qué sirve este cable que me cuelga o qué llevo en la mochila. En parte, lo entiendo, es todo muy llamativo.

—Usted va así al trabajo. ¿Cómo reacciona la gente?

—Yo no estoy cara al público, me dedico a rescatar fondos, hago análisis y trabajo con números... Y cuando la batería avisa, la cambio por otra que traigo de casa... Soy un hombre enchufado a la electricidad. [Fue él mismo el que pidió que le dieran el alta médica].

Mientras habla, Pedro se levanta del sofá y camina hacia una de las fotografías que cuelgan de la pared del salón familiar. Es de antes de aquel fatídico 15 de septiembre de 2003. Eran tiempos felices. Se le ve fuerte y atlético en medio de una brecha de un glaciar en Noruega, un lugar que le fascina. Le digo que tiene que volver allí. Entonces los ojos se le humedecen y mira fijamente al periodista: «Con los cinco kilos que llevo a la espalda lo veo complicado», zanja con una media sonrisa. ¿Hasta cuándo? «Tengo para dos años, hasta 2017». ¿Y después? «Ahora lo que me importa es el mañana, levantarme un día más y ver a mi hijo y a mi esposa, y dejar atrás el pasado».

Aquel domingo de 2003, festividad de la Virgen de los Dolores, todo empezó a torcerse. Regresaba de una cena con amigos y tras meterse en la cama, siendo ya madrugada, su cuerpo comenzó a temblar de manera incontrolada. Le había dado un ataque epiléptico de los fuertes. Los médicos concluirían horas después que todo partía de un tumor. Era tan grande que se había extendido a la corteza del cerebro. «La operación había salido bien y me dijeron que aparentemente era benigno», recuerda Pedro de su paso por el Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles. El mal sueño parecía haber pasado.

Pedro, el miércoles, quitándose los electrodos en el baño.

Carga de sus baterías de repuesto. «Es mi gasolinera», dice.

En la cocina preparando una porción de tarta de manzana.

Con Daniel, de tres años, dándole las buenas noches.

Padre e hijo de la mano poco antes de irse a la cama.

Pero las células malignas volvieron a crecer y a reproducirse en él. Y esta vez el diagnóstico era más negro aún: glioblastoma, el tumor de cabeza más agresivo que existe. Si alguna esperanza había, le aconsejaron los galenos, estaba en manos del hombre que más adelante iba a elegirlo para el experimento, el neurocirujano Julio Albisua, de la Jiménez Díaz.

«Aquello fue como ir a Lourdes en busca de un milagro, aún sabiendo que los milagros no existen y que yo ya me estaba apagando», recuerda Pedro. Volvió al quirófano y de nuevo probó la quimio y la radioterapia. Perdió 15 kilos y se puso en 55, un peso escaso para un hombretón de 1,80. Era el 20 de mayo de 2014. Los médicos habían entrado a matar con precisión guiados por una luz previamente generada en el cerebro del madrileño.

«Hicimos que el tumor se volviera fluorescente mediante una sustancia, gliogan, un jarabe que le dimos al paciente seis horas antes de la operación. De esa manera —explica el neurocirujano Julio Albisua— pudimos delimitar muy bien su extensión y atacarlo sin correr el riesgo de dañar las partes sanas que lo rodean».

La batalla, a muerte durante seis horas, sin embargo no resultó suficiente. Si quería seguir soñando con un futuro, Pedro debería convertirse por sí mismo en un experimento, en un *hombre-cobaya*. «Soy un gran afortunado», dice.

Esta enfermedad destruye la capacidad de pensar, la memoria, la personalidad y nuestra forma de modular las emociones y el comportamiento. Aunque a Pedro, el afortunado, ninguno de estos males le ha atacado.

—¿Le ha cambiado mucho la vida?

—Más allá del incordio de la mochila y del aspecto que ahora tengo, no mucho, la verdad, ex-

cepto que no puedo hacer deporte ni ir a la nieve como antes...

—Usted me dijo de pasada que ha estado sin ducharse varios días por no dejar la mochila...

—Por miedo.

—¿A qué?

—Miedo a que los electrodos en mi cabeza se quedasen sin energía para descargar. Me obsesionaba tanto la idea de que mientras me duchaba el tumor podía crecer, que no me la quitaba de la espalda. Como el caparazón de la tortuga, me sentía desprotegido.

—¿Y ahora?

—Ya no. Cada tres días me quito esta especie de ventosas blancas que llevo en la cabeza y me pongo otras nuevas. ¿Quieres verlo? Podéis hacer fotos...

Son casi las 10 de la noche y a Pedro ya se le va notando el esfuerzo de día. A diario se levanta a la seis para ir al trabajo. De regreso juega con su hijo, que «no para ni dormido», sale, queda con los amigos... Antes de entrar al baño para despojarse de todo el cableado que lleva encima pasa por la cocina a por un trozo de tarta de manzana. La imagen, aunque normal para él, nos sorprende. Visto de perfil desde la puerta, Pedro recuerda a la figura de un ciborg.

—¿Hace alguna dieta?

—Tampoco, como de todo y la cantidad que me apetezca. Estoy delgado pero fuerte para poder cargar con todo esto.

Cuenta que al volver a casa tras saber que le habían elegido para el ensayo internacional quiso conocer más y recurrió a internet. «Al final lo dejé y ya nunca más se me pasó por la cabeza ir en busca de explicaciones. Sé lo que hay y no siento temor. Lo que quiero es ver crecer a mi hijo Daniel». El pequeño ya ha dejado de preguntar. Mira a su padre con ojos pícaros, sin poner cara de asombro, intenta agarrar el manojo de cables que le salen de la cabeza a Pedro, otras veces trata de hurgar en la mochila o acaricia los electrodos de su cuero cabelludo.

Lo que hoy mantiene vivo a Pedro es un sistema demasiado novedoso aún. Nació en el Centro Tecnológico de Haifa (Israel), un referente mundial en máquinas avanzadas, y se basa en el descubrimiento de que una corriente eléctrica puede impedir que las células tumorales se reproduzcan.

Se trata, explica el oncólogo Jesús García Foncillas, otro de los expertos de la Jiménez Díaz, de «campos eléctricos de baja intensidad que no sólo consiguen frenar la división de las células, sino que impiden que puedan moverse y diseminarse, lo que reduce bastante la posibilidad de metástasis. Es todo estrategia, como en la guerra». Hay más: «Una vez que el proceso biológico se interrumpe las células malignas mueren por apoptosis (lo que se conoce por suicidio programado)», concluye Foncillas.

El tratamiento, aprobado ya en Estados Unidos, donde la esperanza de vida de los pacientes con glioblastoma tratados con electricidad ha pasado de nueve meses a más de dos años —«un avance impresionante», añade el oncólogo—, se encuentra en fase de prueba en Europa (Alemania, Reino Unido, Francia, Holanda y España) y su precio futuro rondaría los 150.000 euros.

—El calor que me produce en la cabeza es lo que peor llevo. El resto, como las muletas para un cojo, forma ya parte de mí.

Como buen conversador que es, Pedro alarga el encuentro con *Crónica*. Agarra de una mano a su pequeño y se lo lleva a su habitación para acostarle. Lo abraza y le da las buenas noches. Mientras tanto, Ana se pasa por la «gasolinera» y comprueba si las baterías se han cargado. Le pregunto cómo lo lleva. «Ufff, qué difícil. Nos íbamos a casar cuando de repente la vida en común que habíamos soñado de novios saltó por los aires. Todo, los horarios, los compromisos, el simple hecho de pensar en algo que te gustaría hacer mañana, depende, como es lógico, de cómo le vaya a él. Y así tiene que ser. Nos ha tocado...».

Seis casos de glioblastoma cerebral por cada 100.000 habitantes, dicen las estadísticas. Y Pedro, que aspira a romperlas. Mañana lunes tiene revisión. Las anteriores le dieron alas. El *alien* parecía estar dormido en su cerebro. «Hay que ir a por él», esgrime el valiente Pedro, al que sus íntimos llaman «héroe». «¿Entiendes ahora por qué yo no quería desprenderme de la mochila y de los cables para ducharme? Cada segundo, cada minuto que bajas la guardia, es oxígeno para el maligno... Y hoy tenemos la oportunidad única de abrasarlo».

Y de nuevo vivir.

MISILES ELÉCTRICOS. La cabeza de Pedro es como una parrilla. Treinta y seis electrodos sujetos al cráneo por ventosas blancas descargan «misiles» de electricidad que van directos a las células tumorales de su cerebro. El bombardeo dura 22 horas cada día. Descansa dos. REPORTAJE GRÁFICO: OLMO CALVO

FARMACIA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

Sanidad acumuló el 95% de ahorro farmacéutico en 2012 y el pasado año cerró al alza

La aplicación del copago sólo ha sostenido el gasto 738.800 euros en dos años y medio

El abono medio por receta crece a los 14,24 euros, casi 3,20 más que la media regional

SORIA. Lejos de instaurar una mayor sostenibilidad en el sistema sanitario en forma de ahorro para las arcas de la Administración, el Real Decreto Ley 16/2012 solamente ha propiciado que los usuarios hayan tenido que desembolsar desde la entrada en vigor del copago, en julio de 2012, más dinero por sus medicamentos. Por segunda anualidad consecutiva, el cierre del ejercicio ha arrojado cifras positivas en cuanto a facturación farmacéutica en comparación con el año anterior; eso pese a que el número de recetas disminuyó ligeramente en unas 280 a lo largo de 2014 con respecto a 2013, de acuerdo a las cifras facilitadas por el Centro de Información del Medicamento de Soria (Cimso), que contabiliza la facturación global de prescripciones -Sacyl y mutualidades-.

De comparar el pasado ejercicio con el de 2012 se deduce que el ahorro conseguido en este tiempo en la provincia de Soria apenas llega a los 738.800 euros, de los que el 95,6% fueron conseguidos en el primer año de aplicación del copago: así se pasó de los 24,92 millones de euros a los 24,18 del año pasado. En 2013 se contabilizó una facturación de 24,15 millones de euros.

Lo cierto es que en Soria sólo se consiguió una notable rebaja del gasto farmacéutico interanual el mismo año de la entrada en vigor de la nueva aportación del usuario que fue del 18,09%. Descuella que en julio de 2012 hubo una drástica rebaja en la facturación con respecto al mismo mes del año anterior situada en el 32,78% y del 28,79% en las recetas; también hay que resaltar que desde ese momento y hasta diciembre todos los meses se contabilizaron mermas. Doce meses más tarde, el porcentaje era de un 4,66% en positivo y lo mismo ha acontecido la pasada anualidad, con un 0,13% más de facturación que en 2013.

De las cifras del Cimso también se desprende que el precio medio por receta ha aumentado unos céntimos en estos tres años que se analizan. Al cierre de 2012 el valor medio por prescripción se situó en los 13,89 euros; en 2013 incrementó hasta los 14,22 de media anual mientras que el pasado año se estancó en los 14,24.

Cambio de tendencia

El punto de inflexión en la factura farmacéutica comenzó en Soria un año después de la aplicación del nuevo sistema de aportación del usuario en función de la renta.

En julio de 2013 se acumuló un 25,32% de facturación con un 23,61% más de recetas prescritas que en el mismo mes del año anterior cuando en junio se había experimentado una rebaja del gasto farmacéutico del 18,09%, con 21,80% menos de prescripciones. Hasta diciembre todas las variables del gasto crecieron en positivo a excepción de noviembre, con un 1,38% menos ingresado por recetas.

En 2014 las fluctuaciones, además de ser porcentajes, como máximo, del 5,75 tanto en negativo como en positivo, fueron más equilibradas y se cerró el ejercicio con medio año de rebajas y otro medio de subidas. Diciembre acabó con un 4,8% más de facturación, aunque fue marzo el mes con mayor acumulación en este sentido, del 5,75%. En el lado opuesto estuvo abril, con un 5,75% menos, seguido de octubre, con un 3,35%, según las cifras del Cimso.

En Castilla y León

El crecimiento del 0,13% en la facturación en Soria a lo largo del año pasado con respecto al anterior (unos 32.300 euros) puede parecer una minucia si se compara con el repunte experimentado en el conjunto de Castilla y León, donde el incremento fue del 2,69%, hasta los 541,2 millones de euros. Mientras, en el país el porcentaje fue del 1,95% al soportar una facturación de 9.362 millones de euros.

En cuanto al gasto medio por receta en la Comunidad se situó en 11,07 euros, un 0,95% más que en 2013, mientras que a nivel nacional fue de 10,78 euros (0,88% más). Estas cifras dejan a la vista que el gasto medio por prescripción en la provincia de Soria es, en el primer caso, casi 3,20 euros mayor y en el segundo, cerca de 3,50 euros más.

Cabe recordar que el copago farmacéutico introdujo por primera vez a los jubilados en este sistema.

S.L.O.

La emisión de recetas se mantuvo en los mismos niveles de 2013 durante el pasado ejercicio. LUIS ANGEL TEJEDOR

EN CIFRAS

2014

24,18
Millones de euros de facturación

1,698
Millones de recetas emitidas

2013

24,15
Millones facturados; un 0,13% menos que en 2014.

1,698
Millones de recetas; un 0,02% más que en 2014.

2012

24,92
Millones facturados; un 4,46% más que en 2013.

1,795
Millones de recetas; un 1,78% más que en 2013.

3,5€

Es el gasto medio más por receta que ha habido en Soria con respecto al conjunto del país, una cifra que se reduce a 3,20 si se compara con la Comunidad. En la provincia el pasado ejercicio cerró con una media de 14,24 euros de gasto por receta, mientras que en España la cifra fue de 10,78 y de 11,07 en Castilla y León. El año de la aplicación del Real Decreto Ley, en Soria la cifra media fue del 13,89; en 2013 se quedó en los 14,22 euros.

Copago. El Real Decreto Ley 16/2012 pretendía un ahorro del gasto farmacéutico con la introducción del copago con un doble objetivo: incrementar la aportación de los pacientes en los medicamentos financiados por la Seguridad Social y rebajar la factura que tienen que asumir las autonomías.

IDÍGORAS Y PACHI

LA CHISPA DEL DÍA

EL CUÉVANO

FERNANDO G. CÓRDOBA

Vencer al cáncer

NO PASÓ desapercibida la edición del pasado miércoles de DIARIO DE SORIA/EL MUNDO. La ocasión, qué duda cabe, lo merecía. Todas y cada una de sus páginas iban encabezadas con opiniones alusivas a lo que en esa jornada se conmemoraba que no era otra cosa que el Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer. No quiero dejar pasar la oportunidad de unir mi voz a las muchas, muchísimas que se alzaron para dar aliento a quienes lo padecen y tratar de concienciar a toda la sociedad de que la lucha contra esta enfermedad a la que, sin duda, vamos a vencer, es una lucha de todos, no solo de los afectados, sus familiares y los profesionales. En mi infancia y adolescencia el cáncer era una enfermedad a la que mirábamos casi con pánico. Lo único que sabíamos es que era prácticamente mortal de necesidad. Eso, afortunadamente, ya no es así. Por aquel entonces, las huchas de la AECC y los pequeños papelillos sujetos por un alfiler (las pegatinas llegarían más tarde) que nos ponían en un lugar visible de nuestro cuerpo eran prácticamente las únicas, junto a las de Cruz Roja, que veíamos en la calle; los lazos de colores en defensa y reivindicación de causas diversas llegarían bastantes años

> «La lucha contra el cáncer no es de este o aquel que la padece, es tuya y mía, es nuestra, es de toda la sociedad»

después. Aquellas huchas que recorrían las calles de pueblos y ciudades se llenaban, se siguen llenando hoy y han dado sus frutos. La lucha continúa pero, a juicio de los expertos, estamos ganándola hasta el punto de que dicen, más pronto que tarde se convertirá en enfermedad crónica pero no mortal. En gran medida esto ya es así. La lucha contra el cáncer son en realidad varias luchas. La individual que cada afectado se ve obligado a librar, y ganar, día a día y que debe afrontar desde la fortaleza que da la convicción de que es posible la victoria. Y está la lucha de sus seres más próximos. Y la de los profesionales y voluntarios que ponen su conocimiento, su esfuerzo, su estudio, su trabajo… al servicio de tan noble causa. Y, en fin, la lucha de toda la sociedad, porque no es de este o aquel que la padece; es tuya y mía, es nuestra, es de todos.

SALUD PÚBLICA CASOS EN ESPAÑA

EL SARAMPIÓN AÚN SIGUE MUY VIVO

Los brotes de esta infección siguen ocurriendo en España y otros países europeos por fallos en la vacuna

ÁNGELES LÓPEZ MADRID

Los españoles llevan más de 50 años recibiendo de forma sistemática vacunas. La primera en formar parte de un calendario de vacunación en 1963 fue la de la polio oral, a la que le siguieron dos años después la del tétanos, difteria y tosferina. No fue hasta 1978 cuando se empezó a inmunizar frente al sarampión y desde entonces no ha ...o sino ampliándose el número de vacunas que un niño recibe en su infancia.

