SORIA colegio oficial de Médicos

DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

JULIO - AGOSTO

2026

LO QUE LAS HERIDAS CUENTAN

UN ANÁLISIS CIENTÍFICO Y DOCUMENTADO DE 114 CASOS DE NIÑOS PALESTINOS EN GAZA QUE SUFRIERON DISPAROS SELECTIVOS EN LA CABEZA Y EL PECHO HA GANADO EL PREMIO EUROPEO DE PERIODISMO 2026. FUE PUBLICADO EN EL DIARIO NEERLANDÉS 'DE VOLKSKRANT', PERO NO SON LOS ÚNICOS QUE HAN DOCUMENTADO ESTE TIPO DE CRIMEN, QUE ISRAEL NIEGA. TE LO CONTAMOS.

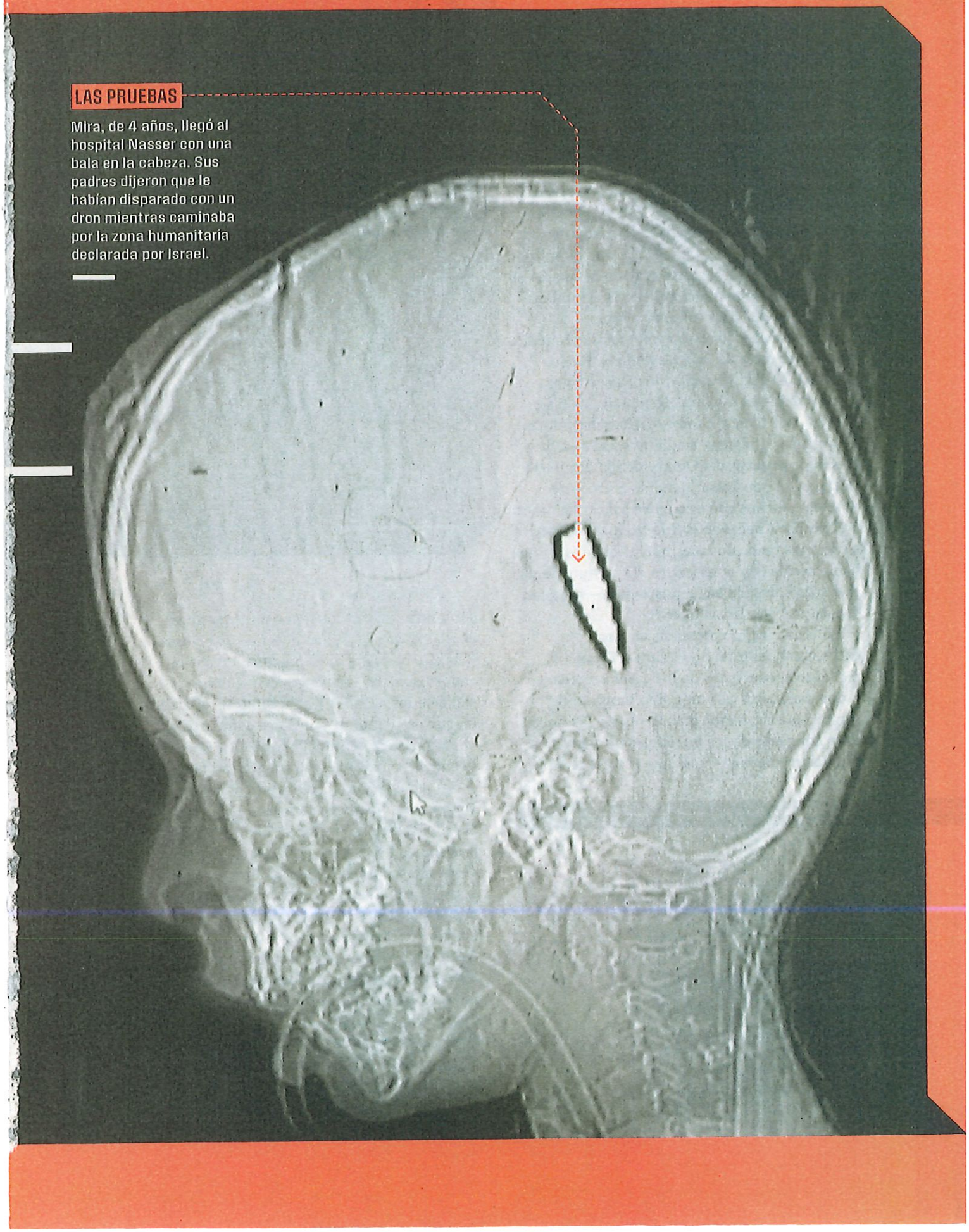
POR CARLOS MANUEL SÁNCHEZ

UNA ENFERMERA PALESTINA que apenas habla inglés señala las cabezas vendadas de dos niños conectados a respiradores y repite una palabra: *shot*. Les han disparado. El cirujano estadounidense piensa primero que se equivoca. Entonces mira las tomografías. Sobre el gris del hueso, una forma oval, blanca, nítida. No hace falta ser médico para adivinar lo que es. Una bala alojada dentro de una cabeza pequeña.

Es el primer día de Feroze Sidhwa en el Hospital Europeo de Gaza, marzo de 2024. Cirujano de trauma en Stockton (California), hijo de inmigrantes paquistaníes, ha operado en Zimbabue y en Haití, ha formado a médicos en Ucrania, y hasta esa semana creía saber lo que un ser humano puede soportar. En otra sala halla otros dos niños en el mismo estado. Durante los trece días siguientes llegarán nueve más: trece en total, cada uno con una sola bala en la cabeza o el pecho y sin otras heridas visibles.

Sidhwa anota lo que va viendo en el diario del móvil. Llegó a preguntarse si su hospital caía cerca de un francotirador enloquecido o de un equipo de drones que mataba niños por diversión. De vuelta en California, en un congreso, se cruza por azar con otro médico estadounidense que había trabajado en Gaza justo antes que él. Le menciona los niños. El otro asiente: él también los vio, casi cada día.

Ese cruce de pasillo fue el origen de una investigación periodística extraordinariamente compleja. Maud Effting y Willem Feenstra son reporteros del diario neerlandés *de Volkskrant*. El 3 de junio de 2026, en la Fundación Calouste


LAS PRUEBAS
Mira, de 4 años, llegó al hospital Nasser con una bala en la cabeza. Sus padres dijeron que le habían disparado con un dron mientras caminaba por la zona humanitaria declarada por Israel.

Gulbenkian de Lisboa, su reportaje, titulado *Lo que las heridas nos dicen,* fue escogido entre más de ochocientas candidaturas de 44 países. El jurado subrayó lo que hace singular a la pieza: el personal sanitario convertido en testigo de crímenes inconcebibles, y el rigor logrado en un contexto donde el acceso independiente es casi imposible. Israel no permite a los periodistas extranjeros entrar de forma independiente en Gaza; salvo contadas visitas bajo control militar, la prensa internacional informa desde fuera. Así que Effting y Feenstra convirtieron al personal sanitario en sus ojos sobre el terreno.

Durante meses hablaron con diecisiete médicos y una enfermera de Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Canadá y los Países Bajos, gente curtida en Sudán, Afganistán, Bosnia, Ruanda. Les pidieron fotos, radiografías, notas de quirófano, páginas de diario escritas a las tres de la madrugada. Quince de los diecisiete médicos dijeron haber atendido a niños de 15 años o menos con una única bala en la cabeza o el pecho. Aplicando el criterio más restrictivo —fuera los casos dudosos, fuera aquellos en que había heridas en otras partes del cuerpo, donde el disparo dirigido es menos seguro— sumaron 114. La mayoría no sobrevivió.

Esa cifra, 114, no pretende ser una estimación del total de víctimas. Es un recuento conservador de los casos recordados o documentados por un grupo limitado de sanitarios extranjeros durante estancias breves y en una parte de los hospitales de Gaza. Los propios médicos calculan que el total real puede ser mucho mayor: los niños que morían en el acto, dicen, no solían llegar a sus plantas. El límite de los 15 años buscaba reducir la ambigüedad; en la mayoría de los casos, explican los autores, las víctimas resultaban inequívocamente reconocibles como niños.



VÍCTIMAS DESDE EL PRINCIPIO

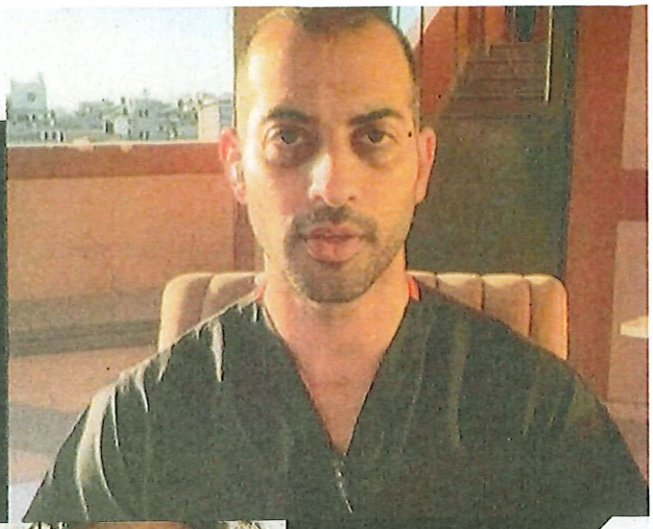
Los médicos tratan a tres niños palestinos heridos en el hospital Al-Aqsa tras un ataque israelí en el centro de la Franja de Gaza en 2023.

GETTY IMAGES / D.R.

UN EXJEFE DEL EJÉRCITO DE TIERRA HOLANDÉS JUZGÓ PRÁCTICAMENTE NULA LA POSIBILIDAD DE QUE MÁS DE CIEN IMPACTOS CONCENTRADOS EN LA CABEZA Y LA ZONA CARDIACA FUERAN FORTUITOS. "ESO NO ES DAÑO COLATERAL. ES FUEGO DIRIGIDO"

Luego está la verificación material. *De Volkskrant* mostró decenas de fotografías y varias radiografías a dos patólogos forenses. Wim van de Voorde, catedrático emérito de la Universidad de Lovaina, consideró que con toda probabilidad se trataba de disparos efectuados desde cierta distancia y dirigidos a la cabeza o el cuello con munición militar, aunque advirtió que las imágenes no bastaban por sí solas para extraer conclusiones judiciales. Frank van de Goot observó que los proyectiles alojados en los cráneos habían perdido energía antes del impacto, porque los niños tienen el cráneo más fino que los adultos y, de lo contrario, lo habrían atravesado: «A estos niños, por tanto, se les disparó desde una distancia considerable». El exjefe del Ejército de Tierra neerlandés Mart de Kruif juzgó prácticamente nula la posibilidad de que más de cien impactos concentrados en la





MÉDICO HUMANITARIO

El doctor Feroze Sidhwa, cirujano de California, de origen paquistaní, que ha trabajado en Palestina y ha sido testigo de los disparos selectivos a niños.