Aunque en los últimos años se han producido casos de sarampión de forma esporádica, no fue hasta el brote de 2011 –1.759 casos en Sevilla y 3.500 en todo el país– cuando se tomaron algunas medi...las para cubrir las grietas de esta inmunización. «Antes la triple vírica [como se llama la vacuna frente al sarampión, parotiditis y rubeola] ...e ponía a los 15 meses y la segunda dosis entre los tres y los cinco años. Pero tras ese brote, se ade...antó la primera dosis a los 12 meses y la segunda a los tres años, aunque la Asociación Española de Pediatría (AEP) aboga por que se ponga lo antes posible la segunda dosis», explica David Moreno, coordinador del Comité Asesor de ...acunas de la AEP.

El adelanto de la inmunización disminuiría el número de personas expuestas al virus circulante, ...ue es muy contagioso. «El problema es que en la primera dosis un 5% de la población no respon...e a la vacuna, pero con la segunda inyección lo hace el 100%», señala Francisco Álvarez, médico de familia y secretario del mismo comité de la AEP. Esa falta de protección entre un pinchazo y ...tro expone a un grupo considerable de niños a una infección que puede ...enerar complicaciones como neumonías o encefali...is, que conduzcan a la muerte o a graves discapacidades sensoriales. Por este motivo, algunos países han adelantado esa segunda inoculación a los nueve meses, como es el caso de Francia. Este país, en el que el movimiento antivacunas tiene mucho peso, registró en ...011 un brote de 15.000 afectados.

ANÁLISIS DE LA SALUD INFANTIL EN 37 PAÍSES

FUENTE: Elaboración propia. Alejandro Villarreal / EL MUNDO

No sólo Francia ha sufrido brotes. En Europa, entre julio de 2013 y junio de 2014, se comunicaron 7.116 casos de sarampión, el 77,3% de los casos en Italia, Holanda y Alemania, según datos del Comité Asesor de Vacunas de la AEP, lo que hace peligrar el objetivo de la Organización Mundial de la Salud que se ha propuesto eliminar en 2015 la transmisión endémica de la infección.

Además del cambio en el calendario, para controlar el sarampión se requiere un mejor cumplimiento en la administración de la segunda dosis de la vacuna. «En 2013, varias comunidades presentaban una cobertura de vacunación por debajo del 90%, como Cataluña con un 86% o Castilla y León con un 88%, lo que significa una zona de inseguridad que necesita mejorar», afirma Moreno. Porque «si una persona no vacunada está en medio de muchas otras que sí lo están, no pasa nada. Pero si hay una comunidad con mucha gente sin vacunar, la propagación es muy rápida», aclara.

La mayoría de los brotes ocurridos en España en los últimos años «se dieron en colectivos marginales. Sólo uno de ellos, el del Albaicín, en Granada, se dio por motivos ideológicos [porque los padres vinculaban la vacuna con un riesgo para sus hijos]. Aquí hay pocos colectivos ligados a creencias religiosas que están en contra de la vacunación como sí ocurre en EEUU, tampoco el hecho de no vacunar se vincula con lo esnob», explica Javier Padilla, médico de familia con experiencia en Salud Pública y que ha hecho una revisión de los brotes de sarampión publicados entre 2003 y 2013.

Quizás lo que tiene más fuerza en España es que algunos padres se cuestionan el valor de la vacuna porque piensan que es innecesaria, que ya no existe la enfermedad, algo que se soluciona con información, según los especialistas. «Antes de que se introdujera la vacuna en el calendario, en España se daban 350.000 casos de sarampión y unas 50 muertes cada año. Si dejáramos de vacunar, volveríamos a ese contexto, es decir, se darían tantos casos como niños nacen», añade José María Bayas, presidente de la Asociación Española de Vacunología.

Para mejorar la protección frente a un virus que sigue circulando en Europa, los expertos sostienen que no hay que bajar la guardia y que se debe seguir haciendo promoción de la vacunación, sobre todo en aquellas CCAA que no tienen tan buenos números.

«El sistema de vacunación que tenemos es muy bueno. Falta desarrollar mecanismos para identificar grupos poblacionales no vacunados y hacer abordajes específicos para cada grupo. También que existiera mayor transparencia a la hora de incluir y excluir nuevas vacunas. Por otro lado, el que haya múltiples proveedores –sistema público y privado– dificulta los registros de los casos y saber quién está vacunado y quién no», se queja Padilla.

Las mejoras en el control del sarampión deberían ir acompañadas de una estrategia para proteger a los recién nacidos de la tosferina, que también genera brotes peligrosos para ellos. No obstante, los médicos consultados por EL MUNDO sostienen que no hay mucho más que mejorar más allá de los cambios mencionados. Y sostienen que nuestro calendario vacunacional ha mejorado sensiblemente con la inclusión, paulatina eso sí, de la vacuna del neumococo y la reducción de la edad a la que debe ponerse la del papilomavirus de los 14 a los 12 años.

GRIPE: UNA VACUNA FALLIDA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace cada año unas predicciones sobre qué cepas del virus de la gripe circularán en invierno. Este año la previsión no ha sido certera. Como explica José María Bayas, presidente de la Asociación Española de Vacunología, «la OMS tiene unos 86 laboratorios en todo el mundo para el aislamiento e identificación de los virus de la gripe, dos de ellos están en España, uno en Valladolidad y otro en Barcelona. Se recogen muestras respiratorias de personas con cuadros gripales y se observa la tendencia del virus. Esto se hace con meses de antelación, para poder preparar las vacunas, por lo que la predicción es relativa». En ese tiempo, los virus pueden mutar y no ser los mismos. Frente a la gripe, la vacuna suele incorporar tres cepas distintas, una del tipo B y dos del A. Este año las del tipo A son la H1N1 y la H3N2. «La que está circulando también es H3N2 pero es un *pariente lejano* a la de la vacuna. Es algo que puede ocurrir, la culpa no la tiene nadie sino los virus, a los que no se les puede pedir responsabilidades», aclara Bayas. A pesar de que esa variación hace perder eficacia a la vacuna frente a la gripe, este especialista afirma que la inmunización ofrece ventajas, pues reduce el riesgo de complicaciones. **Á. L.**

INFECCIÓN SE INICIÓ EN DISNEYLANDIA

MOVIMIENTO ANTIVACUNAS EN EEUU

El último brote de sarampión en el país abre el debate sobre la oposición de una parte de la población a la inmunización obligatoria

PABLO PARDO WASHINGTON
CORRESPONSAL

«Aunque respeto la libertad de elección de cada persona, tengo una responsabilidad más grande hacia mis pacientes. Por eso, esta oficina no acepta pacientes que hayan decidido no vacunar a sus hijos». John Goodman lleva ejerciendo la Pediatría desde hace más de 20 años. Hace unos 10 días pegó ese cartel en su consulta en Los Ángeles. «Los pacientes que no están vacunados presentan un peligro claro y directo. No es justo que un pequeño número de personas ponga en peligro a otras muchas, que no están vacunadas debido a su corta edad o a que tienen problemas inmunológicos», declaraba el jueves a *Los Angeles Times*.

La nota de Goodman tiene una razón de ser: en EEUU hay alrededor de 120 personas enfermas de sarampión en 14 Estados. Los últimos cinco casos aparecieron el jueves en Chicago. Todos ellos afectaban a niños menores de un año, demasiado pequeños para ser vacunados. En un detalle macabro, el brote comenzó en Disneylandia (California).

Las organizaciones médicas profesionales estadounidenses recomiendan que no se discrimine a las personas que no han sido vacunadas. Pero una encuesta realizada hace 10 años revelaba que el 40% de los profesionales de la Medicina en ese país sigue la pauta del pediatra californiano, aunque de forma más discreta. Y es que las personas con problemas de inmunodeficiencia –en ocasiones, provocadas por los propios médicos para evitar que el cuerpo rechace transplantes de órganos– o demasiado jóvenes para ser vacunadas pueden morir con algo tan simple como el sarampión. Es un regreso a la medicina anterior a la Revolución Industrial.

Rueda de prensa en Los Ángeles sobre el brote de sarampión. A la derecha, una vacuna
AFP/REUTERS

Y un regreso voluntario. Este brote de sarampión es consecuencia directa de un creciente rechazo a las vacunas en EEUU, donde cada vez más padres se oponen a vacunar a sus hijos por el temor –carente de base científica– de que la inmunización les provoque autismo u otras enfermedades mentales.

La legislación, muy respetuosa de los derechos individuales, ha aceptado tradicionalmente el rechazo a la inmunización por motivos «religiosos y filosóficos». Dentro del primer grupo se sitúan grupos como los amish, los menonitas y los cristianos científicos. Esas tres comunidades no llegan, juntas, al medio millón de miembros en un país de 316 millones de personas.

> ALGUNOS PADRES TEMEN QUE LA INMUNIZACIÓN CAUSE A SUS HIJOS AUTISMO U OTROS PROBLEMAS DE DESARROLLO

El problema actual comenzó en los 90, a medida que cada vez más gente de izquierdas –que no se fía de las intenciones de las farmacéuticas–, y de derechas –que cree que la vacunación obligatoria es una injerencia del Estado en la vida privada– decidió poner el calendario en 1795, un año antes de que Edward Jenner vacunara por primera vez a un niño contra la viruela. El punto de inflexión llegó en 1998, cuando el médico Andrew Wakefield publicó en la prestigiosa revista *The Lancet* un artículo sobre la supuesta relación entre la trivalente –que inmuniza contra el sarampión, las paperas y la rubeola– y el autismo. Aunque el estudio fue desmentido por *The Lancet* en 2010, ya era tarde para frenar el movimiento de rechazo.

El oportunismo de los políticos ha hecho el resto. En 2008, ni Hillary Clinton ni, sobre todo, Barack Obama respaldaron abiertamente la obligatoriedad de las vacunas. Ahora, ambos la apoyan, aunque varios presidenciables republicanos en 2016 han decidido que son peligrosas, o que su obligatoriedad viola los derechos individuales.

Resultado: hoy EEUU tiene un porcentaje de su población vacunada contra el sarampión inferior a, por ejemplo, Tanzania, según la Organización Mundial de la Salud.

ILDEFONSO HERNÁNDEZ

Las vacunas, cuestión de confianza

La vacuna del sarampión, junto a la mayoría de inmunizaciones infantiles, ha logrado extraordinarios beneficios para la población mundial. Hay fundamentos humanos y científicos suficientes, manifiestos y contrastados para que cuidemos esta acción nuclear de la salud pública. Cuando un porcentaje de la población se vacuna, la transmisión de la enfermedad se interrumpe quedando protegidos incluso los no vacunados. Los nuevos casos, de aparecer, no tienen cerca personas susceptibles a las que trasmitir la enfermedad. Esto se denomina inmunidad de grupo o de rebaño.

El pasado diciembre, una persona que visitó el parque Disneylandia en California causó un brote de casos de sarampión al contactar con muchas personas susceptibles. En EEUU se estaba consiguiendo eliminar la enfermedad y este paso atrás ha evidenciado la dificultad de alcanzar coberturas vacunales por encima del 92%, la tasa requerida para lograr la inmunidad de grupo. Esto ocurre allí, más por la renuncia de muchos padres a vacunar a sus hijos –hasta el 14% en algunas zonas acomodadas de California–, que por la falta de acceso de grupos sociales desaventajados, como ocurre en España. Este rechazo se basa en creencias o en la desconfianza por supuestos riesgos que carecen de fundamento científico. Sobran los motivos para la vacunación infantil, cuyos beneficios compensan ampliamente los riesgos y el coste.

Es anecdótico que en España haya padres que rechacen vacunar y, a pesar de algún brote relacionado con este rechazo, es poco probable que a corto plazo este fenómeno suponga un riesgo para la población. Pero cabe recordar que si baja la tasa de cobertura, no sólo estarán en riesgo los hijos de los padres que rechazan, lo estarán todos los niños más pequeños aún no vacunados y aquellos adultos que, por diversas razones, no se vacunaron y no padecieron la enfermedad de niños. Dada la alta cobertura en España (97%), la vacunación de la mayoría protege a los hijos desprotegidos por deseo de sus padres y al resto de la comunidad.

> «SOBRAN LOS MOTIVOS PARA LA VACUNACIÓN INFANTIL, PUES LOS BENEFICIOS COMPENSAN EL RIESGO Y EL COSTE»

La garantía de éxito de la vacunación infantil con altas coberturas requiere que las campañas integren información veraz, educación y comunicación. El incumplimiento por parte del Gobierno de España de la Ley General de Salud Pública o el que alguna comunidad autónoma haya desorganizado sus servicios de salud pública es un mal augurio. Sin inteligencia que guíe el gobierno de la salud, nuestro sistema de salud estará a merced de los bandazos de unas ambiciones industriales desmedidas y de algunos profesionales plagados de conflictos de interés ajenos a los de la salud de la población.

Ildefonso Hernández Aguado es presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

DIARIO INDEPENDIENTE

HERALDO DE SORIA

Año CXXI · Nº 40.251 · 1,30 €

Lunes, 9 de febrero de 2015

Jornada de las Águedas
San Esteban de Gormaz celebra el día de las mujeres
PÁG. 13

Espacio Joven La Clave
Supera el millar de usuarios y en dos años duplica el número de plantilla
PÁG. 10

Territorio de truficultura
La trufa negra se encuentra ahora en el momento álgido
PÁGS. 6-7

Asovica inaugura su residencia el 16 de febrero

SORIA. La Asociación Virgen del Camino de Familiares de Enfermos Psíquicos (Asovica) inaugurará de forma oficial su nueva residencia el próximo lunes 16 febrero. En funcionamiento desde principios del pasado mes de noviembre, el centro, perteneciente a la red regional, cuenta con una superficie de 2.500 metros cuadrados que se distribuye en 38 habitaciones (dos de ellas dobles).

Hay cuatro módulos (cada uno diferenciado por un color y un símbolo) de seis habitaciones individuales y otros dos módulos de ocho estancias con una sala de estar dotada con cocina para que, si se desea, pueda prepararse un tentempié. Con un coste de construcción de 3,4 millones de euros, fue sufragado al 70% (Junta de Castilla y León) y 30% (Asovica), equipamiento a parte, el proyecto ha contribuido a crear 15 puestos de trabajo entre cuidadores y educadores, y otros 15 para personas con enfermedad mental dentro de los distintos centros especiales de empleo que gestiona Asovica y su fundación hermana Fadess de Ayuda al Discapacitado Psíquico de Soria.

Asovica ha invertido seis años de trabajo en este proyecto que, un mes después de su apertura, ya había conseguido ocupar la mitad de sus plazas disponibles. El centro se ha planteado como de gestión autosuficiente. Las labores de limpieza, lavandería y cocina se realizan desde los centros especiales de empleo de Asovica y Fadess.

S.A.

Viernes, 6 de febrero de 2015

El Área de Salud atiende a 89.974 pacientes, 650 menos que hace ocho años

Soria Norte y Sur y Ólvega suman nuevas tarjetas y los pueblos las pierden PÁG. 3

194 testamentos vitales en Soria desde 2008. De los 6.115 testamentos vitales inscritos desde que se puso en marcha el registro en 2008 hasta el 31 de diciembre de 2014 en la región, 194 son de Soria.

El copago farmacéutico apenas permite ahorrar en Soria 738.800 euros

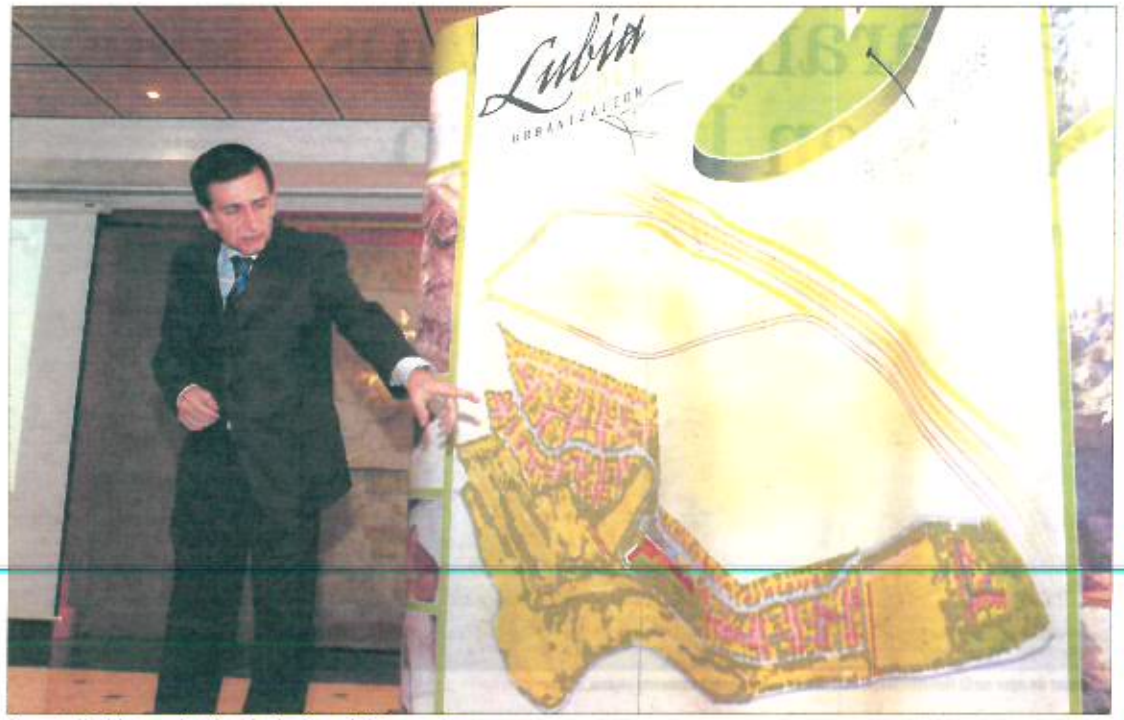
En los 2,6 años de vigencia el precio medio por prescripción ha crecido hasta los 14,2 euros

El copago farmacéutico no ha conseguido en Soria todo el ahorro que pretendía Sanidad con su implantación ya que únicamente han sido 738.800 euros en dos años y medio de vigencia. PÁG. 4

Página

EL HUMOR DE **NAVAS**

El copago apenas supone ahorro para Sanidad. El ahorro conseguido desde 2012, cuando entró en vigor el copago, apenas llega a los 738.800 euros, y casi todo fue en ese primer año.