MIRA, 4 AÑOS

Contra todo pronóstico, Mira, la niña a la que corresponde la radiografía de la anterior página, logró sobrevivir al disparo en la cabeza. Le pudieron extraer la bala.

cabeza y la zona cardiaca fueran fortuitos. «Eso no es daño colateral —resumió—. Es fuego dirigido».

EL ESCONDITE INGLÉS MACABRO

Las Fuerzas de Defensa de Israel (FDI) niegan de forma sistemática disparar deliberadamente contra civiles, y rechazaron las acusaciones recogidas en el reportaje. Frente a esa versión, *de Volkskrant* recoge lo que militares israelíes han contado de forma anónima a *Haaretz*, el diario liberal israelí y el más crítico con la conducta del Ejército durante la guerra. Israel había abierto en mayo de 2025 cuatro puntos de distribución de alimentos a los que la población tenía que desplazarse para conseguir comida. Los soldados destinados allí describen lo que ocurría: se disparaba contra la multitud que esperaba, por orden de los mandos, aunque no supusiera ninguna amenaza. No había megafonía ni instrucciones de ningún tipo; el fuego cesaba cuando los mandos lo decidían y ese silencio era la única señal de que la gente podía acercarse. Disparar, dice uno de ellos, era su forma de comunicarse. «Es un campo de exterminio», resume otro. Un tercero cuenta que entre ellos comparaban aquello con el escondite inglés: el juego en el que hay que avanzar hacia un niño que está de espaldas y quedas eliminado si te ve moverse cuando se da la vuelta. La organización de veteranos Breaking the Silence recogió por su parte testimonios de militares a los que se ordenó disparar contra cualquiera que entrara en determinadas zonas.

Los periodistas holandeses no fueron los primeros en contarlo. Un mes antes, en agosto de 2025, el Servicio Mundial de la BBC había publicado su propia investigación: 168 casos de niños alcanzados por disparos entre octubre de 2023 y julio de 2025, de los cuales 95 recibieron el impacto en la cabeza o el pecho, y 67 tenían menos de 12 años. En los 59 casos en que la cadena pudo consultar testimonios presenciales, los testigos atribuyeron 57 disparos al Ejército israelí y dos a fuego palestino. La BBC habló con treinta médicos y enfermeros y revisó cientos de fotografías, vídeos, escáneres y notas clínicas. Las FDI respondieron a la cadena que los casos concretos serían examinados por las autoridades

competentes y que está estrictamente prohibido dañar de forma intencionada a civiles, en especial a niños.

Dar testimonio tiene una dificultad añadida. Los médicos son las mejores fuentes que quedan. Casi todos quieren volver a Gaza. Pero saben que, si hablan, Israel puede vetarles la entrada: más de cien sanitarios extranjeros han visto rechazado su acceso desde marzo de 2025, en casi todos los casos sin una explicación de fondo. Sidhwa contó que las organizaciones humanitarias advertían a los sanitarios de que no documentaran lo que veían, por temor a que Israel les impidiera regresar. Las fotografías que llegaron a los periodistas se tomaron, por tanto, bajo una presión extraordinaria: con la conciencia de que conservar una prueba podía cerrarles para siempre la puerta de Gaza.

"NADIE ME VA A CREER"

Según reconstruye *de Volkskrant*, a la anestesióloga Ahlia Kattan, norteamericana de origen iraquí, le trajeron una niña de menos de 2 años, muy pálida, aparentemente intacta; pensó que tendría una hemorragia interna. La madre gritaba. Kattan empezó el masaje cardiaco e intubó. Continuó la reanimación, explicaría después, para que la madre supiera que habían hecho todo lo posible. Entonces alguien le pasó la tomografía. Una bala. Un disparo en la sien. Hizo una foto desde los pies de la cama, una de las poquísimas que hizo en Gaza. Por qué la hizo es la frase que resume el problema: «Si no, nadie me va a creer».

LOS MÉDICOS SON LAS MEJORES FUENTES QUE QUEDAN. PERO SABEN QUE, SI HABLAN, ISRAEL PUEDE IMPEDIRLES QUE VUELVAN A ENTRAR EN GAZA. A MÁS DE CIEN SANITARIOS EXTRANJEROS LES HAN VETADO EL ACCESO DESDE MARZO DE 2025

Los periodistas debían verificar a distancia los relatos de quienes habían atendido a las víctimas y contrastarlos con fotografías, radiografías, diarios y notas quirúrgicas. Y buena parte de su trabajo consistió en decidir qué no enseñar. El periódico vio imágenes de decenas de niños con heridas de bala y publicó una selección tras mucha deliberación, porque las consideraba parte esencial de la investigación; los médicos que las tomaron consultaron con los familiares cuando pudieron, y cuando no —porque la familia estaba muerta, desplazada o era ilocalizable— las compartieron igualmente, convencidos del interés público. La mayoría del material no se publicó, por demasiado atroz.

Nizam Mamode, cirujano británico de trasplantes de 63 años, medio jubilado cuando lo llamaron para ir a Gaza, volvió a Londres y compareció ante una comisión del Parlamento británico. Contó que vio una radiografía que mostraba una bala alojada en el cerebro de un niño de 3 años. Y relató lo que ocurría después de los bombardeos: aparecían drones que disparaban contra quienes salían a auxiliar a los heridos. «Día tras día tras día», resumió. En mitad del relato se quedó sin voz, cerró los ojos, le temblaban los labios. Después cortó con unas tijeras su carné del Partido Laborista, tras casi tres décadas de militancia, porque se avergonzaba de un Gobierno que tenía la obligación moral de actuar y no lo hizo.

LOS MÉDICOS, TESTIGOS DE CARGO

Los médicos del reportaje fueron a Gaza a operar, no a denunciar. Casi todos se dieron cuenta, uno a uno, de que su trabajo no terminaba al volver a casa. Sidhwa acabó compareciendo ante el Consejo de Seguridad de la ONU el 28 de mayo de 2025. Allí afirmó que durante sus cinco semanas en Gaza no había visto ni tratado a un solo combatiente. Su discurso original, contaría luego, era más duro; lo suavizó por consejo de una persona de confianza, para no apartarse demasiado de los usos diplomáticos ni ser acusado de no ser neutral.

Que sea un cirujano de California, y no un periodista sobre el terreno, quien tenga que decir eso ante el Consejo de Seguridad no es un detalle menor. Cuando se veta el acceso independiente a la prensa, la carga de testificar recae sobre gente que no eligió ese papel y que a menudo ni sabe cómo ejercerlo. Effting y Feenstra, desde



SIN FIN
Un niño herido en el hospital Al-Shifa tras los ataques israelíes contra el campamento de refugiados de Jabalia, en la Franja de Gaza, el 20 de julio.

GETTY IMAGES / D.R.

una redacción en Ámsterdam, reunieron esos testimonios dispersos, los cruzaron entre sí, los contrastaron con documentos e imágenes, los sometieron a forenses y los seleccionaron hasta quedarse con el núcleo más difícil de refutar.

Sidhwa, por su parte, ya había participado en 2024 en una iniciativa de *The New York Times* que reunió el testimonio de sesenta y cinco médicos, enfermeros y paramédicos que habían trabajado en Gaza. Esperaba que aquellas declaraciones provocaran una reacción política mucho mayor. Según contó después el cirujano, no ocurrió: sostiene que la Administración Biden lo ignoró sin más.

En marzo de 2025, después de que Israel reanudara los bombardeos y quedara roto el alto el fuego, Sidhwa atendió a una niña de 5 años llamada Sham. Una esquirla le había atravesado el cerebro. Sentado en el suelo, mientras intentaba ayudarla a respirar y miraba la sangre que le salía de la mejilla izquierda, el cirujano descubrió que ya no podía pensar como médico. Se preguntaba quién había pagado aquel proyectil, si había salido de sus impuestos o de los de alguno de sus vecinos, y a qué estadounidense podía escribir para decirle dónde había terminado su munición. ■

La revista diaria de **EL MUNDO.** Martes, 4 de agosto 2026

VIRUS DEL NILO: "VAN A LLEGAR MÁS CASOS"

*Por **Alejandro Segalás (Salamanca)***

El aumento de las temperaturas globales y la globalización de las rutas de aves migratorias han provocado que el mosquito transmisor del virus del Nilo se haya convertido en un habitante asentado en la cuenca del Guadalquivir en los meses de calor.

En los últimos días, la Junta de Andalucía ha confirmado cinco nuevos casos de fiebre del Nilo Occidental en humanos en la provincia de Sevilla, los dos últimos ayer mismo. Con estos dos, que presentan cuadros leves de la enfermedad, ya son 16 los casos registrados esta temporada en Andalucía, 11 leves y cinco neuroinvasivos.

Raúl Rivas, catedrático de Microbiología de la Universidad de Salamanca, explica que en España hay dos grandes focos. Uno está en el suroeste, que es esa zona de Sevilla «que es la que ahora más suena». El otro foco grande está en la zona de la desembocadura del Ebro. «Son linajes diferentes del virus. El linaje que tenemos en Andalucía Occidental es el linaje 1 y el que tenemos en el noreste es el linaje 2, que es el más típico en Europa», expone Rivas.

«Ahora mismo tenemos una situación que está dentro de lo que cabría esperar en Andalucía porque el virus está en circulación entre las aves y sabemos que afecta particularmente a los córvidos y a las rapaces», asegura, mientras que describe que el mosquito común, que es el principal vector, realmente siente predilección por las aves. «A nosotros nos pica si pasamos por allí, pero lo habitual es que el ciclo mosquito-ave se cierre», apuntala.

«Dada la situación, es muy posible que veamos más casos confirmados en las próximas fechas. Entiendo que con las alertas y con las medidas a tomar la situación mejorará, pero es evidente que son zonas en las que el virus está circulando y hay cierto riesgo para la población», reflexiona.

El aumento de enfermedades emergentes o reemergentes en diferentes zonas geográficas, como este virus o el de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, es algo de lo que no había que preocuparse hace años, pero ahora sí y esto no va a desaparecer. «Ambos virus están en circulación y lo normal es que sigan en las próximas campañas», remata.

MÁS MICROPLÁSTICOS EN LA SANGRE DE LOS QUE SUFREN INFARTOS

Investigación. Un estudio liga los ataques al corazón con una mayor presencia en el organismo de estos compuestos, que también se hallaron en mayor medida en pacientes fumadores y expuestos a la contaminación

*Por **C. G. Lucio (Madrid)***

Los plásticos están por todas partes, incluido nuestro organismo. Se han detectado partículas microscópicas de estos compuestos en los pulmones, la placenta, nuestra sangre... Y aunque todavía no se conocen sus posibles efectos en la salud, hay una creciente inquietud sobre su impacto.

Un estudio publicado ayer en el *European Heart Journal*, la revista de la Sociedad Europea de Cardiología, señala que las personas que han sufrido un infarto tienen mayores niveles de micro y nanoplásticos en su sangre que el resto. La investigación, de carácter observacional y de pequeño tamaño, no permite concluir que estos compuestos sean causantes de los ataques al corazón, pero sí sugiere la existencia de un fuerte lazo entre ambos.

Según la definición de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), los microplásticos miden entre 1 micrómetro (µm) y 5 milímetros (mm) y suelen ser más pequeños que un grano de arroz. Los nanoplásticos, en cambio, son aún más pequeños (entre 1 y 1.000 nanómetros), lo que los hace invisibles a simple vista.

«Los microplásticos y nanoplásticos son partículas diminutas de plástico que se encuentran prácticamente en todas partes en el medio ambiente, incluido el aire que respiramos, el agua que bebemos y muchos de los alimentos que consumimos. En los últimos años, los científicos han comenzado a detectar estas partículas en tejidos y órganos humanos, lo que ha suscitado preocupación por sus posibles efectos en la salud. Sin embargo, se sabía muy poco sobre si estas partículas están presentes en la circulación coronaria o si factores ambientales como el tabaquismo y la contaminación atmosférica podrían influir en su presencia», explica Pasquale Paolisso, especialista de la Universidad Sapienza de Roma (Italia) y principal firmante del trabajo en un comunicado.

Para llevar a cabo la investigación, el equipo de Paolisso realizó un seguimiento a 61 pacientes con tres perfiles distintos: parte de ellos habían sufrido un infarto de miocardio, otros tenían una enfermedad coronaria diagnosticada y, finalmente, los del último grupo no presentaban ningún problema de corazón.

Tras someterles a distintas pruebas y análisis, los investigadores comprobaron que había grandes diferencias entre los perfiles analizados y que la presencia de microplásticos era mucho más alta entre quienes habían sufrido un ataque al corazón. Así, estos compuestos podían detectarse en el 84% de los pacientes que habían sufrido un infarto, mientras que ese porcentaje bajaba al 40% entre quienes solo tenían un diagnóstico de cardiopatía isquémica y a un 32% en el caso de aquellos cuyas arterias coronarias eran normales. Según el trabajo, los pacientes que habían sufrido un infarto presentaban también una mayor variedad de tipos de plástico en la sangre.

Además, la investigación también reveló que los participantes que estaban expuestos a niveles más elevados de contaminación atmosférica tenían más probabilidades de presentar microplásticos en la sangre, un extremo que también se cumplía en el caso de los fumadores. Los pacientes que fumaban habitualmente tenían seis veces más probabilidades de tener microplásticos en sangre.

Según los resultados del trabajo, todos los pacientes fumadores expuestos a niveles altos de contaminación atmosférica presentaban plásticos en la sangre, en comparación con solo el 12,5% de los pacientes no fumadores que no estuvieron expuestos a niveles elevados de contaminación.

«Estos hallazgos no demuestran que los microplásticos causen infartos, pero revelan una fuerte asociación entre las exposiciones ambientales, la presencia de microplásticos en la sangre y las enfermedades cardiovasculares», subrayan los investigadores, quienes hacen hincapié en que el estudio también muestra que el hábito de fumar muestra una potente relación con la presencia de microplásticos en sangre.

Ignacio Fernández Lozano, presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), apunta que si bien el diseño de la investigación y su pequeño tamaño impiden extraer conclusiones definitivas sobre la relación entre los microplásticos y los infartos, este trabajo «sí pone el foco sobre aspectos de la contaminación y su impacto en la salud cardiovascular que hasta hace poco no se estaban teniendo en cuenta».

"Estas partículas están en todas partes, incluido el aire que respiramos y el agua que bebemos"

«En 2024 un estudio publicado en *The New England Journal of Medicine* ya mostró la presencia de microplásticos en las arterias carótidas y este trabajo añade evidencia en esa línea», señala Lozano, quien recuerda que esta es una línea de investigación en expansión. «La relación que se observa con la contaminación y el tabaquismo es muy interesante y sería importante que otros estudios la estudiaran en profundidad», concluye.



Restos de plásticos recogidos en la playa de Famara (Lanzarote). EL MUNDO

EL ROSTRO DE LA GALICIA MÁS LONGEVA



Dolores Rivera, de 105 años, muestra su DNI en su casa de Ribeira (La Coruña).



José Fernández (101) rememora décadas de trabajo en el mar.



Manuel Fernández (100) juega una partida de escoba junto a su hijo.



Flora Matilde Vázquez (99) pasea acompañada por su hijo. FOTOS: ROSA GONZÁLEZ

El secreto de los 1.500 gallegos que han superado la barrera del siglo

Galicia crea un registro para encontrar las claves de una longevidad única en España

JUAN B. CAÑELLAS RIBEIRA

A veces Dolores necesita que su hija le acerque las preguntas hasta donde el oído todavía alcanza. Pero basta con empujar la conversación unas cuantas décadas hacia atrás para que vuelva la *rapaza*. La que estudió piano, la que iba a bailes y la que rara vez regresaba sola a casa. «*Eu tiven tres noivos, eh*», anuncia mientras se acomoda el pañuelo azul sobre las rodillas. Los nombres afloran enseguida con una facilidad que desarma. «Luis Charro... Ernesto López». El tercero se resiste un poco más. Dolores rebusca. Frunce el ceño. Su hija sonríe y le tiende la mano. «¿Y aquel famoso?». Entonces suelta una risa pequeña, de muchacha sorprendida en una travesura. «¿Benito Villamarín? Nada, nada. Ese fue novio y nada más». Y durante unos segundos cuesta encontrar a la mujer de 105 años sentada en el salón de su casa de Ribeira, en La Coruña.

Como ella, más de 1.500 gallegos han superado ya la barrera del siglo. Un selecto club de hombres y mujeres que ha llevado a la Xunta a anunciar la creación de un registro de centenarios para intentar desenredar las claves de una de las generaciones más longevas de Europa.

Aunque todavía se encuentra en una fase preliminar, un estudio que la Sociedad Gallega de Gerontología y Geriatría publicará próximamente, apunta ya a varios rasgos comunes entre quienes alcanzan la extrema longevidad: una actividad física constante, una alimentación basada en productos de proximidad, fuertes vínculos familiares y comunitarios y una extraordinaria capacidad para sobreponerse a las adversidades.

«Se enfrentaron a mil dificultades; son la generación de la resiliencia»

«Estamos hablando de personas que atravesaron una guerra civil, una dura posguerra, épocas de escasez y toda clase de dificultades. Si hay un rasgo que comparten quienes han alcanzado los cien años es su capacidad para adaptarse a cualquier circunstancia, algo que las convierte en la auténtica generación de la resiliencia», revela José Manuel Faílde, presidente de la entidad y responsable de la investigación.

Según explica, muchos de estos rasgos aparecen especialmente acentuados en el norte de España y, con especial intensidad, en una Galicia que durante buena parte del siglo XX fue mayoritariamente rural, formada por pequeñas aldeas dispersas donde «los niveles de estrés eran menores» y mantenerse ocupado formaba parte de la vida cotidiana. «Los centenarios tienen en sí un auténtico patrimonio de salud. Igual que protegemos nuestro legado artístico o cultural, debemos estudiarlos para entender qué les ha permitido llegar hasta aquí y qué podemos aprender de ellos», defiende.

De resiliencia sabe bastante José Fernández (101), que cruza sin ayuda el pasillo de su casa y todavía recita de memoria los nombres de bajos y peñascos con los que durante décadas se orientó en el mar. Pasó media vida embarcado en un oficio familiar que define como «esclavo» –«yo habría preferido cualquier otra cosa, incluso ser cura»– y que le curtió entre temporales. Quizá por eso, cuando se le pregunta por la fórmula mágica, se encoge de hombros. «Alimentos buenos, *sentidiño* y, voy a decir la verdad, gracias a los médicos».

Porque no se trata solo de alcanzar la meta, sino de llegar con el menor desgaste posible. Cristina Margusino, médica rural y presidenta de la asociación sobre longevidad Ourensividad, explica que las patologías más frecuentes entre los centenarios son la hipertensión, la diabetes tipo

«La soledad no deseada sigue siendo el gran enemigo»

2 o el colesterol elevado. Sin embargo, en un estudio realizado por su equipo hubo algo que llamó especialmente la atención: la cantidad de personas que alcanzaban esas edades sin patologías que requiriesen tratamiento. «Cerca de uno de cada cinco entrevistados pertenecía al grupo de los llamados *escapados* y *retrasadores*, quienes lograron esquivar las dolencias más comunes o retrasarlas hasta edades muy avanzadas». Y aunque no aparece en ninguna historia clínica, señala que «la soledad sigue siendo uno de los grandes enemigos del envejecimiento saludable».

De hecho, ninguno de los centenarios entrevistados por EL MUNDO estaba solo. Manuel Fernández (100) ha vivido siempre rodeado de los suyos en Aguiño (La Coruña), sigue saliendo a pasear acompañado por su hijo y todavía disfruta de las partidas de cartas, aunque en casa aseguran entre risas que «mantiene la costumbre de hacer alguna trampa para ganar». Flora Matilde Vázquez (99), por su parte, reside en un centro de mayores después de varias caídas, pero recibe la visita diaria de su hijo, que la acompaña a las consultas médicas, da largos paseos con ella y se ha convertido en su principal apoyo. «Me da todos los caprichos que quiero», resume.

Y quizá ahí se esconda otra de las claves. En una comunidad que concentra algunas de las mayores tasas de longevidad y donde algunas zonas del interior rivalizan con referentes mundiales como Okinawa (Japón) o Icaria (Grecia), cada vez son más los investigadores que intentan comprender este fenómeno. Galicia, mientras tanto, continúa protegiendo uno de sus patrimonios más valiosos: sus centenarios.

El riesgo de coger una baja crece tras las reformas del Gobierno

● La recuperación del 100% del salario en las bajas de los funcionarios elevó un 40% la probabilidad de iniciar un proceso de IT ● En el sector privado aumentó un 30% entre los temporales convertidos a fijos

CRISTINA ALONSO MADRID

La crisis del absentismo ha irrumpido con fuerza en el debate político y se ha convertido en uno de los grandes frentes económicos del año. No es para menos: el coste que asume el Estado por las bajas de los trabajadores enfermos se ha triplicado en una década y ya es la segunda partida de gasto más abultada de la Seguridad Social, solo por detrás de las pensiones. El Gobierno lleva meses intentando configurar un plan de choque que ataje el problema, pero las negociaciones con los agentes sociales están atascadas y las medidas puestas en marcha se han demostrado insuficientes. Al contrario, algunas de las reformas aprobadas en los últimos años para ampliar la protección de los trabajadores han tenido un efecto no deseado sobre la Incapacidad Temporal (IT), aumentando incluso la probabilidad de que los afectados inicien procesos de baja.