Presentación del campo de golf y urbanización en Lubia. VALENTÍN GUISANDE

Lo que la crisis se llevó del mapa

Buena parte de los complejos de construcción privada más ambiciosos anunciados en 2006 y 2007 caen en el olvido por la falta de financiación a pesar de la ilusión de los ayuntamientos

T. C. SORIA

La crisis ha varado algunos de los proyectos más destacados para Soria no sólo desde el plano público, sino también desde el privado. En los últimos días se supo que la ausencia de clientes y socios deja en el aire, al menos de momento, las aspiraciones de la red Cyiog en Almenar y Navalcaballo quedándose en manos públicas y con el primero de los centros todavía sin desarrollar. Pero otras iniciativas ni siquiera han logrado encontrar a esos inversores privados con los que se hubiesen desarrollado, y se han quedado en meras presentaciones con apoyo público.

El hospital privado y la urbanización anexa en El Burgo de Osma; las casi 400 viviendas y el campo de golf en Lubia; la residencia para enfermos de alzheimer en Trébago; el hospital privado de Santa María de Huerta (se llegó a ver una excavadora); o el campo de golf con su correspondiente urbanización en El Burgo son algunas de estas iniciativas truncadas antes de ejecutarse. En los años 2006 y 2007 la actualidad llegó copada por grandes proyectos privados y buena voluntad por parte de los ayuntamientos receptores. El año 2015 muestra cómo la crisis y la falta de inversores los dejó en nada.

Uno de los casos más sonados fue el del hospital privado de El Burgo de Osma y las viviendas que lo acompañarían para una recuperación más cómoda de los pacientes. En diciembre de 2006 saltaba una de las noticias en apariencia más positivas para la comarca. La empresa Medical Care Comfort tenía previsto invertir la friolera de 130 millones de euros.

Además del hospital, el complejo contemplaba un hotel para familiares y personas que acudiesen a pruebas diagnósticas, un área para rehabilitación, espacios comerciales y 245 unifamiliares construidas desde el punto de vista de las necesidades de los pacientes. No obstante la cifra de empleo previsto y su cualificación eran quizás lo más esperado: 241 puestos, con un centenar de médicos y 141 enfermeros.

La presentación fue todo un acontecimiento. El Ayuntamiento de El Burgo facilitó los terrenos para que en 2008 comenzase la construcción y en 2011 el servicio mientras Medical Care Comfort buscaba socios. No los encontró.

En 2013 se conocía el embargo y la salida a subasta de las parcelas, no por no haberlas utilizado sino porque la empresa ni siquiera pagó el IBI. Los esperados 130 millones de euros se quedaron en una salida al mercado de 33.000 euros. La última vez que este medio contactó con la empresa, fue increpado.

Recreación del complejo de golf de El Burgo. VALENTÍN GUISANDE

PÚBLICO-PRIVADO

En el caso del campo de golf de Lubia, la empresa zaragozana Metrópoli Moderna presentó un proyecto para construir 395 viviendas y un hotel de 50 plazas junto al espacio deportivo, lo que apenas representaba un 10% de las más de 46 hectáreas facilitadas para el proyecto. Se presentó en 2007 después de siete años de trabajo interno por parte de la pedanía y del Ayuntamiento de Cubo de la Solana. La idea era que el campo fuese de titularidad pública y las viviendas un proyecto empresarial.

Se confió en que para 2012 estuviese en marcha, generando 34 empleos directos. Se constituyó además la empresa Lubia Golf para gestionar los activos. Su última noticia data de 2011, con el depósito de las cuentas anuales. El esperanzador proyecto tiene hoy mucho de campo, y poco de golf.

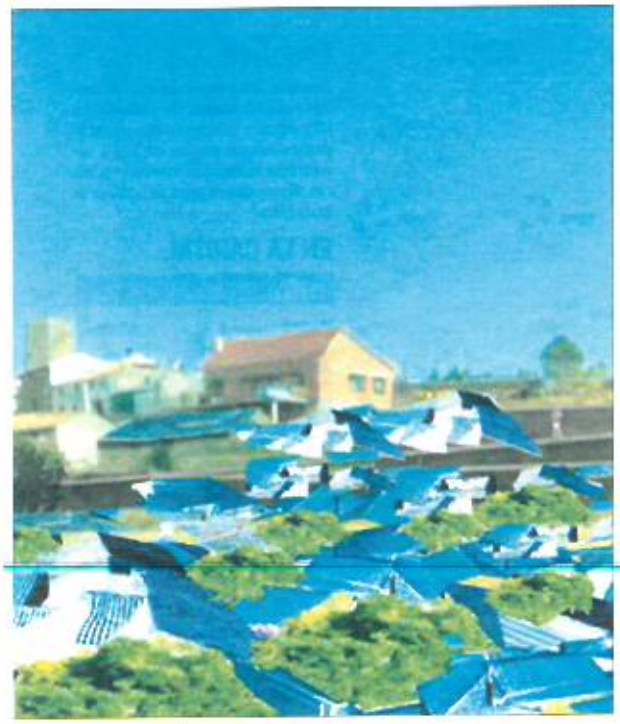
DATOS

510.000.000 €

Inversiones. Las inversiones previstas para estos proyectos sumaban más de 500 millones de euros, a lo que habría que sumar importes no concretados como el de la residencia de Trévago.

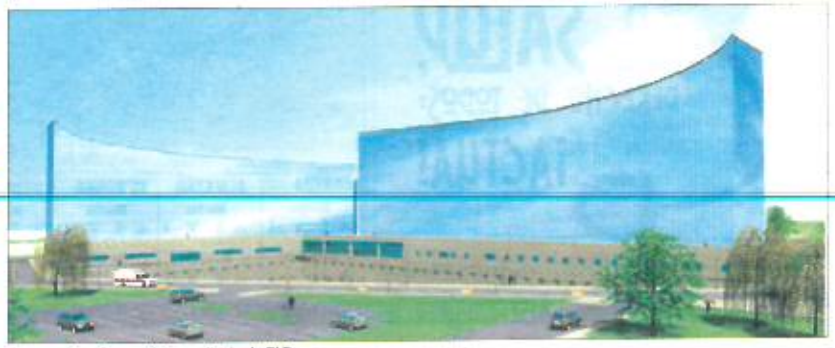
600

Empleos. Las previsiones de empleo de estos cinco proyectos superaban el medio millar, muchos de ellos cualificados y sobre todo pertenecientes al del sector asistencial y el de la medicina.



Tejados con placas solares en la recreación de los 'bungalow' de la residencia de enfermos de alzheimer en Trébago. AFAL

Hospital 'tipo' que se preveía instalar en Santa María de Huerta. MEDICAL CARE COMFORT



Recreación del complejo sanitario de El Burgo. MEDICAL CARE COMFORT

La residencia de enfermos de alzheimer de Trébago es un caso distinto, puesto que se acabó ejecutando un proyecto similar al presentado, pero en Madrid. En la legislatura que arrancó en 2007 el entonces Concejo Abierto mostró su interés por construir una residencia de ancianos al uso, pero la falta de ayuda pública frenó la idea. Entonces apareció Afal.

La intención de la empresa era crear unifamiliares adaptadas a los enfermos de alzheimer con servicios específicos, de forma que mantuviesen cierta independencia y viviesen en una urbanización más 'amable' que las residencias habituales. El Ayuntamiento adquirió 25.000 metros cuadrados para cederlos, eso sí, condicionándolo a que se ejecutase.

Cuando llegó la hora de dar el sí definitivo, poco más se supo de la empresa. Posteriormente construyó un centro en Madrid y dejó a Trébago con los terrenos y unas coloridas recreaciones en la mano. Afal está en la actualidad en procesos judiciales por, presuntamente, apropiarse de bienes de los ancianos que tutelaban. De la residencia de 22 plazas y los 36 bungalows en la provincia no se supo más.

El hospital privado de El Burgo no fue el único anunciado para la provincia, puesto que también se comprometió otro centro sanitario en Santa María de Huerta. En este caso el proyecto se presentó en 2006 con la intención de que en 2008 estuviese en marcha la primera fase. La empresa Atrio Inversiones era la encargada de ejecutarlo. También en este caso el Ayuntamiento hizo lo posible para que la inversión, de 60 millones de euros, se convirtiese en una realidad. En total, se cedían 75.000 metros cuadrados para el hospital y 25.000 para la urbanización.

El complejo iba a incluir un centro sanitario de 300 habitaciones con 10 quirófanos, 18 viviendas para recuperación de enfermos, una zona de restauración y 100 viviendas unifamiliares. Una retroexcavadora llegó para explanar la parcela y comenzar los trabajos. Desde entonces, no ha habido noticias, al parecer por falta de inversores.

El campo de golf de El Burgo de Osma fue otro de los proyectos que se recibieron con ilusión en los municipios pero que la crisis privada dejó en la memoria. En este caso la inversión superaba todo lo visto en la provincia, alcanzando los 300 millones de euros. Se presentó en diciembre de 2006 y estaba previsto que estuviese listo para 2010, vinculando la construcción de viviendas a la creación previa del espacio deportivo.

La promotora El Enebral de Osma, de socios burgenses y riojanos, contemplaba unas cifras de vértigo: 250 empleos durante ocho años, 1.652 viviendas colectivas, 470 adosados, 80 unifamiliares independientes, 27 hoyos de golf divididos en tres recorridos de nueve hoyos, 446 hectáreas (222 de reserva forestal, 99 residenciales y 116 de campo de golf) y la certificación para albergar competiciones internacionales eran sus señas de identidad en el momento de presentarse. Obtuvo la declaración de impacto ambiental favorable y no registró alegaciones.

A mediados de 2011, y ante el «bloqueo absoluto» a la financiación de actividades inmobiliarias en España, la promotora se puso en contacto con inversores de países árabes. El proyecto gustó, pero la delicada situación económica de España, en especial de la prima de riesgo, mermaron la confianza de los interesados. Finalmente, no se llegó a un acuerdo y el campo de golf sigue siendo sólo un proyecto.

En definitiva, se trata de proyectos a los que la administración local facilitó su asentamiento en la medida de lo posible, pero que la inversión privada finalmente no pudo acometer. En total, llegaron a comprometerse más de 510 millones de euros y alrededor de 600 empleos. La crisis -en especial con la falta de financiación- y los planteamientos iniciales no casaron bien. Pudieron ser referentes. Hoy son terrenos vacíos.

El hospital privado de El Burgo aspiraba a dar empleo a 241 sanitarios

CINCO PROYECTOS SIN DESPEGUE

Hospital de El Burgo. Un gran centro con 245 unifamiliares y presupuestado en 130 millones de euros pretendía emplear a 241 sanitarios.

Campo de golf de Lubia. Contemplaba el campo público complementado con 395 viviendas de promoción privada. Generaría 34 puestos de trabajo.

Residencia de Trébago. Además del edificio, sumaría 35 unifamiliares adaptadas a enfermos de alzheimer y sería un centro pionero. Al final, se optó por un centro convencional en Madrid.

Hospital de Huerta. 100 unifamiliares, 18 viviendas de recuperación, 30 habitaciones, 10 quirófanos y 60 millones de euros fueron las cifras más destacadas. Se llegó a trabajar en explanar la parcela cedida.

Campo de golf de El Burgo. Más de 2.000 viviendas entre colectivas y chalets y 4.546 hectáreas para una inversión que se cifró en 300 millones de euros. No llegaron socios para la inversión esperada.

PAMA
CENTRO MEDICO PAMA S.L.P
Oftalmología,
Cirugía oftalmológica,
Traumatología,
Artroscopia,
Juanetes, etc...
Ginecología,
Urología,
Vasectomía,
Ecografía
975 22 80 52
C/ Ronda Eloy Sanz Villa, 2
«Siempre pensando en su salud»

SANIDAD DETECCIÓN PRECOZ

DESTAPAR EL CIBERACOSO EN LA CONSULTA

Una guía orientará a los pediatras para que detecten y actúen frente a estos ataques a menores

CLARA MARÍN MADRID

El ciberacoso constituye una realidad reciente que afecta principalmente a los adolescentes, con una incidencia que crece año tras año. Hoy día, los menores acceden a Internet a edades cada vez más tempranas: a los 13 años, más del 75% de los adolescentes tiene ya un teléfono móvil, y el 40% de los menores de entre 9 y 13 años de edad tiene perfiles en las redes sociales.

Dada la complejidad de este tema y el desconocimiento que todavía le rodea, la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), el Ministerio de Industria y el Hospital de La Paz, ha creado una guía clínica sobre el ciberacoso para profesionales de la salud que presentó ayer.

Los pediatras son la puerta de entrada al sistema sanitario para niños y adolescentes, y son precisamente ellos –además de los educadores– los primeros consultados. María Angustias Salmerón, pediatra en la unidad de adolescencia del Hospital Universitario La Paz y coordinadora de la publicación, explica que esta guía se gestó cuando empezaron a llegar a su consulta casos de ciberacoso y se dio cuenta de la poca bibliografía que existía.

Es de este vacío del que surge este documento que pretender ser muy práctico, para que los profesionales de la salud sepan cómo dar respuesta a este problema que, recordemos, tiene importantes repercusiones clínicas debido al alto riesgo de depresión e incluso suicidio que padecen las víctimas. «El principal problema del ciberacoso es que los adolescentes se mueren por esto», expresaba Salmerón.

Según la pediatra, la patología del ciberacoso es muy confusa y variable desde el punto de vista médico. «Los adolescentes no llegan diciendo que sufren ciberacoso; vienen porque les duele la cabeza, o la barriga, o porque tienen problemas para dormir», comentaba. La alarma debe saltar cuando estos problemas son muy intensos o muy prolongados en el tiempo, o cuando se trata de menores a los que se les han realizado muchas pruebas y no se encuentra nada.

Así, el pediatra debe de estar alerta ante cualquier síntoma que pueda ser psicosomático, porque, tal y como queda reflejado en la guía, cualquier síntoma recurrente y/o inexplicable puede ser un signo de alarma de estar sufriendo *ciberbullying*.

La presidenta de Alzheimer Soria, María Cruz Garrido, posa junto al resto de premiados y autoridades. BBVA

BBVA apoya con 10.000€ a los familiares de Alzheimer de Soria

'Terapias e investigación a través del arte' fue propuesto por los empleados

SORIA

El BBVA apoyará con 100.000 euros diez proyectos solidarios propuestos por sus empleados en Castilla y León para favorecer sus desarrollo. Entre las iniciativas solidarias seleccionadas figura el proyecto presentado por la Asociación de Familiares de Alzheimer de Soria y que está denominado 'Terapias e investigación a través del arte', según informaron desde la entidad bancaria.

Los programas seleccionados en la iniciativa de 'Territorios solidarios', que recibirán cada uno 10.000 euros, están vinculados, sobre todo, a la discapacidad, la atención a los enfermos y a familiares y el apoyo de personas en riesgo de exclusión social.

La tercera edición de este programa que se enmarca en el área de Responsabilidad Corporativa del banco, busca acercar la labor de la entidad a la sociedad pero también implicar a sus empleados en la asignación de recursos. Un total de 45 trabajadores realizaron apadrinamientos de alguno de los proyectos aunque fueron elegidos los diez más votados entre la plantilla de BBVA en la Comunidad, que ronda el millar de empleados. El director territorial de la zona noroeste de BBVA, Juan Carlos Hidalgo, destacó la alta participación de la plantilla puesto que el 67 por ciento de los trabajadores votó alguno de los proyectos presentados. A su juicio, el programa sirve para conocer el lado más solidario de los trabajadores del banco puesto que algunos son voluntarios de estas propias asociaciones pero también para "democratizar" la acción social de la entidad ya que la mayor parte de los proyectos galardonados tiene un ámbito local o regional.