Es una de las conclusiones que arroja la evaluación más completa elaborada hasta la fecha sobre la IT. La firma la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF), que llevó a cabo un exhaustivo estudio por encargo del Gobierno con un doble objetivo: primero, detectar las tendencias que han disparado el gasto y segundo, plantear un paquete de medidas para evitar que el agujero en las cuentas públicas se siga expandiendo. El contenido es de sobra conocido y se resume bien en los gráficos que acompañan estas líneas, si bien el debate actual merece recuperar un capítulo para entender cómo hemos llegado hasta aquí y hasta qué punto las decisiones gubernamentales no solo no han atajado esta crisis, sino que, en algunos casos, han llegado incluso a agravar el problema.

El informe identifica cinco causas que explican el fuerte aumento de las bajas desde 2018: un marco normativo más garantista, los complementos salariales pactados en los convenios, la mejora del mercado laboral, el deterioro del sistema sanitario y el envejecimiento de la población trabajadora. Así, rechaza que exista una única explicación del fenómeno, pero sí concluye que algunas reformas públicas aumentaron los incentivos para solicitar una baja.

La primera evaluación analiza el Real Decreto 956/2018, que devolvió a los empleados públicos el derecho a cobrar el 100% de sus retribuciones durante una baja médica. Mediante una metodología que compara la evolución de trabajadores afectados por la reforma con un grupo similar no afectado, la AIReF concluye que la medida elevó alrededor de un 40% la probabilidad de iniciar un proceso de IT. La segunda se centra en la reforma laboral de 2021, ya que la conversión masiva de trabajadores temporales a indefinidos permitió medir cómo influye una mayor estabilidad laboral sobre las bajas. El resultado es que quienes adquirieron un contrato fijo incrementaron alrededor de un 30% la probabilidad de pedir una baja respecto al grupo de comparación.

No obstante, la AIReF señala que estas reformas apenas explican el incremento de la duración de las bajas, una de las principales preocupaciones empresariales. En el sector público, recuperar el salario íntegro durante la IT no produjo un aumento estadísticamente significativo de la duración de los procesos. Mientras, en el privado, la reforma laboral sí tuvo



Un grupo de trabajadores pasea por una zona de oficinas de la capital madrileña. ANTONIO HEREDIA

«QUE TU ABUELA NO RECIBA LA MEDICACIÓN A SU HORA»: LA DURA CAMPAÑA DE CEOE

«Que tu abuela no reciba la medicación a su hora»; «esperar una hora a que te traigan el segundo plato» o «esperar al técnico de internet toda la tarde y que no aparezca». Son algunos de los mensajes que ha plasmado la CEOE en una dura campaña contra el absentismo en marquesinas de autobús. La reacción sindical no se ha hecho esperar y CCOO ya ha pedido su retirada.

«Evitar las consecuencias del absentismo injustificado es responsabilidad de todos», añaden los carteles de CEOE Cantabria. «Mientras unos no están, otros esperan», rematan.

CCOO considera «intolerable» la campaña por «criminalizar» a los trabajadores «por ejercer sus derechos» y advierte a la CEOE de que si no da marcha atrás emprenderán acciones legales.

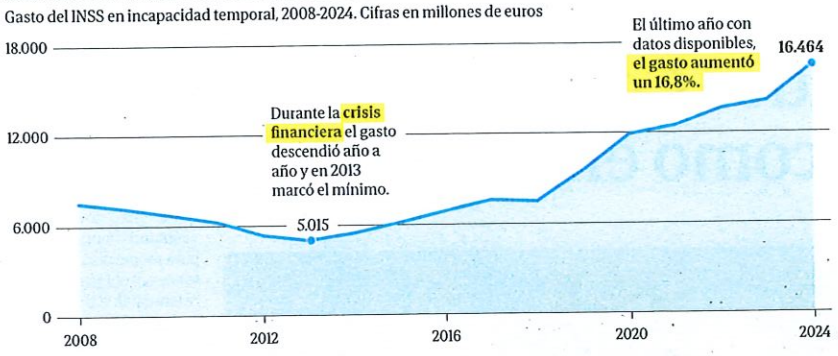


Uno de los carteles difundido en Santander. EM

RADIOGRAFÍA DE LAS BAJAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

EL GASTO EN BAJAS SE TRIPLICA EN UNA DÉCADA

Gasto del INSS en incapacidad temporal, 2008-2024. Cifras en millones de euros



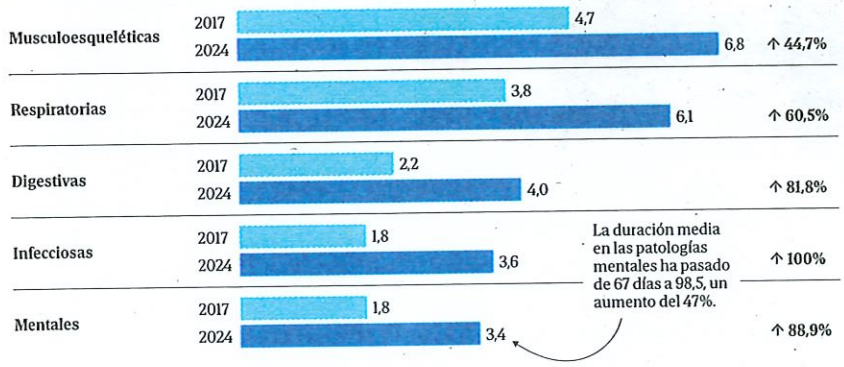
LA BRECHA ENTRE ASALARIADOS Y AUTÓNOMOS SE ENSANCHA

Incidencia de IT por régimen: episodios por 1.000 afiliaciones



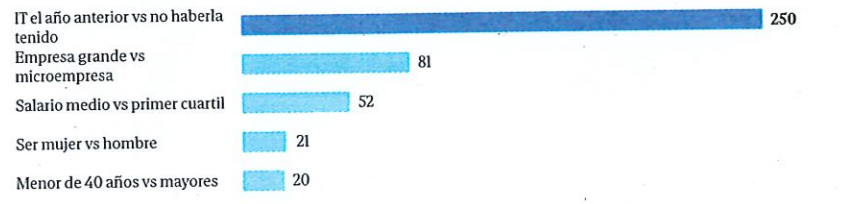
SUBEN MÁS LAS PATOLOGÍAS MENTALES E INFECCIOSAS

Incidencia de IT por diagnóstico (CIE-10): episodios por 1.000 afiliaciones



LOS FACTORES QUE MÁS AUMENTAN EL RIESGO DE BAJA

Aumento de probabilidad de iniciar IT, con el resto de rasgos constantes. En %



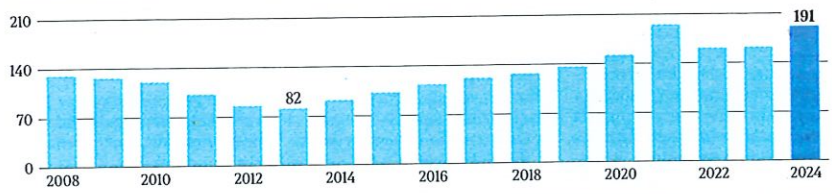
LAS REFORMAS MÁS GARANTISTAS ELEVAN LAS BAJAS

Impacto causal estimado sobre la probabilidad de iniciar un episodio de IT. Cifras en %



EL GASTO DE LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS SE DUPLICA

Gasto en subsidio de IT de Muface, Mugeju e Isfas, 2008-2024. Cifras en millones de euros



FUENTE: AIReF, Estadística de IT (Seg. Social), memorias de Muface, Mugeju e Isfas y microdatos INCA + afiliación. EL MUNDO

un efecto, aunque reducido, de aproximadamente un día adicional por baja. Aun así, la duración media de las bajas en el Régimen General aumentó de 40 días en 2017 a 45,9 días en 2024. Y al mismo tiempo, la mejora del complemento retributivo redujo la duración media de la IT en un 30% en el sector público, aunque el efecto agregado fue un incremento del 14% en el total de días no trabajados al mes, ya que el aumento de la probabilidad de iniciar una baja compensó ampliamente esa reducción.

RECHAZO SINDICAL

Los sindicatos rechazan las conclusiones del informe de manera frontal. CSIF considera «muy perverso» vincular la incapacidad temporal con el complemento retributivo porque, en su opinión, parte del prejuicio de que los empleados públicos abusan de las bajas. Defiende que este complemento evita que los trabajadores «tengan que elegir entre cuidar su salud o sufrir una penalización salarial» y sostiene que, ante el aumento de las bajas, la respuesta debe consistir en reforzar las administraciones públicas, reducir las listas de espera, respetar la labor de los profesionales sanitarios y mejorar la atención a la salud mental, en lugar de plantear «recortes sobre los trabajadores».

CCOO comparte esa posición y niega que exista un problema específico en el sector público. El sindicato sostiene que el verdadero problema es la insuficiencia de personal en los servicios públicos y afirma que las mejoras en los complementos por IT no influyen en la decisión médica de conceder una baja. También considera que el trabajo de la AIReF se limita al análisis del gasto público en IT dentro de un periodo concreto y no profundiza en las causas del deterioro de la salud de los trabajadores.

En la misma línea, el vicesecretario general de Política Sindical de UGT, Fernando Luján, sostiene que el informe no puede servir como referencia para orientar las políticas públicas sobre IT porque, según afirma, contiene «errores objetivos y conclusiones metodológicamente discutibles». Critica que relacione una mayor probabilidad de baja con ser mujer, tener un contrato indefinido, trabajar en el sector público o disfrutar de mejores condiciones laborales. A su juicio, esas conclusiones no constituyen un análisis científico, sino una interpretación que pone «bajo sospecha el ejercicio legítimo de derechos laborales y de protección social».

El informe también evidencia la enorme brecha que existe entre asalariados y trabajadores por cuenta propia. En 2024, la incidencia media mensual de la IT entre los afiliados al Régimen General alcanzó los 36,8 procesos por cada 1.000 trabajadores protegidos, frente a 10,4 por cada 1.000 entre los autónomos del RETA, una diferencia de más de tres veces. Y la distancia se agranda, porque en 2017 el dato entre los trabajadores por cuenta ajena era 23,9 y entre autónomos se situaba en apenas 9,6 episodios.

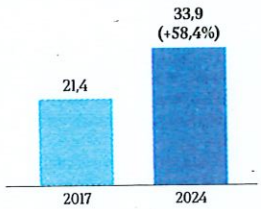
La AIReF atribuye esta brecha, en parte, a los distintos incentivos económicos de ambos regímenes. Mientras que un asalariado suele mantener una parte importante –e incluso la totalidad– de sus ingresos durante la baja gracias a la prestación y a los complementos de convenio, el autónomo continúa soportando los costes fijos de su actividad y, en muchos casos, pierde ingresos o clientes si deja de trabajar.

El organismo que preside Inés Olóndriz (aunque este informe fue elaborado bajo el mandato de Cristina Herrero) considera que esa diferencia de incentivos ayuda a explicar por qué los asalariados recurren con mucha mayor frecuencia a la IT, aunque advierte de que también influyen otros factores, como la distinta estructura por edades, ocupaciones y condiciones de trabajo de ambos colectivos.

A la vista de estos datos, el presidente de la asociación de autónomos

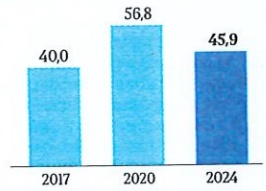
LA INCIDENCIA SE DISPARA

Episodios por 1.000 afiliaciones



LOS PROCESOS DURAN MÁS QUE ANTES DEL COVID

Duración media de las ITCC, en días



CADA VEZ MÁS GENTE ENCADENA VARIAS BAJAS

% de personas con más de un episodio de IT en el año



Los asalariados registran más del triple de bajas que los autónomos

ATA y vicepresidente de CEOE, Lorenzo Amor, llama a una «reflexión sosegada». «Usamos el mismo sistema de salud que los asalariados, vamos a los mismos médicos, la edad media es superior entre autónomos que asalariados, aguantamos las mismas listas de espera y sufrimos la salud mental. También de media trabajamos una jornada más a la semana que los asalariados», apuntaba recientemente en su cuenta de la red social *X*.

Mirar al Sol sin riesgos. Consejos para disfrutar del eclipse total con seguridad

Observar el Sol sin la protección adecuada puede provocar lesiones irreversibles en la retina. Elegir unas gafas homologadas, conocer exactamente cuándo pueden retirarse y evitar algunos errores muy extendidos será tan importante como encontrar un buen lugar para contemplar el fenómeno

El eclipse total de Sol del próximo 12 de agosto promete convertirse en una de esas experiencias que permanecen en la memoria toda la vida. Durante poco más de un minuto, la Luna ocultará completamente el disco solar sobre buena parte de España, el cielo adquirirá un aspecto crepuscular en pleno atardecer y aparecerá la corona solar, una imagen que solo puede contemplarse durante la totalidad.

Sin embargo, disfrutar del espectáculo exige algo más que mirar hacia arriba. Los especialistas llevan meses insistiendo en un mensaje que puede parecer repetitivo, pero que resulta esencial: observar el Sol sin la protección adecuada puede causar daños permanentes en la visión. El Instituto Geográfico Nacional (IGN), responsable de la información oficial sobre el eclipse, recuerda que la radiación solar puede producir lesiones irreversibles en la retina sin que la persona sienta dolor alguno, precisamente porque este tejido carece de terminaciones nerviosas. Cuando aparecen los síntomas, el daño ya se ha producido.

Medidas para observar el eclipse de manera segura

Hay que tener en cuenta:

- Se deben usar gafas certificadas ISO 12312-2 durante todo el eclipse, ex cepto en la fase de totalidad durante 1' 28". También se pueden usar filtros solares homologados, como las láminas de Mylar. Es importante no usar nunca radiografías ni cristales ahumados.
- Se deben revisar las gafas antes de usarlas para asegurarse de que no estén dañadas.
- Los telescopios y binoculares deben tener filtros especiales que bloqueen el 99% de la luz solar.

EL MAYOR PELIGRO, QUE NO DUELE

La lesión ocular más característica recibe el nombre de retinopatía solar. Se produce cuando la enorme cantidad de energía procedente del Sol incide directamente sobre la mácula, la zona de la retina responsable de la visión de máxima precisión.

Lo más peligroso es que la lesión suele desarrollarse sin dolor. Mientras la persona contempla el eclipse puede creer que no sucede nada anormal. Horas después comienzan a aparecer manchas oscuras, visión borrosa, pérdida de contraste o dificultad para leer, alteraciones que, dependiendo de la intensidad de la exposición, pueden prolongarse durante meses o incluso resultar permanentes.

Todo tiene su explicación porque como es bien sabido, la radiación que llega del Sol se compone de dos tipos de luz: la visible y la no visible. La luz visible es aquella que vemos y que, cuando atraviesa la retina, al enfocarse, da forma a todos los objetos y al entorno que nos rodea. Sin embargo, la invisible, formada en su mayor parte por radiación ultravioleta (UV) e infrarroja (IR), también alcanza nuestros ojos, aunque no la percibamos a través de los sentidos.

Lamentablemente, la forma en la que actúan sobre el ojo es muy diferente en cada una: mientras que la visible no tiene ninguna alteración más que la de formar las imágenes, la ultravioleta y la infrarroja son muy perjudiciales al entrar en contacto con una zona tan sensible como es el ojo humano. Así, la radiación UV puede causar daños graves en la superficie del ojo, como quemaduras oculares o una degeneración macular que conllevaría la pérdida de visión en la zona central. Por su parte, la IR puede penetrar más en la retina, generando un incremento de calor dentro del ojo que produce daño térmico y la pérdida completa de visión.

La Academia Americana de Oftalmología recuerda que basta una exposición relativamente breve para producir lesiones, especialmente si se utilizan prismáticos, telescopios o cámaras sin los filtros adecuados, ya que concentran todavía más la energía solar.

NO SIRVE CUALQUIER CRISTAL

Cada eclipse revive algunos mitos que parecían desterrados. Las radiografías, los cristales ahumados, los CD, los negativos fotográficos, las gafas de sol, los filtros improvisados o las antiguas gafas de soldador siguen apareciendo como supuestas alternativas económicas. No lo son.

El Instituto Geográfico Nacional es especialmente contundente al respecto. Todos esos sistemas resultan inseguros y están totalmente desaconsejados porque permiten el paso de radiaciones invisibles capaces de dañar la retina aunque la luz parezca atenuada.

Las gafas de sol convencionales tampoco ofrecen ninguna protección útil. Reducen la intensidad de la luz visible, pero no filtran adecuadamente la radiación solar concentrada que alcanza el ojo durante una observación directa.

ELEGIR UNAS GAFAS SEGURAS

La enorme demanda de gafas para eclipses ha favorecido la aparición de imitaciones y productos de dudosa procedencia. Por eso los organismos científicos recomiendan comprobar varios aspectos antes de comprarlas.

El primero es la presencia de la norma EN ISO 12312-2:2015, específicamente diseñada para la observación directa del Sol. Si únicamente aparece la referencia ISO 12312-1, destinada al uso general de gafas de sol, el producto no sirve para contemplar un eclipse.

También debe figurar un marcado CE auténtico cuando las gafas se comercialicen en la Unión Europea, junto con el nombre del fabricante, las instrucciones de uso y las advertencias de seguridad.

Antes del eclipse conviene examinarlas cuidadosamente. Si presentan rayaduras, perforaciones, dobleces, zonas transparentes o cualquier deterioro del filtro, deben desecharse inmediatamente. Un pequeño defecto basta para permitir el paso de una cantidad peligrosa de radiación.

Los expertos recomiendan adquirirlas únicamente a través de distribuidores oficiales, planetarios, asociaciones astronómicas o entidades científicas que trabajen con fabricantes acreditados.

Existe una excepción importante. Durante un eclipse total hay un brevísimo intervalo en el que puede contemplarse el Sol sin ningún tipo de protección: la totalidad.

Ese momento comienza únicamente cuando el último punto brillante de la fotosfera desaparece por completo detrás de la Luna y termina en cuanto reaparece el primer destello de luz solar.

Durante ese intervalo pueden observarse directamente la corona solar, las protuberancias rojizas y algunos de los fenómenos más espectaculares del eclipse.

Pero fuera de esos escasos segundos —antes y después de la totalidad— las gafas deben permanecer puestas en todo momento. El IGN insiste expresamente en esta recomendación.

Los menores constituyen uno de los colectivos que requieren mayor vigilancia.

La curiosidad hace que retiren con frecuencia las gafas para comprobar "cómo se ve mejor". Conviene explicarles previamente por qué no pueden hacerlo y supervisar continuamente la observación.

También resulta recomendable que practiquen antes cómo ponerse y quitarse correctamente las gafas, evitando mirar al Sol mientras las manipulan.

NUNCA SIN FILTROS

Uno de los errores más peligrosos consiste en utilizar prismáticos, telescopios o teleobjetivos creyendo que las gafas de eclipse son suficientes. No lo son.



Para observar un eclipse solar de forma segura, resu

Estos instrumentos concentran una enorme cantidad de energía solar que puede destruir instantáneamente tanto el filtro como la retina.

La NASA y la American Astronomical Society recuerdan que cualquier instrumento óptico debe incorporar un filtro solar específico colocado delante del objetivo, nunca detrás del ocular. Los filtros improvisados o situados en posiciones incorrectas pueden romperse por el calor acumulado.

Lo mismo ocurre con las cámaras fotográficas. Los sensores digitales también pueden resultar dañados si se fotografían las fases parciales sin la protección adecuada.

Encontrar un buen lugar será casi tan importante como disponer de unas gafas homologadas.

El eclipse del 12 de agosto se producirá con el Sol muy bajo sobre el horizonte occidental. Por ello será imprescindible elegir un emplazamiento con una vista completamente despejada hacia poniente.



ndispensable proteger tu vista utilizando gafas con filtros solares homologados que cumplan con la normativa ISO 12312-2. Nunca mires directamente al Sol sin ellas, ni uses métodos caseros. / ICAL

Una pequeña colina, una línea de árboles o incluso un edificio lejano pueden ocultar precisamente los segundos de totalidad.

Los especialistas aconsejan visitar previamente el lugar elegido, comprobar el horizonte a la misma hora del día y llegar con varias horas de antelación. Miles de personas se desplazarán hacia la franja de totalidad y se esperan importantes retenciones en muchas carreteras.

Aunque la trayectoria del eclipse puede calcularse con una precisión de fracciones de segundo, existe un factor imposible de controlar: las nubes.

Por eso el Instituto Geográfico Nacional recomienda utilizar el visualizador oficial del eclipse, que integra información astronómica con datos meteorológicos en tiempo real proporcionados por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET). Desde él pueden consultarse los horarios exactos para cada municipio, el porcentaje de ocultación del Sol y la previsión del tiempo.

Los expertos aconsejan no decidir definitivamente el lugar de observación hasta dos o tres días antes, cuando las previsiones meteorológicas alcancen un grado razonable de fiabilidad.

Muchos aficionados centran toda su atención en obtener la fotografía perfecta y terminan perdiéndose el propio eclipse. Los astrónomos experimentados suelen repetir el mismo consejo: durante la totalidad merece más la pena disfrutar del fenómeno que intentar resolver problemas técnicos con la cámara.

Si se decide fotografiarlo, todo el equipo debe prepararse con antelación, utilizando filtros homologados durante las fases parciales y retirándolos únicamente mientras el Sol permanezca completamente oculto.