DIARIO DE SORIA. MIÉRCOLES 11 DE FEBRERO DE 2015

SALUD EPIDEMIA

VARAPALO A LA META DE ERRADICAR EL ÉBOLA

Los entierros clandestinos en Sierra Leona disparan los casos en la región

EL MUNDO

A pesar de que todo parecía indicar que la epidemia por ébola estaba remitiendo, el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene a traer sombras sobre una infección que lleva 13 meses generando miles de afectados y muertes. Según estos datos, Sierra Leona ha registrado 80 de los 124 nuevos casos, Guinea 39 y Liberia el resto.

Parece que la clave de ese aumento de casos está de nuevo en los entierros clandestinos. Así lo constató David Nabarro, enviado especial de la OMS para la lucha contra el ébola, quien señaló que «los rituales funerarios son ahora la forma más común de contagio». Este experto ha advertido sobre las prácticas de contacto con las que las comunidades locales intentan que el espíritu de un muerto parta en paz.

Aunque se está en el buen camino, «necesitamos estar vigilantes porque todavía hay bolsas de infección», explicó.

La infección por el virus del ébola ha generado ya la muerte de casi 9.000 personas desde diciembre de 2013, fecha en la que se data el primer caso en un niño de dos años, pero son muchas más, casi 22.500, las que han caído enfermas por este brote.

Tal y como explica la OMS en su página web, al acercarse la temporada húmeda, hay una necesidad urgente de poner fin al brote en un área tan amplia como sea posible, especialmente en áreas remotas cuyo acceso se hará más difícil con las lluvias. Como ha explicado Bruce Aylward, representante especial de la OMS para el ébola, el virus ha dicho «alto y claro» cuáles son sus intenciones: «Todo lo que tengo que hacer es sobrevivir unas semanas o meses, hasta que lleguen las lluvias, y entonces váis a tener una situación muy, muy complicada».

El férreo control necesario frente al virus está en riesgo por los límites presupuestarios de las agencias internacionales. Según ha reconocido Aylward, sólo disponen de fondos para los 800 expertos que hay sobre el terreno «hasta finales de febrero».

Sáez pide a los médicos que receten «sin restricción» contra la Hepatitis C

El consejero envía hoy una circular a los servicios de Digestivo en la que les que indica que sigan criterios clínicos y prescriban cualquier tratamiento al margen del coste, incluso el Sovaldi

A. C. VALLADOLID

El consejero de Sanidad de Castilla y León, Antonio Sáez, enviará hoy una circular a los responsables de los servicios de aparato digestivo de la Comunidad indicándoles que «receten todos los tratamientos para la Hepatitis C sin restricciones económicas», incluyendo el polémico y costoso fármaco comercializado bajo el nombre de Sovaldi.

Este escrito servirá como recordatorio de lo que el consejero y los médicos especialistas aseguran que lleva siendo la tónica de Castilla y León desde que este medicamento se aprobó: que se debe prescribir atendiendo a criterios clínicos.

En la circular les recuerda que apliquen el protocolo establecido para los pacientes diagnosticados de Hepatitis C y que intenten priorizar, como ya se hace, el acceso a nuevos medicamentos a los casos más graves para los que este medicamento de nueva generación esté indicado.

Precisamente señaló que el protocolo establecido en Castilla y León es «un poco más amplio» en las indicaciones y aseguró que recomendó a los médicos que intenten priorizar los casos más graves para incorporar nuevos medicamentos si es oportuno.

En cualquier caso, Sáez añadió que comprende que la Plataforma de afectados quiere que se hagan las cosas más rápido, algo que intentarán hacer, pero insistió en que las indicaciones se toman con criterios clínicos, informa Europa Press.

Tras el encierro protagonizado la semana pasada por varios pacientes durante tres días en el Hospital Clínico, el colectivo ha convocado una concentración el 14 de febrero al mediodía en la plaza Fuente Dorada para que la ciudadanía de Valladolid muestre su apoyo a estos enfermos de Hepatitis C.

Por otro lado, el consejero calificó de «razonable» e «inteligente» la decisión del Ministerio de suprimir el copago hospitalario ya que, en su opinión, la medida no tenía sentido terapéutico, no debía ser disuasoria y no aportaba en términos de reducción del gasto. «Al afectar a pacientes graves es muy razonable e inteligente por parte del Ministerio», insistió.

Precisamente Castilla y León fue una de las comunidades autónomas que presentó un recurso contra el copago hospitalario una vez que el Ministerio estableció la medida y que desde el principio consideró que no era una iniciativa adecuada por lo que no llegó a aplicarla.

Sáez califica de «razonable» e «inteligente» la retirada del copago

Sáez, que acudió ayer a un acto de la Asociación contra el Cáncer en Valladolid, se refirió de nuevo a las demandas de la Plataforma de Afectados por la Hepatitis C de Valladolid. Tras recordar la reunión que mantuvo con este colectivo la semana pasada, señaló que la Junta ya explicó que su compromiso pasaba por que no hubiera restricciones de carácter presupuestario para incorporar pacientes a nuevos tratamientos.

LA JUNTA DEFIENDE LA «BUENA» ATENCIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El consejero de Sanidad aseguró que la situación de los cuidados paliativos en Castilla y León es «buena» y recordó que no sólo se presta a través de la Atención Especializada, sino también de la Primaria.

Sáez Aguado se refirió así a un estudio realizado por esta entidad que pone de manifiesto la diferencia en el acceso a estos cuidados en función de la comunidad.

A este respecto, el consejero, en declaraciones recogidas por Europa Press, incidió en que en Castilla y León hay unidades de cuidados paliativos y de soporte domiciliario en todas las provincias.

El presidente de la AECC en Valladolid, Javier Arroyo, el premiado Pedro Vizán, la presidenta de la AECC, Isabel Oriol, y el consejero Antonio Sáez. ICAL

La AECC beca una investigación sobre células madre

Premia con 135.000 euros al doctor Pedro Vizán, que realiza su estudio en Barcelona

VALLADOLID

La Asociación Española Contra el Cáncer en Valladolid entregó ayer su beca de investigación oncológica a Pedro Vizán por su estudio sobre las células madre del cáncer, por un importe de 135.000 euros, para «atacar» las células madre de algunos tumores, encargadas de su expansión, según explicó el propio doctor.

Momentos antes de la entrega la presidenta de la AECC, Isabel Oriol, recordó que la investigación científica es la base para «poder vencer al cáncer». Para ello, la AECC dedica en estos momentos 28 millones de euros a proyectos de investigación aportados «euro a euro» por la sociedad española.

En estos términos, el consejero de Sanidad, Antonio Sáez, recordó que en Castilla y León se han dado pasos para fomentar la investigación científica y en los programas de prevención y detección precoz del cáncer, como es el caso del de colorrectal.

Además, indicó que desde el punto de vista asistencial también se han dado pasos con la incorporación de nuevas tecnologías.

La Beca de Investigación Oncológica, concedida por la AECC de Valladolid a través de su Fundación Científica, tiene un importe de 135.000 euros, que recibió ayer el doctor Pedro Vizán Carralcázar por su proyecto *Estudio de la función de la proteína Phf19 durante su desarrollo y el cáncer*, que se desarrollará durante los próximos tres años en el Centro de Regulación Genómica de Barcelona, informa Ical.

El investigador ha explicado que el trabajo que realizan consiste en estudiar células madre del cáncer, aquellas que controlan el tumor, de manera que se las pueda entender y así atacarlas, sin tener que hacerlo de una forma indiscriminada con todas las células, sino solo a las responsables de metástasis o recrudecimiento de la enfermedad.

En concreto, la investigación se centra en cánceres de escamosos, epitelios, como piel o bucal, dado que en ellos hay muchas células madre que se pueden atacar y estudiar, informa Europa Press.

Isabel Oriol aseguró que para la AECC, como representante de la sociedad civil, es una «responsabilidad» aportar a la estructura científica del país, que a su juicio es «la base de una sociedad desarrollada». Además, incidió en la necesidad de hacerlo en materia de lucha contra el cáncer porque la investigación es lo que en última instancia lo va a poder vencer, prevenir, diagnosticar pronto, cronificar o curar.

> BIG DATA

La comunidad de salud digital premiada por Harvard

ConsultaClick ofrece un servicio integral de salud por Internet que engloba gestión de citas 'online', telemedicina y formación en las nuevas tecnologías. Por **D. J. O**

Con un equipo de más de 50 personas a sus espaldas, el portal Consultaclick, encabezado por, Ester Lindoso y por el licenciado en Administración de empresas, Sergio Ramos, busca ir un paso más allá de convertirse en un portal de citas médicas *online* que, en tan sólo tres pasos, permite una visita con su especialista más cercano en cuatro países.

«No es solamente un portal de citas médicas *online*. Desde esta *startup* española gestionamos un portal de salud donde cientos de médicos y profesionales del sector escriben a diario sobre medicina, salud y bienestar», explica Lindoso. «Para ello, contamos con un equipo especializado en comunicación y marketing *online* que acerca los contenidos médicos a los pacientes para que mejoren su conocimiento en estos temas», añade.

Una comunicación que pretenden llevar un paso más allá al promover una comunicación médico-paciente más directa e inmediata de lo que marcan los estándares actuales. Para ello, permiten que los visitantes de su portal puedan enviar dudas y preguntas de forma directa a los profesionales del ramo. «La idea es que tengan la oportunidad de comunicarse con el médico desde el teclado de un ordenador o un *smartphone* o *tablet*», indica Lindoso.

Más allá de la prestación de un servicio de gestión y atención sanitaria, el camino hacia el éxito que se ha marcado Consultaclick pasa por la creación de un sentimiento de comunidad digital entre sus internautas.

«Ayudamos a divulgar la información de salud y médica desde redes sociales como Facebook, donde nuestro proyecto fue pionero en España en esta red social», presume Lindoso. Una táctica aparentemente acertada si tenemos en cuenta su comunidad global con más de 250.000 seguidores en esta red de Zuckerberg.

Dentro de su estrategia de creación de una comunidad, Consultaclick dedica parte de sus esfuerzos a enseñar a sus profesionales asociados cómo beneficiarse de Internet en su trabajo. «La formación es una constante en nuestro proyecto. Hemos acompañado el crecimiento formativo de cientos de médicos por toda España, facilitando conocimiento y experiencia de uso con el objetivo de que los profesionales sepan actuar con diligencia, cercanía y en un entorno de seguridad y privacidad», comenta Lindoso. «Además», prosigue, «impartimos conferencias en másters de la Facultad de Medicina de Córboba, de Alcalá de Henares y en la EOI».

Además, en Consultaclick han desarrollado un área de telemedicina que facilita el envío de archivos multimedia como una imagen a un profesional médico. «El paciente captura una instantánea de su problema y mediante su teléfono móvil la envía a la plataforma, donde un médico puede valorarla y recomendar al paciente sobre la mejor vía de actuación», explica Lindoso. «Con esta aplicación», prosigue, «hemos ayudado a resolver problemas de salud a pacientes de países lejanos, cómo por ejemplo algunos de bebés en Kosovo».

En definitiva, ConsultaClick se configura como referente de *e-salud* que engloba herramientas como la cita médica *online*, la telemedicina, la formación de salud 2.0 a los profesionales, la gestión de la comunicación médica en redes sociales, la comunicación de salud online y la gestión de la relación del paciente con tecnologías de gestión en la nube. Un abanico de servicios que pueden disfrutar ciudadanos de cuatro países: España, Brasil, Rumanía y Portugal.

GRAN REPUTACIÓN

Este portal de citas médicas 'online' ha recibido numerosos galardones tanto a nivel nacional como internacional. El más destacado de ellos, fue el premio al Mejor Proyecto Internacional de eHealth del prestigioso Harvard Business School de Estados Unidos. Además, también han resultado reconocidos como el Proyecto de Mayor Impacto Social en Europa del Este por la escuela de negocios INSEAD.
Otro de sus galardones más destacados fue el premio Proyecto Cátedra Internacionalización concedido por La Caixa.
Por último, también resultaron premiados como la mejor web en la categoría del ámbito de la salud durante dos años consecutivos por la empresa Metrix Lab y como la mejor web del año 2014.

Los socios fundadores de Consultaclick , Ester Lindoso y Sergio Ramos, en las instalaciones de la empresa en Madrid. / SERGIO GONZÁLEZ VALERO

TENDENCIAS TIENDAS

eBay

La web se alía con Proxibid para ofrecer subastas en tiempo real de bienes industriales como tractores. Por **M. C.**

Subastas en vivo. Hace ya un tiempo que eBay abrió la puertas a las casas de subastas tradicionales. La empresa, que compite directamente con la industria desde su plataforma *online*, quiso ofrecer a sus usuarios la oportunidad y la experiencia de pujar por piezas de arte de primera clase sin tener que levantarse del sofá. Ahora ha dado un paso adelante hacia un sector más olvidado, el industrial. eBay ha anunciado su colaboración con la empresa Proxibid para lanzar un servicio de subastas en tiempo real de tractores, fresadoras o extrusoras. El equipamiento pesado se vende así al mejor postor en internet.

Colaboración enriquecedora. La asociación entre ambas compañías tiene como objetivo acercar la compra de equipos pesados, maquinaria industrial, agrícola, tractores, coches o camiones a un público más amplio. Por un lado, eBay amplía su mercado genérico a la categoría industrial, mientras que provee un escaparate global para Proxibid con una audiencia de «155 millones de comparadores activos».

EL MUNDO

Por otro lado, Proxibid, con más de 85.000 subastas a sus espaldas, aporta al renombrado *marketplace* su «sofisticado abanico de herramientas y conocimiento de la industria», según destaca el presidente y CEO de la compañía, Ryan Downs, en el comunicado de prensa. Esta unión promete un alcance global que ofrecerá a los vendedores *online* «una forma única de liquidar sus bienes».

Experiencia y seguridad. Los eventos se anunciarán en las dos empresas y permitirán a los compradores *online* participar en subastas tradicionales en vivo a través de apuestas en tiempo real. Tanto eBay como Proxibid cuentan con una vasta experiencia en el sector industrial, pero con esta colaboración esperan poder dar a los vendedores «más opciones» en la búsqueda del mejor retorno a sus activos. El *marketplace* de eBay ofrecerá una entrada virtual a subastas de cualquier punto del planeta. Los compradores podrán apostar con total tranquilidad, ya que las transacciones están respaldadas por las políticas de protección industrial de eBay.

>PERSONAJES ÚNICOS / **ALMUDENA RAMÓN CUETO**

Ha sido la primera científica que ha descubierto cómo reparar la médula espinal dañada en las personas parapléjicas. Es vallisoletana y la aplicación de su técnica ha logrado que una persona vuelva a caminar. Por **E. Lera**

Discípula de Ramón y Cajal

Es brillante, le apasiona la ciencia, las matemáticas y no concibe una sociedad que no apueste por el conocimiento. Por eso decidió estudiar Medicina y, después, apostar por el camino de la investigación. Y cuando comenzó esta andadura Almudena Ramón (Valladolid, 1963) nunca pensó que llegaría tan lejos.

Desde muy pequeña, siempre tuvo claro que quería ser médico, aunque, también le tentaron las carreras de Matemáticas y Exactas, por su pasión por los números y la lógica. De hecho, comenzó ésta última, pero a lo pocos meses la abandonó para cumplir con su sueño de niñez.

Además de su vena científica, Ramón estudió la carrera de piano en el Conservatorio de Valladolid. «La música siempre ha marcado mi vida, es mi particular forma de evasión», explica esta científica que lleva una carrera de Premio Nobel.

Tras muchos años investigando y publicando sus resultados en las mejores revistas internacionales, esta vallisoletana puede colgarse la medalla de ser la primera científica española que ha descubierto cómo reparar la médula espinal dañada en las personas parapléjicas.

Almudena Ramón, en las instalaciones del CIMERM. / EL MUNDO

Y no solo eso, es que sus investigaciones ya están probadas en ratas, perros, cerdos y primates. Además, gracias a su técnica, el científico Geoffrey Raismun ha logrado que un paciente parapléjico vuelva a caminar después de haber recibido una puñalada que seccionó su médula espinal. Un paso de gigante que puede abrir una ventana esperanzadora a muchas personas que están en esta misma situación.

¿Cómo? Trasplantando glia envolvente del bulbo olfatorio a la médula espinal consiguiendo así la regeneración de los nervios dañados y la recuperación de la función motora y sensitiva. «El sistema nervioso es similar a un complejo circuito eléctrico en el que las neuronas dan las órdenes y hacen de interruptores y los nervios de cables que las trasmiten mediante impulsos eléctricos haciendo que funcionen los órganos», indica Ramón, quien agrega que en las lesiones medulares lo que se daña es «el cable», el nervio que conduce la información.