LOS INCENDIOS, OTRO RIESGO

La principal preocupación de las administraciones no es el eclipse, sino lo que ocurrirá alrededor de él, ya que el fenómeno coincidirá con la época de máximo riesgo de incendios forestales y, además, con la semana en la que estadísticamente se registra el mayor número de fuegos en Castilla y León.

Por ese motivo, la Junta desaconseja acudir a zonas arboladas o espacios incluidos en la Red de Áreas Naturales Protegidas, tanto por motivos de seguridad como para preservar entornos especialmente sensibles ante la llegada masiva de visitantes.

También se pide planificar con antelación los desplazamientos, llegar con tiempo suficiente para evitar atascos y pensar igualmente en el regreso, momento en el que se prevén las mayores retenciones y en el que una eventual evacuación por incendio podría complicarse.

Las autoridades recuerdan igualmente que estará prohibido aparcar en carreteras, caminos rurales o pistas forestales, así como circular fuera de las vías autorizadas, para no obstaculizar el acceso de los medios de extinción. Durante la conducción se recomienda extremar la precaución, mantener las luces encendidas, reducir la velocidad y no detener el vehículo en arcenes o calzadas para observar el eclipse.

España vivirá entre 2026 y 2028 una extraordinaria sucesión de eclipses solares: dos totales y uno anular, un fenómeno excepcional que apenas tiene precedentes recientes en Europa. El eclipse del 12 de agosto será el primero de esa trilogía astronómica y probablemente el de mayor repercusión social, ya que atravesará buena parte de la Península de noroeste a este.

Contemplar cómo el día se transforma fugazmente en noche constituye una experiencia difícil de describir. Pero precisamente por tratarse de un acontecimiento tan extraordinario merece la pena prepararlo con calma. Unas gafas homologadas, una buena planificación y el seguimiento de las recomendaciones oficiales bastan para convertir un fenómeno astronómico único en un recuerdo imborrable. Porque el eclipse durará apenas unos minutos; la salud visual, en cambio, debe acompañarnos toda la vida.

Planifica el viaje con seguridad y sin contratiempos

Es importante planificar cómo llegar al lugar de observación:

- Revisar el estado de carreteras y opciones de aparcamiento.
- Consultar horarios y frecuencias de transporte público.
- Prepararse para posibles aglomeraciones.
- Analizar el entorno del lugar elegido para observar el eclipse.
- Identificar si es zona urbana, periférica o natural.
- Verificar restricciones de acceso y eventos programados.

La revista diaria de **EL MUNDO.** Jueves, 16 de julio 2026

SALUD

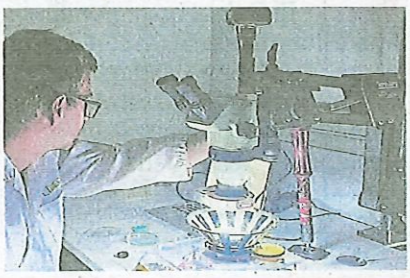
FOTOFÁRMACOS QUE RESTAURAN LA VISTA EN RATONES CIEGOS

*Por **R. Rodríguez** (Madrid)*

La degeneración de la retina causa la pérdida de la vista en distintas formas. Enfermedades como la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y la retinitis pigmentaria (RP) afectan ya a unos 200 millones de personas en todo el mundo. En esas patologías, las células fotorreceptoras mueren de forma irreversible. Aunque el resto del circuito neuronal de la retina permanece intacto y funcional, ya no recibe las señales de luz necesarias para dirigir el procesamiento visual hacia el cerebro. La investigación para restaurar la sensibilidad a la luz pasa por costosas terapias génicas, eficaces solo en mutaciones específicas, o prótesis electrónicas (chips intraoculares) altamente invasivas.

Sin embargo, una investigación pionera publicada en la revista *Journal of the American Chemical Society* (JACS) abre un prometedor enfoque. Un consorcio liderado por el Instituto de Bioingeniería de Cataluña (IBEC) se basa en la fotofarmacología: fármacos activados por luz que actúan como «prótesis moleculares», logrando devolver la percepción visual funcional a modelos animales ciegos (larvas ciegas de pez cebra y ratones) sin tocar sus genes ni implantar dispositivos.

Cuando la luz entra a través de la pupila y el cristalino, se proyecta sobre la retina. Este tejido no es solo una pantalla, sino un intrincado circuito neuronal que funciona mediante una reacción en cadena. En una retina sana, las primeras células en reaccionar son los fotorreceptores, que captan la luz y transmiten la



Uno de los investigadores del Instituto de Bioingeniería de Cataluña, que ha liderado este estudio. IBEC

información a las siguientes neuronas del circuito: las llamadas células bipolares ON, que utilizan una proteína situada en su superficie llamada mGlu6, indispensable para transmitir la señal visual hacia el cerebro.

En un paciente con ceguera por degeneración retiniana los fotorreceptores mueren y desaparecen. Sin embargo, el resto del circuito sigue presente y biológicamente funcional, esperando una señal que ya nunca llegará. Al no recibir estímulos, el sistema visual queda completamente en silencio. Ahí es donde interviene la innovación. El equipo ha diseñado una familia de pequeñas moléculas fotosensibles, llamadas prosthe6, que actúan como una prótesis molecular: son capaces de imitar las funciones de los fotorreceptores perdidos. El fármaco (inyectado o como colirio) se une directamente a la proteína mGlu6 y cuando la luz ordinaria incide en el ojo, la molécula prosthe6 cambia de forma instantáneamente, activando esa proteína mGlu6.

Pau Gorostiza, profesor de investigación ICREA en el IBEC y colíder del estudio, subraya que estas moléculas «no curan la ceguera, ya que no abordan la causa de la degeneración de los fotorreceptores. Sin embargo, son sorprendentemente eficaces a la hora de restaurar la visión, y lo hacen mediante un enfoque muy sencillo y potencialmente fácil de usar para los pacientes».

UN FÁRMACO 'VINTAGE' CONTRA LAS BACTERIAS MULTIRRESISTENTES

Ciencia. Un estudio liderado por el Hospital Virgen Macarena de Sevilla prueba que un antibiótico de los años 80, la temocilina, es tan eficaz frente a las enterobacterias como los potentes tratamientos de último recurso

*Por **Carmen Torrente Villacampa** (Madrid)*

La búsqueda de nuevos mecanismos para combatir a las llamadas *superbacterias* (esas que no responden a los antibióticos disponibles) se enfrenta a un desierto terapéutico por falta de inversión y por la extrema dificultad biológica que supone. Con un arsenal que se agota y bacterias que evolucionan a un ritmo alarmante, que han convertido este asunto en una de las mayores amenazas para la salud pública, la medicina ha comenzado a recurrir a la revitalización de antiguos antibióticos que cayeron en desuso cuando aparecieron opciones de más amplio espectro.

En este escenario es donde cobra valor el Proyecto Astarté, una investigación coordinada por el Hospital Virgen Macarena de Sevilla y publicada en *The Lancet* que ha demostrado la eficacia de la temocilina (un antibiótico creado en los años 80 y actualmente no comercializado en España) para el tratamiento de las infecciones por enterobacterias multirresistentes. Un total de 29 hospitales participan en este estudio que abre una nueva vía terapéutica.

«En este ensayo clínico hemos conseguido demostrar que un antibiótico antiguo y olvidado, que se llama temocilina, es activo y eficaz frente a infecciones causadas por alguna bacteria multirresistente para la que existen pocas alternativas. Este es un gran avance porque va a permitir tratar a los pacientes con este antibiótico, que esperamos sea comercializado pronto en España, rescatando su actividad», señala el jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Virgen Macarena, Jesús Rodríguez Baño.

El ensayo clínico ha sido liderado por este servicio hospitalario, perteneciente al área de Enfermedades Infecciosas del Ciber (Ciberinfec) del Instituto de Salud Carlos III (que aglutina a 10 hospitales de los 29 participantes) y cuenta con la participación, además, del grupo de Investigación Clínica de Enfermedades Infecciosas del IBIS, del que también es responsable Rodríguez Baño.

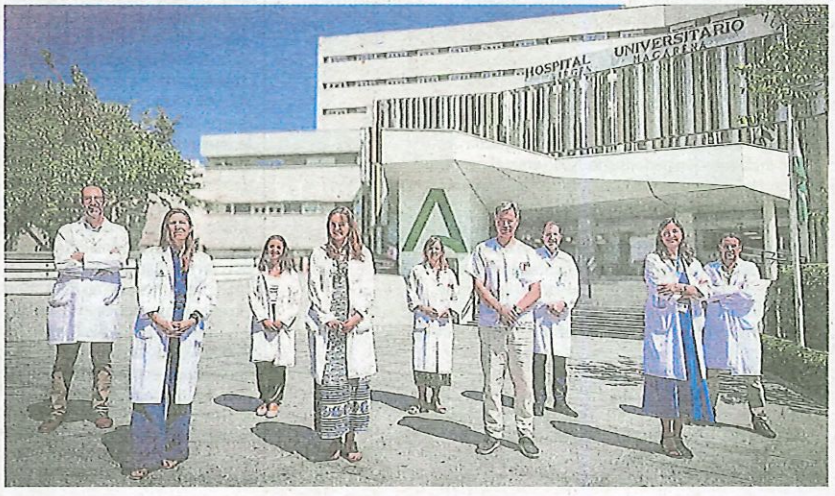
Las enterobacterias multirresistentes son bacterias que se encuentran de forma natural en el intestino, pero que pueden generar graves enfermedades gastrointestinales al propagarse fuera del tracto digestivo (por ejemplo, del género *Salmonella* o *Escherichia*).

Los fármacos de elección inicial para combatir estas infecciones por enterobacterias son las cefalosporinas (una familia de antibióticos de amplio espectro). En el caso de bacterias resistentes a estos antibióticos, el tratamiento se realiza con otro grupo de fármacos denominado carbapenemas. El problema está en que el aumento en la incidencia de las infecciones por enterobacterias ha supuesto que los carbapenémicos se utilicen frecuentemente, de forma que las bacterias se han vuelto resistentes a estos fármacos de último recurso.

Ante esta situación, el grupo de investigación coordinado por el Virgen Macarena planteó la necesidad de identificar alternativas terapéuticas que permitieran reducir el consumo de carbapenémicos. Así, han puesto en marcha varios estudios sobre «antibióticos olvidados», fármacos producidos y utilizados hace algunas décadas y actualmente en desuso.

Hasta el momento, ningún otro fármaco había demostrado ser eficaz en el tratamiento de las infecciones al mismo nivel que las carbapenemas. Es la primera vez que un ensayo clínico logra hallar una alternativa de garantías a estos potentes fármacos de último recurso, tras el fracaso previo de otros dos compuestos.