Asimismo, Ramón marcó otro hito en 1994, cuando consiguió que los axones periféricos se regenerasen dentro de la médula. Estos resultados, a su juicio, son «muy útiles» para aquellas personas que han sufrido arrancamientos de los nervios, es decir, que tienen una tracción grande en un brazo o una pierna y los nervios se rompen.

Este primer paso fue «clave» para que Almudena Ramón comenzara a estudiar la lesión medular. De aquellos polvos estos lodos. Ahora la doctora vallisoletana está embarcada en la aplicación de la terapia regenerativa medular en el Centro de Innovación Médica en Regeneración Medular (CIMERM), en el Hospital IMED de Elche.

> **«Es** triste que tengamos que perder científicos por falta de oportunidades»

Este tratamiento es «individualizado». «No hay dos pacientes con la misma lesión medular». Es por ello que realizan un diagnóstico multisistema para determinar el grado de afectación que tiene. Posteriormente, realizan una terapia de activación medular. «Hay algunos cables que están intactos, pero que no funcionan de forma correcta, porque no tienen la potencia necesaria. Por ello, lo que hacemos es reparar estas estructuras, activar estos cables».

El último paso es el trasplante en los lugares donde es necesario, que son aquellos donde los cables si que están rotos, y siempre de forma «específica e individualizada». «La glia envolvente del bulbo olfatorio lo que hace es regenerar los axones que están dañados, los que están intactos no necesitan que el trasplante actúe sobre ellos», apunta Ramón.

Por otra parte, esta científica vallisoletana comenta que la Junta de Castilla y León fue uno de sus mayores apoyos durante la fase de investigación científica. «Financiaron mi trabajo con primates, y esto nos permitió conocer que la glia envolvente de primates tiene propiedades óptimas y que esta terapia autóloga (del propio individuo) funciona en individuos más cercanos a los seres humanos».

Respecto a la investigación biomédica, Almudena Ramón señala que siempre ha sido «un caballo de batalla» para los científicos. «Nosotros reclamamos una mayor inversión, porque consideramos que la investigación es un buen barómetro y determina el futuro de un país y la senda del progreso», puntualiza.

Los jóvenes, a su juicio, han sido los grandes perjudicados a lo largo de todos los tiempos. «Desde que yo terminé de estudiar, ha habido personas que se han tenido que ir fuera a desarrollar sus conocimientos, porque España no les ofrecía ninguna opción». En este sentido, critica que ese potencial no pueda revertir en el país de origen. «Es triste que tengamos que perder científicos valiosos por falta de oportunidades», sentencia.

>MATERIA GRIS

Javier López Tazón

¿Aceptan el móvil?

La seguridad y la percepción de la seguridad son piezas claves en el desarrollo de la Sociedad de la Información. Si un cliente de un banco, por ejemplo, cree que o es seguro utilizar el móvil para pagar seguirá usando la tarjeta de plástico. A no ser, claro, que vea ventajas añadidas. Tal vez ésta sea una de las razones por las que no ha despegado el pago con el smartphone, al margen de la complicación que se le ha añadido al sumar a la ecuación entidades financieras + emisores de tarjetas una tercera variable, como son las operadoras de telefonía móvil.

Pero el mercado se mueve y conviene estar atentos a lo que sucede si no se quiere quedar atrás. Al menos, si yo tuviera un comercio o vendiera directamente al público ya sea en un espacio físico o virtual, me iría armando de sistemas de cobro compatibles con el pago por móvil. Los datos que maneja la compañía GyD, fabricante, entre otras cosas de medios de pago como tarjetas o dinero (ya me gustaría que me dejaran una de sus maquinitas un cuarto de hora...), son que en el plazo de tres años el 60% de los clientes bancarios operará regularmente con el móvil y que se habrá descargado una media de cinco app del banco en su teléfono. En palabras de David González, director de ventas y marketing de GyD Ibérica, «antes o después, las tarjetas serán sustituidas por el teléfono móvil». Así que habrá que prepararse.

Por otra parte, el miedo al robo de datos no sólo es legítimo y deberíamos intentar protegerlos mejor, sino que hay base para que exista. La compañía de seguridad Kaspersky Lab acaba de publicar su informe sobre 2014. En él recoge, por ejemplo, que no sólo Sony Pictures y varias celebrities han padecido robos de datos confidenciales.

> **«Antes** o después, las tarjetas serán sustituidas por el teléfono móvil». David González, GyD

Compañías del peso de JP Morgan, Barclays, Orange, eBay o Dropbox también los sufrieron. Así que es comprensible el reparo. Hay hasta tarifas de mercado (no oficiales, se entiende...): los datos captados a los usuarios del aparcamiento Park'N Fly del aeropuerto se vendieron por entre seis y nueve dólares; los de los clientes de Barclays alcanzaron hasta los 76 dólares. En su informe, Kaspersky Lab advierte especialmente a los minoristas, cuyas grandes redes almacenan datos de millones de clientes.

javier.lopez@elmundo.es

Javier López Tazón es redactor jefe de *Ariadna*, el suplemento de tecnología de EL MUNDO

EDITORIAL CASTELLANA DE IMPRESIONES S.L. / **EDITOR:** JOSÉ LUIS ULIBARRI **DIRECTOR:** PABLO R. LAGO **SUBDIRECTOR:** FELIPE RAMOS **GERENTE:** JOSÉ ANTONIO ARIAS

REDACTOR JEFE: JOSÉ LUIS F. DEL CORRAL **REDACCIÓN:** MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ, LAURA G. ESTRADA Y ESTÍBALIZ LERA **E-MAIL:** INNOVADORESCYL@DV-ELMUNDO.ES **TELÉFONO:** 983 421 700 **DIRECCIÓN:** MANUEL CANESÍ ACEVEDO, 1. 47016 VALLADOLID

La Asociación Sonrisas se asienta en Soria con la mirada en el cáncer infantil

Su primer acto, coincidiendo con el Día Mundial, será una carrera el domingo en Almazán

Un cuaderno elaborado por escolares con mensajes de ánimo para los enfermos y alguna propuesta para el Día del Libro, próximos eventos; el objetivo es generar conciencia social

LA FECHA

15

De febrero es el **Día Mundial de lucha contra el cáncer infantil** y se ha elegido para celebrar la carrera solidaria.

DE INTERÉS

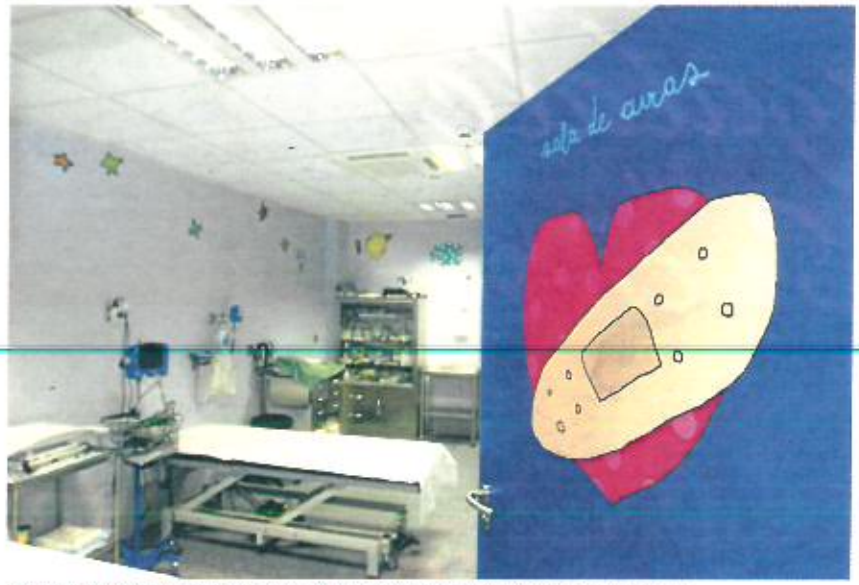
Carrera Los interesados pueden inscribirse en la cuenta Bancorreos de la Asociación Sonrisas o el mismo día.

Otras actividades Habrá taller de pintura, suelta de globos y música.

SORIA. La Asociación Sonrisas inicia su andadura en la provincia de Soria con una delegación comprometida que comenzará su actividad centrada en una apuesta de visibilización del cáncer infantil a través de una carrera popular en Almazán el próximo domingo, coincidiendo con el Día Mundial de lucha contra esta dolencia entre los menores, que se celebra cada 15 de febrero. Este será solamente el arranque de una labor altruista que se centra en «proporcionar alegría y bienestar a los niños que se encuentren enfermos» en cualquier parte para que su situación sea «más fácil de sobrellevar», bien sea en «hospitales, centros, casas de acogida o en cualquier lugar donde un niño sufre». Allí la Asociación Sonrisas «estará cerca, porque la sonrisa de un niño no tiene fronteras».

Una de las dos integrantes de la delegación soriana de la organización, que se aglutina como Sonrisas Verdes, explicó a este periódico el porqué de sumarse a este reto. «La sociedad todavía está un poco retraída con el tema del cáncer infantil, aún es tabú, así que nos parecía bien la idea de apoyar a estos niños», observó para considerar que el objetivo también se centra en los menores; «si desde la infancia se les inculcan hábitos saludables y solidarios» es más fácil generar conciencia.

El acto que tendrá lugar en Almazán se ha planteado como una carrera solidaria de dos kilómetros para los más pequeños y de cinco para los adultos, además de diversas actividades, como un taller de pintura, entre otras sorpresas, y cuyo centro de operaciones es el Pabellón de Usos Múltiples de La Arboleda. Las inscripciones tienen un coste simbólico de seis euros y pueden realizarse en la cuenta de Bancorreos de la Asociación Sonrisas o hasta las 12.15 horas del mismo domingo en la carpa. Todo lo recaudado se destinará a esta entidad y a la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).



Instalaciones del Servicio de Pediatría del Complejo Asistencial de Soria. MARIANO CASTEJÓN

La organización cuenta con el apoyo y colaboración, entre otras entidades, de la Asociación Española de Guardias Civiles (AEGC) y del Ayuntamiento adnamantino. Y es que la Asociación Sonrisas está compuesta por civiles y profesionales de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, de las Fuerzas Armadas, Bomberos y de Protección Civil. Así, se distinguen por tres colores: azul (el alma máter, impulsado por civiles y agentes de Policía), verde (Filial de Sonrisas Azules compuesta por guardias civiles, militares, agentes y bomberos forestales, FAS), naranja (filial de Sonrisas Azules y Sonrisas Verdes compuesta por civiles en colaboración con miembros de Protección Civil, Emergencias, vigilantes).

La intención es que en el desarrollo de la carrera cada participante porte un lazo amarillo y un globo inflado con helio que, posteriormente, será soltado. Al finalizar la carrera la organización entregará una bolsa con agua y fruta a modo de «ejemplo de desayuno sano», además de un llavero de la AEGC y un folleto informativo del plan preventivo contra el cáncer. La colaboración de la Junta Provincial de la AECC también es un hecho y así lo confirmó su presidente, Fernando Ligero. «Hacen una labor muy bonita y, aunque aquí no tenemos oncología pediátrica -se atiende en Madrid-, está muy bien que se apoye a los niños enfermos».

Otro de los colaboradores es Cruz Roja, que se encargará del stand de manualidades a partir de las 10.30 horas en el Pabellón de Usos Múltiples, donde serán expuestos. La idea es desarrollar una tarea de plástica: que los niños sorianos plasmen algún tipo de 'huella' en un papel y hagan una dedicatoria a los menores enfermos. Después se encuadernará y se enviará a la AECC. Durante esta semana previa al evento los escolares podrán elaborar sus dibujos, que serán compilados a través de los centros educativos; quienes deseen entregarlo el domingo podrán hacerlo en el stand de Cruz Roja.

Futuros actos

Del mismo modo también se prevé contactar con el Servicio de Pediatría del Complejo Asistencial para realizar alguna actividad conjunta, pero ya con el horizonte fijado en el Día del Libro, que se celebra cada 23 de abril.

El objetivo de la organización es «unir y coordinar el esfuerzo y talento de personas, organizaciones y empresas que de manera desinteresada desean sumarse en la misión encomendada de la organización». Entre sus valores se encuentran la alegría, la solidaridad, el compromiso, la honradez, humanizar, ayudar a combatir las desigualdades, la fraternidad, el trabajo constante y altruista, así como dar a conocer el valor humano y solidario de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Según se desprende de las redes sociales, la idea de la organización surgió tras ver durante una visita de policías de uniforme a un niño enfermo y constatar que las profesiones de personas uniformadas son bien vistas por los menores. Por ello se decidió crear la asociación, «para visitarlos y darles ánimo, arrancarles una sonrisa, en la creencia de que ese reforzamiento moral pondría ayudarles a superar su enfermedad».

S.L.O.

La Junta participa en Grecia en un proyecto sobre incendios

Prefer trabaja en el diseño de herramientas cartográficas por teledetección para facilitar la prevención y extinción

SORIA. El jefe del Servicio Territorial de Medio Ambiente de la Junta de Castilla y León en Soria, José Antonio Lucas, ha participado en un encuentro del proyecto europeo Prefer ('Prevention and REcovery of Forest Fire Emergency in the MediteRranean Área'), celebrado a finales de la pasada semana en Atenas, invitado como observador y valorador de los productos empresariales diseñados, así como posible usuario final.

En este proyecto participan cinco países del entorno mediterráneo, Grecia, Italia, Francia, Portugal y España, con ocho socios de estos países y nueve usuarios finales colaboradores. Como a la Junta, se invitaron a la reunión a otros observadores.

El proyecto Prefer cuenta con un presupuesto aproximado de 2,8 millones de euros, de los cuales la Unión Europea aporta 1,9 millones. Se puso en marcha en diciembre de 2012 y concluye este año. Durante 2013 y 2014 se ha desarrollado el mayor volumen de trabajo y se espera que finalice este año con la demostración de los productos creados. Entre los socios españoles se encuentra la empresa GMV Innovation Solutions y la Agencia de Medio Ambiente y del Agua, empresa pública de la Junta de Andalucía.

El objetivo fundamental es el diseño de herramientas cartográficas elaboradas por teledetección, a través de satélite, en dos fases de un incendio: en la fase previa al mismo, con el fin de prevenir y aminorar se alcance, y en una segunda, posterior al incendio, con el objeto de valorar los daños causados y reconstruir lo antes posible los terrenos afectados.

Según Lucas, que valoró muy positivamente la jornada, «las herramientas creadas a través de la observación por satélite mejoran mucho las imágenes e información que suministran hasta ahora satélites como MODIS o LANDAT, al aumentar sustancialmente la resolución de la cartografía de las áreas estudiadas, llegando a elaborar cartografía entre cinco y 30 metros de resolución de pixel». Lucas considera necesario crear una plataforma de recepción única de la información que se recibe en los centros provinciales de mando (CPM), que ahora podría verse enriquecida con datos muy valiosos para los técnicos y responsables que deben tomar decisiones importantes en la gestión de un incendio forestal.

HERALDO

Médicos del Mundo trata de revocar la patente de un antiviral contra la hepatitis C

La ONG formalizó un recurso ante la Oficina Europea de Patentes con el objetivo de que el medicamento llegue a más pacientes

PARÍS. Médicos del Mundo presentó ayer una oposición a la patente sobre el sofosbuvir, comercializado como 'Sovaldi' por la farmacéutica Gilead, ante la Oficina Europea de Patentes, con el objetivo de que sea impugnado el registro de este nuevo tratamiento de la hepatitis C y se llegue al mayor número de pacientes que lo soliciten.

Se trata de la primera vez en Europa que una ONG sanitaria utiliza esta vía para mejorar el acceso de los pacientes a los medicamentos. La oposición a la patente es un recurso jurídico por el cual la validez de una patente puede impugnarse y, en caso de éxito, el medicamento puede entrar en competencia con versiones genéricas, que costarían solo unos 100 dólares (88 euros) en el caso del sofosbuvir.

«Estamos defendiendo la universalidad del acceso a los cuidados médicos: la lucha contra las inequidades en este campo pasa por preservar un sistema de salud solidario» explica el doctor Jean-François Corty, director de Operaciones de Médicos del Mundo Francia. «Incluso en países con economías relativamente saneadas, resulta difícil hacer frente a este gasto, y ya estamos viendo desarrollarse pautas arbitrarias de dispensación, que privan a las y los pacientes de esta medicación», prosigue. Desde la organización recuerdan que esta situación se esta denunciando desde hace varios meses, la Red Internacional de la ONG, al igual que otras asociaciones, viene alertando sobre los problemas que plantea el precio de los nuevos tratamientos contra la hepatitis C, en particular en el caso de este fármaco. «Dado que Gilead abusa de su patente para exigir unos precios inasumibles por los sistemas de salud, Médicos del Mundo ha tomado la decisión de impugnarla», explica.

El precio de la terapia es superior a los 40.000 euros en Francia, Alemania, el Reino Unido o España, un precio que califican de «exorbitante» y que limita el acceso a ella de numerosos pacientes. Más entendiendo que, «si bien la utilización de este fármaco en el tratamiento de la hepatitis C es un adelanto terapéutico importante, la molécula misma no es lo bastante novedosa para justificar una patente».

La opción del recurso jurídico ya ha sido utilizada por la sociedad civil en la India y en Brasil, con el propósito de revocar las patentes concedidas abusivamente sobre ciertos medicamentos y permitir el acceso a versiones genéricas, lo que ha supuesto reducir considerablemente los precios de los tratamientos, permitiendo acceder a ellos a enfermos que no se hubiera podido atender de no ser así.

Médicos del Mundo cree que cualquier barrera de acceso a medicamentos que puedan mejorar la salud de las personas es «una limitación de un derecho humano» y, por tanto, «una situación injusta». Y, bajo estas premisas, esperan que se abra un debate público sobre la fijación de los precios de los medicamentos. Finalmente, reitera que la decisión de la Red Internacional de Médicos del Mundo de impugnar la patente tiene como propósito «propiciar el acceso universal a los tratamientos contra la hepatitis C en Europa y en el resto del mundo».

EUROPA PRESS

Hallan en los Andes un avión chileno desaparecido hace 53 años

SANTIAGO. Chile recibió con sorpresa el hallazgo hecho por montañeros de lo que supuestamente serían los restos de un avión comercial que se estrelló en la cordillera de los Andes en 1961 y que se suponía había caído en otra zona.

El accidente del avión Douglas DC-3 de la compañía Aérea Lan Chile, en el que murieron sus 24 ocupantes, entre ellos futbolistas del extinto equipo del fútbol chileno Green Cross, siempre estuvo rodeado de misterios e historias que contaban que el sitio donde realmente se había desplomado era otro.

Un grupo de montañeros de la zona, movidos por las historias sobre el avión que escucharon desde niños, emprendieron la búsqueda en enero de 2014 y, en una segunda expedición la última semana de enero, aseguran haberlo ubicado.

«Volvimos a la misma zona y encontramos el avión, tras cuatro días a caballo y dos de escalada», dijo Lower López, empresario turístico y uno de los líderes de la expedición.

Según la versión oficial, el avión se estrelló el 3 de abril de 1961 en el cerro Lástimas, cerca de la ciudad de Linares, a unos 300 kilómetros al sur de Santiago, donde fueron encontrados restos de una aeronave y de sus ocupantes que fueron trasladados a la capital chilena para ser enterrados, ocho días después.

Los montañeros, que no creyeron esa versión, aseguran que ellos han encontrado restos óseos, material de un avión, fuselaje con algunos números de serie de la nave y ropa.

COLPISA

Página 02

Martes, 10 de febrero de 2015 | Heraldo de Soria

EL ANÁLISIS
Mónica Fuentes

La inacabada obra del hospital de Santa Bárbara

El PP asegura que «hará lo posible» para que «no caigan en saco roto» los cuatro millones asignados

LA segunda fase de las obras del hospital de Santa Bárbara, esa que la Junta paralizó de la noche a la mañana por culpa de la crisis, va a seguir suscitando ríos de tinta pues el problema, lejos de solucionarse, parece que se complica aún más. El Partido Popular, que acusó ayer al PSOE de «meter miedo» a los ciudadanos al criticar la Sanidad, prometió hacer todo lo posible para que los cuatro millones asignados al complejo asistencial no caigan en saco roto. No faltaba más. Si además de que el dinero llega a Soria con cuentagotas lo dejamos escapar, no iremos a ningún lado. El insuficiente dinero que asigna el presupuesto autonómico a la provincia está para que se gaste, para que se invierta, y lo antes posible, para evitar que desaparezca. Y aunque la atención sanitaria en Soria es correcta, gracias al buen hacer de los profesionales, los ajustes, copagos y supresiones intermitentes de las urgencias rurales nocturnas son circunstancias que, tiene razón el PSOE, asustan al ciudadano.

Jueves, 12 de febrero de 2015 | Heraldo de Soria

CARTAS

Negligencias

El día 18 de enero publicaron en su periódico un artículo cuyo titular era que las denuncias por negligencias en la sanidad soriana habían descendido desde 2012, y yo me pregunté: ¿Será una buena noticia? Pero después de reflexionar sobre ello pensé que la buena noticia sería que las negligencias hubieran descendido, pero no, la noticia es que las denuncias han descendido ya saben por qué, no porque haya menos, ¡ojalá!, sino porque el proceso de llevarlas a cabo es largo y costoso y al final valoras si merece la pena sabiendo que la mayoría de las veces es difícil reunir las pruebas para llevarla a cabo, porque en los informes médicos no encuentras suficientes datos, si presentas la queja en atención al paciente la contestación está bastante suavizada o maquillada comparada a cómo ha sido el caso en la realidad, y si igual el problema se resuelve más o menos satisfactoriamente, valoras si merece la pena estar uno o dos años pendiente de la causa y si al final vas a poder demostrar que las cosas han sido como tú las cuentas y no como ellos las quieren hacer ver.

Y al final decides no denunciar porque nadie te asegura que eso se vaya a resolver a tu favor por más razón que lleves. Mi caso particular de este verano pasado cuando a un familiar mío al hacerle una cesárea programada se le corta la vejiga y estuvo cuatro días con la misma rota, diagnóstico del médico sin ninguna prueba de por medio, «gases». Al cuarto día se decide empezar a hacer pruebas después de la protesta de la familia al ver a la paciente en tan malas condiciones y resulta que los 'gases' se convierten en una vejiga rota, con lo cual hay que volver a operar para coserla, después de un montón de trastornos derivados de esta 'negligencia', al final decidimos no denunciar, pero ahí va una más para la estadística. Por cierto, lo que se ahorraron en pruebas con el primer diagnóstico realizado así a 'ojo', después el último día se lo gastaron todo de golpe, así que un llamamiento a los gestores de la Sanidad, lo barato al final sale caro y tenemos entre manos personas y vidas humanas. No se olviden.

Mª del Rosario Alonso García. Soria

Más de medio millón de personas, en riesgo de pobreza o exclusión

La Comunidad es una de las cuatro que reducen esa tasa, un -1,3% frente al 2,6% de media

ISMAEL PÉREZ VALLADOLID

Uno de cada cinco habitantes de Castilla y León, esto es, 524.134 personas, están en riesgo de pobreza y exclusión, según explica el último informe 'El Estado de la Pobreza en España' que ayer presentó la Red europea de lucha contra estas situaciones (EAPN), tras analizar la capacidad de acceder a bienes considerados imprescindibles en Europa, la situación de empleo y la miseria.

Aunque la cifra, más de medio millón de personas y el 20,8% sea elevada, todos los datos sitúan a Castilla y León en mejor situación que la media nacional, donde la tasa crece hasta el 27,3%. Por ejemplo, entre 2009 y 2013, periodo analizado por el estudio, la Comunidad es una de las cuatro que reduce el número de personas en riesgo. Son 42.404 y un 1,3% menos, solo superado por Melilla y Canarias.

La coordinadora de EAPN en Castilla y León, Noelia Martínez, refuerza esta idea, y explica que las causas de que se reduzca la pobreza en la región durante la crisis son el importante número de población envejecida con ingresos estables a través de las pensiones o la renta garantizada que otras comunidades no tienen.

Pero eso no explica todo, también hay una bajada del listón al medir «Hay algo de engañoso, al bajar las medias del dinero disponible, también puede bajar la tasa», ilustra Martínez, que alerta de que una cosa es que disminuya la tasa de pobreza y otra la desigualdad entre los más pobres y los más ricos, una brecha que sí está creciendo.

4º Informe sobre el estado de la pobreza

TASA DE RIESGO DE POBREZA O EXCLUSIÓN SOCIAL

	2009	2010	2011	2012	2013	% DE DIFERENCIA 2009 13
Ceuta	37,3	35,9	33,6	36,4	47,0	9,7
Castilla-La Mancha	28,6	32,3	35,3	35,1	36,7	8,1
Cantabria	17,3	22,5	23,0	24,1	25,3	8
Aragón	12,6	17,5	18,6	18,4	19,8	7,2
C. Valenciana	26,5	29,6	27,9	30,6	31,7	5,2
Andalucía	33,3	35,0	38,4	36,9	38,3	5
Navarra	10,4	13,6	13,1	12,0	14,5	4,1
Baleares	24,3	26,0	26,7	25,1	27,8	3,5
Asturias	18,8	16,5	20,4	24,5	21,8	3
La Rioja	19,5	27,0	26,1	22,6	22,2	2,7
Total	24,7	26,1	26,7	27,2	27,3	2,6
País Vasco	14,8	16,3	18,9	17,7	16,8	2
Cataluña	19,0	19,8	21,6	22,6	20,1	1,1
Murcia	33,3	37,5	31,9	33,5	34,1	0,8
Extremadura	35,4	40,3	36,0	35,2	36,1	0,7
Madrid	19,6	19,3	18,6	19,8	20,1	0,5
Galicia	24,6	22,7	21,0	23,8	24,3	-0,3
Castilla y León	22,1	22,8	22,3	20,4	20,8	-1,3
Melilla	33,9	35,4	34,7	14,5	31,4	-2,5
Canarias	38,2	35,7	37,8	40,3	35,5	-2,7

FUENTE: EAPN-España. EL MUNDO DE CASTILLA Y LEÓN

La grieta entre pobres y ricos se ensancha también entre comunidades, donde hay una evidente falta de equilibrio entre las del norte y las del sur con datos más favorables para las primeras, según el informe. Castilla y León, 2,6% mejor que la media de España en 2009, cerró 2013 con una diferencia del 6,5% respecto al total nacional.

La evolución regional durante esos años fue desde el 22,1% del 2009 al 20,8% del 2013, subiendo en 2010 hasta el 23,8%, bajando al 22,3% en 2011 y al 20,5% en 2012 y creciendo de nuevo en 2013. Mientras, en España esa estadística solo ha subido año tras año del 24,7 al 27,3%.

Respecto a los niveles de pobreza, el 82,5% de los habitantes de la Comunidad no son pobres, el 13,9% (342.226) están en pobreza y el 3,5%, 86.881, sufren la pobreza severa. Es decir, en las situaciones de miseria los porcentajes estatales están por encima de los de la región.

En cuanto a la carencia material severa, Castilla y León es la segunda comunidad con menos porcentaje de población en esta tesitura, un 1,8%, solo por detrás de Navarra (0,6%) y muy lejos de Melilla y Ceuta, que se sitúan en torno al 15%. Las personas con esa privación se redujeron en esos cuatro años en 5.890, mientras en España aumentaron 848.485.

Sí crece, sin embargo, los datos de hogares que sufren una baja intensidad de empleo, para fijarse en 208.674, un 12,8% del total de la Comunidad, frente al 15,7% de la media nacional.

Un dato especialmente bueno para la Comunidad es el que le supone ser la única que ha aumentado su Producto Interior Bruto y reducido su tasa Arope o porcentaje europeo que mide riesgo de pobreza y exclusión.

SANIDAD

Sacyl revisará las citas en Primaria para evitar las aglomeraciones

ZAMORA

La Consejería de Sanidad tiene previsto revisar las citaciones en Atención Primaria para evitar, en la medida de lo posible, las aglomeraciones en las consultas que han provocado durante las últimas semanas ciertas quejas por parte de los pacientes del sistema de Salud.

Durante una visita al Hospital Provincial de Zamora, el consejero Antonio Sáez Aguado reconoció ayer que la espera para el médico de cabecera se ha podido incrementar «puntualmente», sobre todo en momentos vinculados a una mayor afluencia de pacientes por culpa de la gripe. «Su incidencia y algún virus no gripal que se difundió a primeros de año coincidieron con permisos y vacaciones de profesionales sanitarios», explicó.

Además, el consejero explicó que los cerca de 43 millones de euros destinados el pasado ejercicio a sustituciones de profesionales sanitarios contradicen a quienes han difundido que se ha incrementado la espera de los pacientes en Primaria por la falta de coberturas. «Es cierto que, con el incremento de la jornada laboral de 2012, necesitamos algunas sustituciones menos pero, aun así, mantenemos el mismo gasto», añadió, informa Ical.

Por otro lado, Sáez Aguado indicó también que esta semana presentará un nuevo calendario de vacunaciones que contempla, entre otros aspectos, una mayor protección para la población infantil y para grupos de riesgo.

La Junta dispondrá en un mes de los primeros 20 millones de los fondos extra de Montoro

La propuesta de CCOO y UGT para repartir los 93 millones 'encaja' al Gobierno a falta de concretar las cifras

E.N. VALLADOLID

La Junta prevé habilitar en el plazo de un mes los primeros 20 millones de euros del Fondo de Facilidad Financiera del Gobierno central. Y confía en disponer de los 73 restantes en verano.

Así lo explicaron ayer los consejeros de Hacienda, Pilar del Olmo, y Economía, Tomás Villanueva, a los máximos responsables de UGT y Comisiones Obreras, durante la primera «toma de contacto» para negociar el destino de esos fondos adicionales.

Tras más de dos horas de reunión, el secretario general de UGT, Agustín Prieto, celebró la «voluntad por parte del Gobierno autonómico de negociar el reparto» de ese dinero extra y explicó que la propuesta conjunta remitida por los sindicatos «es factible» a ojos de la Junta. Según Prieto, la Administración autonómica no ha cerrado las puertas a ninguna de las prioridades marcadas en su documento. «Ahora hay que encajar las distintas partidas», apostilló.

Tras este encuentro, que sirvió para poner sobre la mesa las prioridades y conocer los plazos de la tramitación de los fondos, la siguiente reunión tendrá lugar la próxima semana, previsiblemente el lunes.

Entonces comenzará «la negociación de las partidas concretas», indicó Ángel Hernández, secretario general de Comisiones Obreras, quien también se mostró satisfecho por la «disponibilidad» de la Junta para «buscar acuerdos en el reparto de estos fondos».

Los sindicatos proponen destinar la mitad de esos 93 millones a personal e infraestructuras sanitarias, educativas y sociales en la Comunidad. «Queremos reforzar los elementos vigentes en el Diálogo Social», puntualizó Hernández citando, entre otras materias, la Renta Garantizada o los cuidados a dependientes. Y también, agregó, dotar el nuevo acuerdo de políticas de alquiler a la vivienda en Castilla y León.

La propia consejera de Hacienda señaló ayer por la mañana que ya hay «algún acuerdo» con sindicatos y organizaciones empresariales para que parte de los 93 millones que se ahorrará la Administración gracias a la adhesión a estos fondos del Ministerio se destine a mejorar la Renta Garantizada de Ciudadanía y a políticas de alquiler de vivienda social. Durante un acto celebrado en Salamanca, recordó que la idea del Ejecutivo autonómico es destinar toda la partida a «mejorar los servicios públicos fundamentales» como sanidad, educación, servicios sociales y políticas de vivienda. «Seguramente en la filosofía estemos totalmente de acuerdo», explicó Del Olmo. Y matizó que aunque «no se puede querer con ese dinero parchear todo», los responsables de la Administración están «abiertos totalmente a sugerencias y propuestas», informa Europa Press.

CASTILLA Y LEÓN

La pobreza se frena en la región, aunque afecta a 524.000 personas

Castilla y León es una de las tres autonomías en las que se reduce la población en riesgo de pobreza

VALLADOLID. La pobreza se ha frenado en Castilla y León pese a la crisis con 524.134 personas en riesgo de pobreza o exclusión social en 2013, un 20,8 % de su población y un 1,3 % menos que en el 2009, frente al repunte nacional del 2,6 % en ese periodo.

Según el informe «El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2009-2013', presentado ayer y que analiza la situación social en España y sus comunidades en función del indicador europeo AROPE (con datos del INE), las cifras actuales indican que la pobreza y la exclusión social afectan ya a un 27,3% de la población española (12,8 millones de personas).

Castilla y León es una de las tres autonomías, junto a Galicia (-0,3) y Canarias (-2,7), y la ciudad autónoma de Melilla (-2,5), en las que se ha reducido el porcentaje de su población en riesgo de pobreza o exclusión social, con 42.404 castellanos y leoneses menos que en 2009.

Sin embargo ese 20,8 % de tasa de riesgo de pobreza o exclusión social en Castilla y León en 2013 supone un ligero incremento de cuatro décimas respecto al 20,4 del 2012, según los datos que recoge el citado informe. Ese 20,8 % es un 6,5 % inferior al dato nacional y se sitúa como el sexto más bajo del conjunto autonómico que encabeza Navarra, con un 14,3, y cierran Andalucía y Ceuta, con un 38 y 47%, respectivamente.

Ese indicador AROPE del 20,8% se compone, en el caso de Castilla y León de un 17,5 % de castellanos y leoneses en riesgo de pobreza (20,4 de dato nacional), un 1,8 con carencia material severa (6,2), y un 12,8 % (15,7) viviendo en hogares con baja intensidad en trabajo.

De acuerdo a esos parámetros, Castilla y León es la octava autonomía en cuanto a menor riesgo de pobreza. En cuanto a la población con carencia material severa, Castilla y León es la segunda comunidad con menor tasa, con un 1,8 %, sólo superada por el 0,6 de Navarra.