Los médicos tuvieron que revisar a 2.420 pacientes con infecciones urinarias y digestivas graves en los 29 hospitales que participan para encontrar a los 334 pacientes idóneos. El trabajo de investigación analizó la respuesta del tratamiento con antibióticos en 328 (los que llegaron a recibir la medicación y completaron el seguimiento inicial), 163 asignados a temocilina y 165 a carbapenémicos. Obtuvieron en ambos grupos resultados similares, lo que demuestra la eficacia de la temocilina como alternativa eficaz y segura al mismo nivel que los carbapenémicos. De hecho, en cuanto a efectos adversos graves fueron menores en el grupo de la temocilina (19% frente al 24% de los fármacos carbapenémicos).



El 'superconsejero' Vázquez alerta de 25.000 operaciones suspendidas por la huelga médica y promete consultas de Primaria en 48 horas

● El consejero gestionará 50.000 profesionales y 6.000 millones y avanza planes contra el cáncer, la obesidad y para reducir listas de espera ● El PSOE le reprocha de «vender futuro para tapar el pasado» para ocultar el debate del aborto

RICARDO GARCÍA VALLADOLID

El consejero de Sanidad y Bienestar Social, Alejandro Vázquez, compareció ayer en las Cortes de Castilla y León para informar sobre las líneas programáticas de su departamento para esta XII Legislatura, donde tuvo tiempo para abordar una hoja de ruta que se sustentará sobre doce pilares. Dentro de cada uno de ellos, además, Vázquez apuntó algunas medidas que se pondrán en marcha o a las que se dará continuidad, entre ellas un plan de choque para reducir la creciente lista de espera provocada por la huelga de médicos y el compromiso de que las consultas de Atención Primaria se lleven a cabo en un plazo máximo de 48 horas.

Según trasladó el consejero, está previsto aprobar un nuevo Plan Integral de Reducción y Mejora de las Listas de Espera y Optimización de la Atención, «orientado a incrementar la eficiencia de los recursos disponibles, reducir las diferencias existentes entre las distintas áreas de salud y garantizar una respuesta más homogénea, ágil y equitativa para todos los castellanos y leoneses».

Durante su intervención, Alejandro Vázquez señaló que los avances alcanzados en los últimos años en materia de listas de espera se han visto «condicionados» en los últimos meses «por factores ajenos al sistema sanitario de Castilla y León». «El principal de ellos», relató el consejero, «ha sido el conflicto generado en torno a la reforma del Estatuto Marco promovida por el Ministerio de Sanidad, que ha desembocado en movilizaciones y huelgas de ámbito nacional con un impacto directo sobre la actividad asistencial». «Un conflicto que persiste ante la incapacidad de la única responsable con competencias para resolverlo: la ministra de Sanidad del Gobierno de España», apostilló.

Pero más allá de la crítica política, Vázquez puso el acento en que «este conflicto está teniendo un coste inasumible para los pacientes y amenaza con comprometer seriamente la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud». En este contexto, enumeró que durante el primer semestre de este año se han realizado 12.500 intervenciones quirúrgicas programadas menos que en el mismo periodo de los dos años anteriores. «De haberse mantenido el nivel habitual de actividad, más de 11.000 pacientes habrían abandonado la lista de espera quirúrgica», sistetizó.



El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, a su llegada a la comparecencia en las Cortes. ICAL

«No estamos simplemente ante una interrupción de la tendencia de mejora que veníamos consolidando», explicó el consejero de Sanidad y Bienestar Social, sino que agregó que «las listas de espera han vuelto a crecer y seguirán haciéndolo mientras el Gobierno de España no afronte con la seriedad y la responsabilidad necesarias una situación de esta magnitud». «Si la huelga se prolonga, estimamos que a final de año habremos dejado de realizar más de 25.000 intervenciones quirúrgicas. Son 25.000 oportunidades asistenciales perdidas y miles de pacientes obligados a esperar más tiempo del razonable para recibir la atención que necesitan», advirtió.

En otro orden de cosas, pero relacionado con esto último, Vázquez también avanzó que se garantizará la accesibilidad efectiva a las consultas en atención primaria sin superar las 48 horas, para lo cual se llevará a cabo la organización de agendas, la canalización y gestión de la demanda, el refuerzo de Puntos de Atención Continuada (PAC) y circuitos de urgencias extrahospitalarias.

Vázquez estará esta legislatura al mando de una cartera que contará con 50.000 profesionales y un presupuesto anual de 6.000 millones de euros, lo que pone de manifiesto la envergadura de este departamento que gestionará el burgalés. Refleja, igualmente, su peso dentro del Ejecutivo autonómico, puesto que se lleva casi uno de cada dos euros de los presupuestos autonómicos.

Entre los compromisos para la recién estrenada legislatura, Vázquez también incluyó el desarrollo de la Ley de puestos sanitarios de difícil cobertura y con el objetivo de convertirla «en una herramienta clave para atraer, fidelizar y estabilizar profesionales en los territorios y especialidades con mayores dificultades de cobertura». «En estos momentos se están finalizando los estudios y análisis necesarios para poder llevar a cabo lo antes posible la declaración de puestos de difícil cobertura», señaló, y apuntó que se ha comenzado por dos «especialidades prioritarias» como son Anestesiología y Otorrinolaringología.

Según explicó el consejero, la salud pública es, probablemente, el ámbito donde mejor se refleja el valor de la anticipación, por lo que el objetivo de los próximos años será reforzar sus estructuras, dotándolas de los recursos humanos, tecnológicos y organizativos necesarios para afrontar con garantías los desafíos presentes y futuros, manteniendo a Castilla y León entre las comunidades autónomas con mejores indicadores de salud pública de España.

También se reforzarán los programas de cribado de cáncer, potenciando los programas de detección precoz del cáncer de mama, cérvix y colon, al tiempo que se impulsarán nuevos programas de cribado de cáncer de próstata y de pulmón.

Otra línea será la lucha contra las enfermedades no transmisibles, que siguen constituyendo una de las principales amenazas para la salud de la población y uno de los desafíos de salud pública. Para hacer frente a factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo o los hábitos poco saludables se va a elaborar una Estrategia Integral de Abordaje de la Obesidad Infantil, con actuaciones coordinadas desde los ámbitos sanitario, educativo y deportivo.

En el campo de la ordenación sanitaria, se convocarán los concursos para la apertura de nuevas oficinas de farmacia, impulsando la implantación de botiquines farmacéuticos en aquellas zonas que lo requieran, y reforzando el apoyo a las farmacias rurales con viabilidad económica comprometida. Además, se promoverá una participación más activa de las farmacias en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, especialmente en el medio rural, donde constituyen un recurso asistencial de enorme valor.

Para hacer efectivo el compromiso de la Junta de Castilla y León con la accesibilidad y la equidad territorial, se van a poner en marcha un conjunto de medidas, manteniendo la atención presencial en centros de salud, consultorios locales y en el domicilio, reforzando la proximidad como una de las principales señas de identidad del sistema sanitario.

En el ámbito de la atención urgente se va a implementar una Estrategia de Optimización de las Emergencias Sanitarias de Castilla y León, orientada a reforzar la atención extrahospitalaria, especialmente en las zonas rurales y más alejadas.

La portavoz de Sanidad y Bienestar Social del Grupo Socialista en las

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

Vázquez gestionará 50.000 profesionales y 6.000 millones y avanza planes contra el cáncer, la obesidad y para reducir las listas de espera

Págs. 11 y 12

La carne de ostras ayuda a las células del intestino

El extracto de carne de ostra puede tener potentes efectos antiinflamatorios en las células intestinales humanas, según un nuevo estudio de la Universidad de Ferrara (Italia). El equipo descubrió que el alimento interrumpía eficazmente la activación de las vías de señalización NF-kB, lo que prevenía la inflamación epitelial en las células intestinales.



135

LABORATORIOS CLÍNICOS tenía España a finales de 2025. La Entidad Nacional de Acreditación presentó recientemente su memoria de actividad, destacando una ampliación en las especialidades que se traduce en una oferta diagnóstica cada vez más completa.

ATENCIÓN PRIMARIA | UNA DOBLE VOCACIÓN DE SERVICIO PÚBLICO

MIRAR MÁS ALLÁ DE LA ENFERMEDAD

Javier Sicluna, Premio al Mejor Médico Rural, repasa su trayectoria y advierte de uno de los problemas actuales: la falta de profesionales en los pueblos



Cuando aún estudiaba Enfermería, el valenciano acompañaba a los facultativos durante el verano para aprender de ellos. / BIEL ALIÑO (EFE)

CONCHA TEJERINA (EFE) / VALENCIA

Francisco Javier Sicluna, médico de familia durante más de 40 años y actual alcalde de l'Alcúdia de Crespins (Valencia), asegura que en la medicina rural, la «más cercana y la que te permite ver a la persona en su totalidad», muchas veces la clave «está en escuchar a la gente». «No solo hay que ver la enfermedad, sino lo que hay detrás de ella», subraya el reciente galardonado con el Premio al Mejor Médico Rural 2026 de la Fundación del Colegio de Médicos y la Diputación de Valencia.

Nacido en la comarca valenciana de La Costera y criado entre el campo y la ciudad, Sicluna pasó su infancia entre Genovés y Xàtiva. Estudió primero Enfermería y posteriormente Medicina, una vocación que asegura haber tenido desde niño. «Mientras estudiaba Enfermería ya acompañaba a médicos rurales durante los veranos para aprender. Siempre tuve claro que quería ser médico», recuerda este facultativo de 71 años.

Antes de dedicarse plenamente a la medicina familiar, desarrolló una intensa actividad profesional en distintas especialidades. Como Mesto (Médico especialista sin título oficial) trabajó en Medicina Interna, Endocrinología, Psiquiatría, Oftalmología, Urología y otras áreas sanitarias. Aquella experiencia multidisciplinar, asegura, fue fundamental para convertirse en un médico de familia con una visión integral del paciente.

«La medicina rural, la más cercana al ciudadano, te obliga a ver a la persona en conjunto. Atiendes desde problemas sencillos hasta situaciones muy complejas. Todo lo que aprendí en especialidades me sirvió para saber mucho más de los pacientes», afirma.

En 1998, asumió la plaza de médico en l'Alcúdia de Crespins, donde ha desarrollado la mayor parte de su carrera profesional como Médico de Familia hasta su jubilación, en junio de 2024. Recuerda numerosos casos en los que problemas psicológicos, situaciones de acoso escolar o conflictos familiares se manifestaban a través de síntomas físicos aparentemente inexplicables. «A veces no hay que quedarse con lo que presenta el paciente, sino intentar descubrir qué le está ocurriendo realmente», explica.

> El profesional llegó a compaginar su labor profesional con el liderazgo de un **Consistorio**

Esa cercanía le llevó incluso a anticiparse a situaciones de crisis, especialmente en pacientes con problemas de salud mental. «Había personas que acudían constantemente a urgencias. Yo prefería llamarlas antes, citarlas y hablar con ellas para evitar que llegaran a una situación límite», relata.