Por contra, se incrementó el número de personas que viven en Castilla y León en hogares con baja intensidad de empleo -que subió en todas las autonomías salvo en Ceuta- con 73.956 personas más, un 4,5 %, hasta los 208.674 castellanos y leoneses, también por debajo del 8,1 de repunte nacional.

EFE

La gripe llegará esta semana a su pico máximo en Castilla y León

Sáez Aguado espera que la próxima semana empiece a descender la incidencia del virus

ZAMORA. La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León espera que esta semana se llegue al pico en número de casos de gripe en Castilla y León y que a partir de la próxima semana empiece a descender la incidencia del virus. Así lo indicó ayer el consejero de Sanidad, Antonio María Sáez, que agregó que aunque la incidencia es «elevada» no se ha llegado al número de casos en relación a la población alcanzado hace unos años.

Asimismo, reconoció que existe un tipo antigénico de la gripe que no estaba incluido entre los de la vacuna administrada esta campaña y eso genera que se produzcan algunos casos del virus de «una mayor virulencia e intensidad».

Sáez admitió que la incidencia de la gripe junto a la de algún virus no gripal han repercutido en una mayor afluencia en las consultas médicas, a lo que se han sumado los permisos que cogen algunos profesionales en enero como último plazo. Al respecto, señaló que ha dado instrucciones para «flexibilizar» la normativa y que esos permisos se puedan tomar en febrero o en otra época para evitar que haya días en los que no se pasa consulta. Sanidad destina 40 millones de euros al año a sustituciones de personal.

EFE

Un juez autoriza la esterilización de una discapacitada

REINO UNIDO. Un juez británico autorizó ayer la esterilización forzosa de una mujer de 36 años con discapacidad psíquica que es madre de seis hijos y cuya salud peligraría con un nuevo parto. En un caso extraordinario, el juez Stephen Cobb del Tribunal de Protección concluyó que, pese a la vulneración de los derechos de la persona, en este caso la esterilización está «dentro de la ley» y va en su interés.

La vacuna del papiloma podría erradicar en 30 años el cáncer de cuello de útero

MADRID. El cien por cien de los casos de cáncer de cuello de útero son causados por el virus del papiloma humano (VPH), un tumor que se podría «erradicar» en España en los próximos 30 años gracias a la vacunación sistemática de las niñas. Así lo aseguró ayer Daniel Andía, jefe de la sección de ginecología del Hospital de Basurto (Bilbao), en un encuentro informativo con motivo del Día Europeo de la Salud Sexual, en el que advirtió de que el 75% de la población entrará en contacto con el VPH en su vida.

Un virus altamente contagioso, de fácil transmisión por contacto genital, que afecta a hombres y mujeres y que es también es responsable del cáncer anogenital, orofaríngeo y de pene, así como de las verrugas genitales.

En España, la sanidad pública financia la vacunación de las niñas de 12 años y, aunque la tasa de vacunación es alta –en torno al 80%–, las diferencias entre comunidades son notables: van desde el 90% en el País Vasco o Cataluña a menos del 50 % en Andalucía.

Además, la vacunación en adultos apenas alcanza el 5%, entre otras cosas por su elevado precio (entre 120 y 150 euros cada una de las tres dosis necesarias).

Aunque la mayor prevalencia del VPH se da en mujeres de entre 18 y 25 años, las lesiones precancerosas no aparecen hasta 10 o 15 años después del contacto con el virus, y el cáncer de cuello de útero se da mayoritariamente entre los 45 y 50 años. Por ello, según Andía, habrá que esperar unos 30 años para comprobar los efectos de la vacunación de las niñas en la reducción de ese tipo de tumores.

EFE

SALUD PÚBLICA EL ESTUDIO SE HA REALIZADO ENTRE 2000 Y 2011 EN 63 PAÍSES

UN NEXO ENTRE PARO Y SUICIDIO

Una investigación de la Universidad de Zúrich señala que hay una relación entre las cifras de desempleo y el número de personas que deciden quitarse la vida. Según sus datos, una de cada cinco muertes de este tipo se debe a la falta de trabajo

CRISTINA G. LUCIO MADRID

Entre el desempleo y los suicidios hay un estrecho lazo, según destaca una investigación publicada ayer en *The Lancet* que ha analizado datos de 63 países de todo el mundo entre 2000 y 2011. Sus conclusiones muestran que una de cada cinco personas que se quita la vida lo hace por causas relacionadas con el paro, aunque el impacto de la falta de trabajo no es igual en todos los entornos.

«Hemos visto que en los países donde el desempleo no es común, un aumento del paro tiene un efecto más pronunciado sobre el suicidio», explica Carlos Nordt, investigador de la Universidad de Zúrich (Suiza) y primer firmante del trabajo, que cifra en entre un 20 y un 30% el aumento del riesgo relativo de suicidio asociado al paro.

Su equipo quiso analizar el período entre 2000 y 2011 para comprobar los efectos directos de la crisis sobre la decisión de poner fin a la propia vida y, aunque comprobó que, entre 2007 y 2009, con el inicio de la recesión, se produjo un incremento de unos 5.000 casos adicionales, los suicidios atribuibles al desempleo, tanto antes como después del inicio de las *vacas flacas*, superaron los 40.000 casos incluso en el mejor de los escenarios.

En la revista médica, Nordt destaca que el incremento en la tasa de suicidios observado «precedía seis meses a los cambios en las cifras de desempleo», lo que, según apunta, puede deberse al estrés, la inestabilidad y la inseguridad que también vive la población activa en un contexto de recortes y recesión.

Con todo, el investigador suizo reconoce que su trabajo se basa en un modelo matemático y que, para sacar conclusiones definitivas sobre desempleo y crisis, es necesario realizar «estudios a nivel local» y analizar todo el entramado de factores que pueden influir en las tasas de suicidio.

EN EL AÑO 2012 SE PRODUJERON EN ESPAÑA 3.539 SUICIDIOS, PRÁCTICAMENTE 10 MUERTES AL DÍA

«La conducta suicida es un fenómeno complejo, por lo que es muy difícil establecer una relación directa de causalidad», explica Jerónimo Saiz, miembro de la junta directiva de la Sociedad Española de Psiquiatría. De hecho, tal y como apunta Andoni Anseán, presidente de la Fundación Salud Mental España, las investigaciones que hasta ahora se han realizado en nuestro país sobre el tema «han generado resultados contradictorios».

Aunque este especialista subraya que «cada vez existe más evidencia que relaciona el aumento de desempleo con un incremento de los suicidios y los trastornos mentales», como un estudio que en 2013 asoció la crisis económica con un aumento del 8% en este tipo de muertes, otros trabajos no han encontrado esta asociación. Corrobora este punto José Luis Ayuso, catedrático de la Universidad Autónoma de Madrid e investigador del CIBERSAM, uno de cuyos estudios concluyó recientemente que no existe una relación directa entre los citados factores y que la prevalencia de intentos e ideaciones de suicidio en España apenas ha cambiado en la última década.

De cualquier forma, los psiquiatras consultados por EL MUNDO coinciden en señalar que «no se requiere una crisis económica para poner atención sobre el suicidio y tomar las medidas oportunas para frenar su incidencia». En 2012 en España se produjeron 3.539 suicidios, prácticamente 10 al día, y «muchos de los factores de riesgo asociados a estas muertes son prevenibles», tal y como señala Ayuso. La depresión, subraya, tiene un impacto mucho más directo y de fácil abordaje que otras cuestiones, como el desempleo. Sin embargo, para hacer frente a su efecto, hace falta una apuesta real por desarrollar los recursos y la protección sanitaria necesarios que aún no es suficiente.

La inestabilidad laboral y la recesión tienen un impacto directo sobre la salud mental, según varios estudios. CARLOS GARCÍA POZO

JULIA BOLÍVAR

El impacto de la crisis sobre el suicidio

En nuestro país, la crisis ha supuesto una profunda transformación social, afectando negativamente a la situación de bienestar de amplias capas de la sociedad. Uno de los indicadores de salud que mayor preocupación ha generado en relación con la crisis es el de la mortalidad por suicidio, no observándose un consenso sobre los efectos de la crisis en los estudios realizados en España. Si bien la relación entre la crisis y el aumento de los suicidios está ampliamente evidenciada por la literatura científica internacional, los estudios disponibles en nuestro contexto no muestran resultados concluyentes. Una reciente investigación realizada sobre 63 países muestra que el riesgo relativo de suicidio asociado con el desempleo es elevado, entre el 20 y el 30%, y ha aumentado en los últimos años. Un análisis de la mortalidad en 23 países europeos entre 2003 y 2010, ha constatado un aumento del suicidio (4,9%) por cada aumento de un punto porcentual del desempleo. En España, un estudio publicado en 2013 mostraba una tendencia positiva en las tasas de suicidio entre el 2005 y el 2010, si bien no se podía establecer si las asociaciones encontradas entre la crisis financiera y los suicidios era causal. En Andalucía, en un reciente estudio también se ha observado un aumento de la mortalidad por suicidio en personas adultas, mientras que desciende en las personas mayores de 65 años. Otros análisis concluyen, sin embargo, que el aumento del suicidio no es tal en España. Según estos trabajos, la mortalidad por suicidios ha tenido una tendencia descendente significativa, con fluctuaciones, pero sin cambios de tendencia.

En líneas generales, todos estos trabajos sugieren la necesidad de profundizar en los análisis para superar diversas limitaciones, como las distintas ventanas temporales que se contemplan en la recogida de datos, la definición y medida de las distintas variables, o las dificultades para disponer datos de calidad. Es posible que aún sea pronto para concluir sobre el efecto del incremento del desempleo en el contexto de crisis sobre la mortalidad por suicidio en nuestro país. No obstante, la constatación del aumento de la pobreza, y la disminución de la protección social requieren seguir estudiando y monitoreando a más largo plazo el impacto de la crisis en todas sus dimensiones, en la mortalidad por suicidio y en otros indicadores de medida de la salud y sus determinantes.

Julia Bolívar es investigadora de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

SORIA

«No impongas a nadie lo que tú mismo no puedas soportar»

Publio Siro.
(Siglo I a.C. ?)
Poeta dramático romano.

SANIDAD BALANCE DE EMERGENCIAS 2014

Los incidentes en el domicilio coparon el 23% de las atenciones del Servicio 112

Prestó asistencia en 7.734 sucesos sorianos, un 21,45% menos que doce meses atrás

La Junta incorpora la aplicación 'My112' para mejorar la atención en emergencias

Actuación de los Servicios de Emergencias en el atropello de un menor en Soria. MARIANO CASTEJÓN

SORIA. El Servicio de Emergencias Castilla y León 112 atendió a lo largo del pasado año 7.734 incidentes en toda la provincia de Soria, lo que significó una media de 21 al día y de 125 por cada millar de habitantes. Más del 23% de los contratiempos asistidos fue por incidentes sanitarios en el domicilio (1.796), seguidos de los que acontecieron en lugares públicos (13,8%), los accidentes viales sin heridos (8,9%) y los siniestros en carreteras con heridos (alrededor de un 2%). Los datos fueron ofrecidos ayer por la Consejería de Fomento y Medio Ambiente, cuyo responsable, Antonio Silván, presentó, coincidiendo con el Día Europeo del 112, una nueva aplicación tecnológica que el Servicio de Emergencias 112 de Castilla y León ha incorporado con el fin de mejorar la atención a los ciudadanos: 'My112', disponible para teléfonos móviles.

De entre los datos hechos públicos ayer descuella la notable rebaja de incidencias atendidas por el Servicio de Emergencias 112 en la provincia de Soria. Concretamente la rebaja se ha cuantificado en un 21,45% si la cifra se compara con el ejercicio anterior, cuando a través de esta prestación se gestionaron 9.847 incidentes en territorio soriano. El porcentaje crece en casi tres puntos, hasta el 24,39%, al cotejar los siniestros gestionados por el servicio en el año 2012, cuando el registro de la Junta de Castilla y León contabilizó 10.229 asistencias.

De estas cifras se desprende que en el año 2013 hubo 2.942 atenciones por demanda de recurso sanitario por parte de personal cualificado, así como 311 por solicitud de grúa y 207 por ruidos y molestias, así como varias por averías de vehículos en autovía-autopista o vehículos abandonados. A lo largo del año pasado no se contabilizaron solicitudes de estas características, lo que también hace pensar que el uso del Servicio de Emergencias 112 se utiliza para los fines asistenciales que tiene.

Las agresiones ocuparon el quinto lugar de la lista de incidentes gestionados a lo largo del año pasado por el 112 en la provincia, con 58 casos, mientras que en 2013 fueron 43 las atenciones. Sobre peleas (incluidas las peleas de grupos) hubo 39 asistencias (ocho más que el año anterior), así como 48 de solicitud de quitanieves/sal (71 en 2013). También se registró un incidente por accidente aéreo (el acaecido en junio pasado en el aeródromo de Garray y en el que fallecieron dos personas), un incendio en un parking, otro en una residencia, un rescate en un ascensor (dos menos que el año anterior) y 26 atropellos (tres más que en 2013).

En Castilla y León

El Servicio de Emergencias Castilla y León 112 atendió durante el año 2014 un total de 253.502 incidentes en toda Castilla y León, una media de 695 al día. A ellos, hay que añadir otros 85.768 incidentes para la movilización de recursos sanitarios que se han gestionado tras la asunción por parte del centro de emergencias de la gestión telefónica del Centro Coordinador de Urgencias de Sacyl. Esto es: un aumento del 13,2% con respeto a la media de incidentes gestionados en el mismo periodo del año anterior.

En 2014, el 112 gestionó 4.648 accidentes viales con heridos, 12.041 accidentes de tráfico sin heridos, 950 atropellos, además de 103 casos de intoxicaciones por monóxido u otros gases, 579 incendios en viviendas, 410 incendios en vehículos, 226 rescates de montaña, 391 solicitudes de máquinas quitanieves, 32 rescates en agua, 17 accidentes de parapente, además de 68.082 atenciones sanitarias en domicilios y 32.510 en la vía pública.

El reparto de incidentes por provincia coloca en cabeza a Valladolid, con 51.394 sucesos gestionados; le siguen las provincias de Burgos, a la que corresponden 48.612 incidentes, León (41.265), y Salamanca (35.971 incidentes). A continuación, aparecen las provincias de Zamora, con 19.687 incidentes, Palencia, con 15.366 y Ávila, con 14.571. Las dos provincias con menos sucesos gestionados son Segovia, con 13.6715 y Soria con los 7.734 mencionados. Los 5.231 incidentes restantes se corresponden con emergencias de comunidades autónomas limítrofes, cuyas llamadas se atienden inicialmente en Castilla y León.

Principales incidentes gestionados en la provincia de Soria

Incidente sanitario en domicilio	1.796
Incidente sanitario en lugar público	1.072
Accidente vial sin heridos	689
Accidente vial con heridos	149
Agresión / Otros	58
Solicitud Quitanieves / Sal	48
Pelea / Pelea grupos	39
Necesita vehículo atrapado	37
Accidente laboral persona herida	33
Incendio / Otros	28
Incendio forestal	28
Corte suministro agua / Electricidad/ Gas	27
Atropellos	26
Búsqueda	25
Incendio vehículo	24
Incendio vivienda	22
Peligro caída de objeto	22
Accidente vial con atrapados	17
Incendio cultivo	14
Incendio inmobiliario urbano	14
Avería transporte mercancías peligrosas	8
Incendio industria	8
Rescate montaña	7
Intoxicación por monóxido / Otros gases	5
Incendio solares	4
Desbordamiento cauce	3
Incendio cuneta	3
Incendio establecimiento público	3
Inundación	3
Accidente transporte carretera mercancías peligrosas	2
Incendio vertedero	2
Accidente autobús con heridos	1
Accidente aéreo	1
Accidente laboral persona atrapada	1
Accidente parapente ultraligero ala delta	1
Escape gas	1
Incendio instalaciones agrícolas / Ganaderas	1
Incendio parking	1
Incendio residencia	1
Rescate / Otros	1
Rescate ascensor	1

Fuente: Junta de Castilla y León

Para la resolución de esos percances, el centro de Emergencias 112 comunicó a lo largo del año pasado 450.469 alertas a organismos, de las cuales el 50,62% fueron de tipo sanitario, y el 43,09% para fuerzas y cuerpos de seguridad. A los Servicios de Extinción de Incendios se comunicó el 3,19% de las alertas, mientras que a los servicios de Medio Ambiente el 1,91%. Finalmente, el centro coordinador de emergencias de Protección Civil asumió el 0,92% de todas las alertas y las empresas suministradoras de servicios básico, el 0,28%.

Pasa a la página siguiente

SANIDAD BALANCE DE EMERGENCIAS 2014

Viene de la página anterior

A lo largo del año 2014, el centro de Emergencias 112 atendió 1.280.417 llamadas, con una media de 3.507 al día, lo que supone un descenso de un 2% con respecto al ejercicio anterior. En relación a las llamadas en idiomas, se atendieron 1.108 a lo largo del pasado año. Casi la mitad de ellas se gestionaron en portugués: 516 (46,6%), seguido por francés: 377 (34%), inglés: 186 (16,8%), y alemán: 29 (2,6%).

El grupo de rescate de la Junta de Castilla y León se activó en el año 2014 en 75 ocasiones. La provincia en la que más intervenciones se realizaron fue Ávila, con 30; seguida de León, con 21. Y por meses, julio y agosto, con 10 activaciones en cada uno, seguidos de febrero con ocho salidas. Por su parte, el Grupo de Intervención Psicológica en Desastres y Emergencias fue activado en 28 ocasiones en el último año, para prestar asistencia a familiares y personas cercanas a víctimas de determinados incidentes que lo precisaban por las circunstancias en que se produjeron o por el número de personas atendidas en la emergencia.

Aplicación 'My112'

Mediante esta nueva aplicación, 'My11', presentada ayer, en la pantalla del gestor del 112 que atienda esa llamada se activa una ventana en la que se muestran las coordenadas GPS de la ubicación en la que se encuentra la persona que contacta con el centro. Esta mejora en el sistema facilitará especialmente la localización de una emergencia en zonas con referencias geográficas escasas o de difícil acceso, tales como búsquedas o rescates de montaña.

Para poder utilizar 'My112' es necesario descargar la aplicación en el teléfono móvil, mantener activa la conexión de datos y permitir la comunicación de la ubicación de GPS. En función del tipo de situación, y siempre a petición del propio centro de emergencias 112, se puede enviar una fotografía de la emergencia por la que se avisa puesto que la aplicación cuenta con esa posibilidad. Las coordenadas que proporciona 'My112' pueden volcarse sobre el campo de localización del sistema de gestión y sobre el mapa digital del que dispone el Centro de Emergencias 112; ahí aparece representada la posición del teléfono, con un error de escasos metros.

Envío masivo de avisos

La aplicación cuenta además con otra función de gran utilidad para el centro de emergencias 112, como es la posibilidad de realizar el envío de avisos a todos aquellos teléfonos que cuenten con 'My112' instalado y que se encuentren en una zona de alerta que definan las autoridades de Protección Civil. Una vez delimitada esa zona, al recibirse en la aplicación 'My112' la comunicación procedente del 112 y pulsando sobre ella podrá observarse sobre un mapa el área de alerta a la que afecta el aviso, la posición del terminal de telefonía en relación con esa zona y el texto del aviso. Además, el aviso lo recibirán todos aquellos terminales que, con posterioridad a su envío, entren en la zona activada por una emergencia.

De esta forma, podrá hacerse llegar a la población de manera mucho más directa determinada información de interés para el ciudadano en circunstancias adversas, como pueden ser fenómenos meteorológicos o emergencias que traen consigo una alteración de la vida cotidiana, como accidentes en industrias químicas, grandes incendios o inundaciones.

S.L.O./HERALDO

«El trato fue muy agradable, pero sorprende que te pidan tantos datos»

Juan (nombre ficticio) llamó al Servicio de Emergencias 112 hace poco porque su tía abuela había sufrido una caída por las escaleras y se había hecho una brecha en la cabeza. «El trato fue muy agradable, pero me sorprende que se tarde 'tanto' en derivar a alguien porque si se trata de una urgencia...; digo 'tanto' porque quizá a mí me pareció más, dado que estaba la familia alrededor y la situación no es agradable», aprecia. Esta demora la notó en la pedida de datos de quien llama y de la persona a la que le ha ocurrido el suceso; «quizá desde ese momento ya habían pedido la ambulancia, que finalmente se canceló porque decidimos llevarla nosotros a Urgencias, pero la sensación es que si se trata de una emergencia parece que se pierde tiempo con tanto dato». S.L.O.

«Vi cómo se caía alguien en la calle; no parecía grave, estaba bebido»

Hace un tiempo, Susana (nombre ficticio) mientras se encaminaba a su trabajo en la capital contempló cómo un hombre se desplomaba en la acera. Otras dos personas y ella acudieron a socorrerlo. Su primer instinto fue llamar al Servicio de Emergencias 112. «Me atendieron muy bien, tuve que dar mis datos y contarles el estado de la persona, que parecía estar con síntomas de haber bebido», explica para aclarar que como se encontraban cerca de Soria Norte (El Espolón) y el caso no parecía grave a simple vista, una de las personas se ofreció a llevarlo al centro. «No sé qué pasaría después con el hombre en cuestión». S.L.O.

Centros de Reconocimiento Médico
PERMISOS DE CONDUCIR Y DE ARMAS
Lunes a Viernes:
Mañanas de 9.30 a 13.30 horas.
Tardes de 16.30 a 18.30 horas.
Santo Domingo de Silos, 1 Tel.: 975 21 26 41. SORIA
En Almazán: martes, de 10.00 a 13.30 horas
En Ágreda: miércoles, de 16 a 19.30 horas
Cita previa: 975 212 641
Registro Sanitario JCYL 42-C2510-0001
Registro DGT 50-0001

El Hospital Santa Bárbara todavía está pendiente de algunas reformas. MARIANO CASTILLO

El PP hará «lo posible» para que «no caigan en saco roto» los cuatro millones del hospital

Acusa al PSOE de «meter miedo» a los ciudadanos al criticar la sanidad

SORIA. El Partido Popular de Soria va a hacer «lo posible para que no caigan en saco roto y se puedan invertir en la segunda fase del Hospital Santa Bárbara» los 4.040.544 euros correspondientes a la partida 'Obras diversas en hospitales', incluida en las cuentas autonómicas para Soria el pasado ejercicio. Una vez que concluyan las obras de adaptación y reforma de tres unidades de ingreso (Traumatología, Medicina Interna y Ginecología), por valor de 1,6 millones y con cargo a una partida conseguida a través de enmienda en 2012 para ejecutarse en 2013 y se inviertan los 2,5 millones presupuestados para 2015 en el Hospital de Día, donde reciben tratamiento los enfermos de cáncer, y la Unidad de Diálisis, «estará concluido el 90% de las unidades de hospitalización del Hospital Santa Bárbara».

Al menos así lo recalcó ayer el procurador popular Ignacio Soria, acompañado por el nuevo parlamentario autonómico del partido por Soria y vocal en la Comisión de Sanidad, Javier Martín, durante una comparecencia para hacer balance de las intervenciones en el Complejo Asistencial. Soria acusó al PSOE de «meter miedo» a la población con las críticas a la sanidad soriana, en su opinión, un «ejercicio de irresponsabilidad política», mientras recordó que en la primera fase del hospital se habían invertido «50 millones de euros». Al tiempo dijo que la sanidad «se ha garantizado en todos los pueblos de Soria». Cuestionado acerca de los 160 millones de crédito dados recientemente por el Banco de Desarrollo del Consejo de Europa para, entre otras cuestiones, acometer las obras del centro de salud de San Pedro Manrique, el procurador popular admitió que se trataba de un proyecto largamente acariciado sobre el que desconocía su futuro.

Por su parte, el procurador socialista Javier Muñoz criticó las declaraciones de Soria. «Es inaudito que se pueda afirmar sin avergonzarse que sólo queda el 10% de la inversión prometida en el hospital de Soria». Se preguntó dónde están los 16 millones de euros de la primera fase cuando «en respuesta oficial el consejero de Sanidad ofrece la cifra de 34 millones».

S.L.O.

Confirmados dos de los cinco casos de acoso escolar detectados en Soria

El clima de convivencia en los centros sorianos es «muy positivo» gracias a la operatividad de los planes de convivencia

SORIA. Educación confirmó dos de los cinco posibles casos de acoso e intimidación detectados en centros educativos de la provincia de Soria a lo largo del curso 2013-2014, lo que supone la misma cifra de confirmaciones que el año académico anterior; no obstante hubo una docena de posibles casos. En Castilla y León quedaron confirmados 20 de los 178 posibles, mientras que un curso atrás fueron 24 los corroborados y 203 los detectados.

Los datos de convivencia del curso pasado fueron presentados ayer durante la segunda reunión celebrada por el Observatorio único de Castilla y León, en la sección de convivencia escolar. El encuentro estuvo presidido por la consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades, Milagros Marcos, acompañada por el titular de Educación, Juan José Mateos.

El informe aclara que los centros «se valora muy positivamente el clima de convivencia en los centros» escolares de la provincia de Soria, donde se desarrollaron 492 actividades y 85 trabajos dentro de los planes de convivencia.

A nivel autonómico, el informe ofrece conclusiones positivas: aumentan las actuaciones que los centros llevan a cabo para mejorar la convivencia y prevenir los conflictos, 695 más que en el curso anterior; y, paralelamente, disminuye el alumnado con incidencias en 348 estudiantes, así como los centros con mayor número de incidentes, que han bajado de 32 a 24.

De acuerdo con los datos que proporcionan los centros docentes, la situación de la convivencia escolar en Castilla y León es correcta. Los centros han incrementado el control de las incidencias relacionadas con la convivencia, así han descendido tanto los posibles casos de acoso e intimidación entre iguales, de 203 a 178, como los casos confirmados en el 2013-2014, de 24 en el curso anterior a 20.

Los incidentes relacionados con la disrupción escolar siguen siendo los de mayor prevalencia; no obstante, en su relación con el total de incidencias, continúan manteniendo la tendencia a la baja iniciada hace varios cursos.

HERALDO

SALUD LA INTERVENCIÓN FUE DESAUTORIZADA EL DÍA ANTERIOR

ATRAPADO ENTRE DOS AUTONOMÍAS

Sanidad deniega a un enfermo de cáncer de Barcelona operarse en Castellón

CHELO PASTOR CASTELLÓN

Tiene 34 años y una tremenda energía para seguir cumpliendo muchos más pese al extraño cáncer que le fue diagnosticado en octubre de 2013 y por el que fue desahuciado por oncólogos de Barcelona, ciudad en la que reside. Tan grande es su coraje que, si hace año y medio, cuando llegó desde la capital catalana al Hospital Provincial de Castellón en busca de ayuda médica, iba en silla de ruedas, esta misma semana ha vuelto a comenzar a practicar su deporte favorito: la escalada. Y esto no es un milagro.

En diciembre de aquel año, David Alejandre Romero se puso en manos de la doctora Isabel Tena, de la Unidad del Consejo Genético del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, de cuyas investigaciones sobre un raro cáncer de ínfima tasa de incidencia –afecta de 2 a 8 personas por millón de personas al año– supo su familia por internet. La oncóloga no sólo frenó la metástasis con 13 sesiones de quimioterapia sino que también coordinó la intervención quirúrgica con un experto del Hospital de La Fe de Valencia, quien el pasado mes de noviembre extirpó el tumor principal que tenía este paciente y que estaba ubicado en la pelvis.

Así recuperó Alejandre la esperanza y «calidad de vida» que había ido perdiendo en los últimos años, remontando la enfermedad con «una recuperación perfecta», según él mismo expresa. Ahora, la burocracia pone en peligro de nuevo la vida de este educador canino que tuvo que dejar su profesión y aficiones por una incapacidad total derivada del tumor que, en términos médicos, se llama el *simulador*, porque no se manifiesta como cáncer.

Este enfermo debería haber sido intervenido el pasado 3 de febrero de la metástasis que le invade el tórax, esta vez en el Hospital General de Castellón. «Nunca hubiera imaginado que dicha operación fuera desautorizada por el Ministerio de Sanidad, pero así me lo comunicó la víspera de la intervención quirúrgica la propia doctora Tena», explica, sorprendentemente sin rencor, aunque desde la incomprensión.

El Sistema de Información del Fondo de Cohesión, SIFCO, agencia del Ministerio de Sanidad que, hace año y medio, aprobó derivar a este paciente catalán a la Comunidad Valenciana para ser tratado por la doctora Tena, ha desautorizado ahora la segunda cirugía. «En 2013, aunque con reticencias, desde el SIFCO me aprobaron la solicitud para ser atendido en esta Comunidad y, sin embargo, ahora me dicen que la extirpación de mi tumor óseo debe ser valorado por otros médicos de Cataluña», explicó Alejandre. «¿Quién lo va a hacer, los que me daban apenas seis meses de vida y sólo quimioterapia paliativa?», se pregunta.

El paciente David Alejandre. EL MUNDO

A fin de romper las barreras de la burocracia, el entorno de David ha impulsado una recogida de firmas por internet, solicitando el permiso del Ministerio de Sanidad para que sea «un intervencionista del Hospital General quien practique la ablación y cimentación» a la que debe someterse.

Alejandre detalla que se trata «de una técnica muy compleja en la que existe un alto riesgo de fractura de los huesos, entre otras muchas complicaciones», por lo que se requiere contar con un profesional médico con experiencia». Ni el Ministerio ni el Instituto Catalán de Salud han dado una respuesta a las preguntas de este paciente, que sólo pide asistencia para seguir viviendo.

100 PALABRAS

El fin del copago hospitalario, un mérito de Castilla y León

EL COPAGO farmacéutico hospitalario ya es historia. El Ministerio de Sanidad anunció ayer su retirada de esa medida injusta, innecesaria y claramente recaudatoria que se inventó el Gobierno de Mariano Rajoy y que realmente no hacia falta que retirara, porque nunca se ha llegado a aplicar.

Eso si, el mérito de que los enfermos crónicos no tuvieran que hacer frente a ese sinsentido del copago hospitalario es en gran medida gracias a la Junta de Castilla y León. El Gobierno de Juan Vicente Herrera fue quien lideró la rebelión contra un copago injusto y lo hizo con argumentos, demostrándole a la entonces ministra de Sanidad, Ana Mato, que no se ahorraba un solo euro con la aplicación de esta medida.

Ahora, la nueva dirección del Ministerio de Sanidad de Alfonso Alonso retira una medida, en una decisión que desprende un tufo electoralista. Realmente este copago nunca debió plantearse y la realidad es que el Gobierno peleó hasta el último momento por aplicarlo, yendo contra el recurso que Castilla y León planteó ante el Tribunal de Justicia de Madrid para dejar sin efecto este nuevo recorte del Gobierno.

Rectificar es de sabios, sí, pero cuando se hace debería al menos reconocerse el error cometido, algo que no asume el Ministerio que viene ahora a decir que no tenía sentido que en una Comunidad se pagara y en otra no. Lo que no tenía sentido, y Castilla y León se lo demostró con los números en la mano, era su aplicación.

El PP reconoce que aún faltan de ejecutar 4M€ del hospital de 2014

El PSOE declara que la segunda fase está presupuestada en 35 millones y solo se han adjudicado 1,6M€

J.M. SORIA

El procurador del PP en las Cortes de Castilla y León Ignacio Soria reconoció ayer que aún faltan por ejecutar cuatro millones de euros de las obras del hospital correspondientes a 2014 y apuntó que «le pediremos a la Junta que se ejecute esta inversión». No obstante declaró que con las obras que se están realizando ahora en el hospital, para lo que este año se cuenta con una inversión de 2,5 millones de euros, estarán concluidos los trabajos en el 90% de las unidades de hospitalización, pese que el presupuesto total de la segunda fase, buena parte de él sin ejecutar aún, asciende a los 35 millones de euros.

Junto al procurador Javier Martín destacó la calidad asistencial de la sanidad en la provincia de Soria «gracias al buen hacer de los profesionales sanitarios y de las políticas de la Junta de Castilla y León. Con ello sigue siendo un sistema público, gratuito y de una calidad envidiable».

De izquierda a derecha, Ignacio Soria y Javier Martín. J. M.

Ignacio Soria destacó que «ya están en marcha las obras de la segunda fase del Hospital Santa Bárbara de Soria; ya hay obras y ahora mismo, con una inversión de 2 millones de euros, se están remodelando las unidades de traumatología, medicina interna y ginecología gracias al trabajo del PP de Soria». Para 2015, explicó Javier Martín, «hay prevista una inversión de 2,5 millones de euros para remodelar el Hospital de Día para enfermos oncológicos y la Unidad de Diálisis». Con ello, ha apuntó Ignacio Soria «estará concluido el 90% de las unidades de hospitalización del hospital Santa Bárbara».

En respuesta a la rueda de prensa del PP el procurador socialista en las Cortes, Javier Muñoz, declaró que «el balance del PP de las inversiones sanitarias en esta legislatura deja bien a las claras su voluntad de seguir mintiendo y engañando al conjunto de los sorianos. Es inaudito que se pueda afirmar sin avergonzarse que solo queda el 10% de la inversión prometida en el hospital de Soria». Añadió que «a estas alturas todo el mundo sabe que la segunda fase de las obras del Hospital aparecieron ofertadas en el BOE de la Comunidad por valor de 35 millones de euros, hasta que el propio PP decidió anular la oferta y retirarla, y a estas alturas y después de 4 presupuestos en esta legislatura, la Junta de Castilla y León solo ha adjudicado obras por valor de 1,6 millones de euros».