Como cualquier trabajador en el ámbito sanitario, también ha vivido situaciones complejas. Entre ellas, recuerda aquellos pacientes que no pudo salvar por la falta de medios que existían hace décadas en los centros rurales. «Los infartos eran muy complicados. A veces hacías todo lo posible, pero los recursos no eran los que tenemos hoy. Cuando perdías a alguien, te quedaba siempre la sensación de que no lo habías podido salvar», reconoce.

«Hoy tenemos desfibriladores, carros de reanimación, acceso inmediato a pruebas hospitalarias y herramientas informáticas que nos permiten atender mejor a los pacientes y reducir mucha burocracia», explica. Pese a ello, advierte de uno de los grandes retos actuales: la falta de médicos en las zonas rurales. «Hay pueblos donde resulta muy difícil cubrir plazas. La medicina rural debería conocerse más durante la formación porque ofrece una visión muy completa de la profesión», defiende.

RESPONSABILIDAD POLÍTICA. Paralelamente a su actividad sanitaria, Sicluna, del Partido Popular, ha desarrollado una intensa carrera política en l'Alcúdia de Crespins, donde fue alcalde durante dos legislaturas (del 2007 al 2015) y en 2023 recuperó la Alcaldía tras obtener mayoría. Asegura que el hecho de ser médico y político no ha supuesto ningún conflicto y ha atendido a representantes de todos los partidos. «Soy alcalde de todos, no soy sectario, y si las cosas que propone la oposición son buenas para el pueblo, yo las acepto, vengan del PSOE o de Compromís».

SALUD MENTAL



Su práctica puede dejar secuelas.

La tanorexia, una adición al bronceado que afecta más a las mujeres jóvenes

V. CORONAS (EFE) / MÁLAGA

La adicción al bronceado, tam
bién conocida como tanorexi
es una obsesión con la image
propia que trasciende el *capr
cho* de verse moreno y atractiv
y que afecta principalmente
las mujeres jóvenes, de entre 1
y 35 años, según el psicólogo
director del Instituto de Psicc
terapias Avanzadas, Luis Antór

Se trata de una obsesión qu
parte de un fallo de autopercep
ción donde el problema no est
en lo que la persona ve, sino e
la manera en la que su cerebr
procesa su propia imagen. Se
gún explica el profesional, quie
nes padecen este trastorno n
se miran en el espejo de form
neutra, sino que lo hacen co
un sesgo de confirmación qu
exagera cualquier señal de pal
dez y minimiza las señales qu
contradicen esta percepción.

La Academia Española d
Dermatología y Venereologí
alerta sobre el continuo aumen
to del melanoma, el tipo de cán
cer de piel con mayor porcenta
je de mortalidad, y prevé más d
8.000 nuevos diagnósticos d
esta variante durante el añ
2026. La presidenta de la sec
ción andaluza de la AEDV, Lou
des Rodríguez, recuerda que e
bronceado «no es un signo d
salud, sino que es una respuest
de la piel frente a una agresión

La dermatóloga consider
que los autobronceadores pue
den ser una alternativa sin con
traindicaciones que consigue e
tono deseado, pero recuerd
que ese color es artificial, por l
que sigue siendo necesario apl
car protección solar.

LAMBERTS®
EL RANGO PROFESIONAL

Potency | Quality
LAMBERTS
GMP
Backed up by Science

+200 FORMULACIONES DE CALIDAD FARMACÉUTICA GMP

EL BIENESTAR COMIENZA DESDE DENTRO

Una gama desarrollada para acompañar el equilibrio de la microbiota



Gama Biome Balance · Microbiota · Bienestar digestivo · Antibióticos · Viajes · Juventud



- 10 formulaciones para distintas necesidades.
- Opciones específicas para uso diario, viajes o periodos de antibióticos.
- Opciones adaptadas a diferentes etapas y estilos de vida.
- Con cepas cuidadosamente seleccionadas.
- Una forma práctica de complementar el cuidado de la microbiota.
- Aptos para vegetarianos y veganos

Ver Todos

Lamberts Española SL - Corazón de María 3, 28002, Madrid • 91 415 04 97 • E-mail: info@lambertsespanola.es • Web: https://lamberts.es
Hechos en UK bajo estándares farmacéuticos GMP - Desde 1989 de venta en establecimientos acreditados de toda España - @lamberts_nutrition

SORIA

La vacunación del virus del papiloma en varones ronda apenas el 30%

La campaña de captación activa de Sanidad se mantiene abierta hasta septiembre / Únicamente en los chavales de 12 años se consigue una mayor cobertura, del 76%

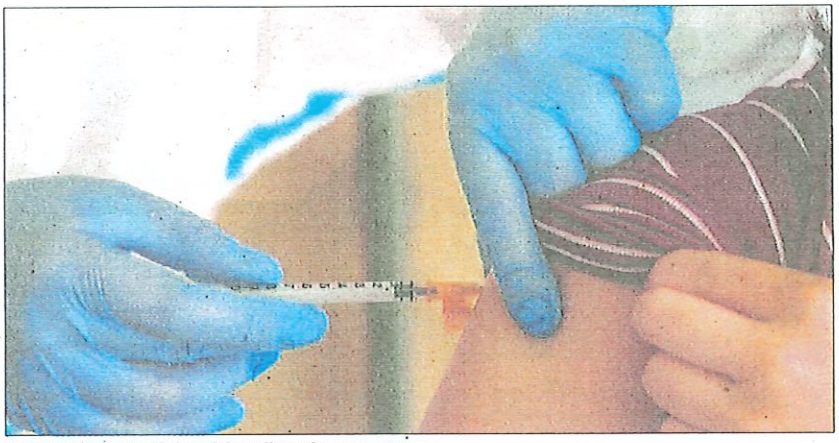
MILAGROS HERVADA SORIA

Sanidad se encuentra en pleno proceso de captación activa de jóvenes varones para que se vacunen contra el virus del papiloma humano, VPH, de transmisión sexual. Llamadas telefónicas directas y explicación añadida al objeto de conseguir que también ellos se protejan contra un riesgo que hasta hace poco sólo tenía en cuenta a las mujeres.

La vacunación de los varones comenzó en el año 2023 para los chavales de 12 años y ahora se ha extendido la captación a los mayores, de 18 hasta los 25 años (nacidos entre 2001 y 2006), en aras de una mayor protección. «Se ha visto que en hombres tiene la misma incidencia que en mujeres», destacó la jefa del Servicio Territorial de Sanidad de la Junta de Castilla y León en Soria, Teresa del Vado, de ahí la importancia de que también ellos reciban esta vacuna.

La infección por el virus puede conllevar graves consecuencias, como el cáncer de cérvix en el caso específico de las mujeres, pero también en zonas no genitales, por lo que los hombres están igualmente expuestos, además, recalcó Del Vado, ellos también transmiten la enfermedad.

La campaña por el momento no va todo lo bien que se desearía. La receptividad por parte de los veinteañeros ronda apenas un 30%, a pesar del esfuerzo que realiza Sanidad con llamadas directas. En concreto, la vacunación se encuentra en el 34,5% en el caso de los jóvenes de 20 años; en el 32,9% en el caso de los de 21; se queda en el 29,4% en los de 22 años; en los de 23 años, el porcentaje es del 34,07%; a los 24 años baja al 29,1% y en el caso de los de 25 aún es más bajo, un 27,5%.



Vacunación contra el virus del papiloma humano. HDS

Explicó Del Vado que este colectivo, por su edad, no siempre es fácil de captar por cuanto pueden estudiar fuera de Soria y eso lo complica, sumado al desconocimiento de las consecuencias que pueden derivarse del virus. La campaña lleva activa desde el mes de abril y finalizará en septiembre, pero desde Sanidad indican que cualquiera de estos jóvenes de hasta 25 años que quiera recibir la vacuna puede hacerlo en cualquier momento, sólo ha de informar a su enfermera.

El mejor comportamiento ante la vacuna se registra en los menores de 12 años, la diana principal de la vacunación del VPH desde que arrancó en 2023 para los varones. Hasta el pasado 30 de junio eran un 76,5% los chavales de esta edad que habían sido vacunados.

Del Vado recalcó que la vacuna es «bastante eficaz» y que gracias a ella han detectado un descenso de la incidencia. «Es una única dosis y funciona», puntualizó.

«Es la infección de transmisión sexual más frecuente en España, que puede no producir nada, pero también puede derivar en verrugas genitales, cáncer de cérvix, pene, ano y boca», especificó la jefa del Servicio Territorial de Sanidad, evidenciando la importancia de entrar en la campaña de vacunación.

Además, existen grupos de riesgo en los que la vacuna está también recomendada. Incluye hombres hasta los 45 años que tienen sexo con hombres, también en situación de prostitución hasta la misma edad, pacientes con VIH hasta los 45 años y varones con inmunodeficiencias primarias o trasplantes (sin límite de edad o según indicación clínica). En el caso de las mujeres, independientemente de la edad, aquellas que hayan recibido cualquier tratamiento de lesión intraepitelial de alto grado en cérvix.

SORIA

AÑO CXIII. Número: 19669

La vacunación del virus del papiloma humano en varones ronda apenas el 30%

SORIA

Sanidad se encuentra en pleno proceso de captación activa de jóvenes varones para que se vacunen contra el virus del papiloma humano, VPH, de transmisión sexual. Llamadas telefónicas directas y explicación añadida al objeto de conseguir que también ellos se protejan contra un riesgo que hasta hace poco sólo tenía en cuenta a las mujeres. Sin embargo, la receptividad por parte de los veinteañeros ronda apenas un 30%. El mejor comportamiento ante la vacuna se registra en los menores de 12 años. Hasta el pasado 30 de junio eran un 76,5% los chavales vacunados.

Pág. 4

El Común insta al Ayuntamiento de Soria a que se involucre en los problemas de telefonía de Oteruelos

«Desde hace diez años vienen solicitando sin éxito soluciones» a la deficiente cobertura

J.A.C. SORIA

El núcleo rural de Oteruelos, dependiente de la capital, tiene desde hace años un problema de cobertura de telefonía. En diversas calles la posibilidad de comunicación «resulta inexistente o muy deficiente», lo que que no sólo impide de las llamadas cotidianas, sino que complica las referidas a las emergencias del 112, «con el consiguiente riesgo en situaciones sanitarias urgentes, incendios, accidentes u otros hechos que requieran intervención inmediata». Ante esta situación, el Procurador del Común toma cartas y, aunque reconoce que no es una competencia directa del Ayuntamiento, sí establece una serie de pautas y consideraciones para que el asunto quede vinculado a la iniciativa municipal. El objetivo es que acabe «proporcionando «con la mayor celeridad posible, las autorizaciones y licencias, conforme a la legalidad vigente, a fin de facilitar soluciones a los problemas» descritos. En especial, el Común recuerda al Ayuntamiento el interés de la cuestión en relación a las emergencias, en las que la «conectividad constituye un recurso de vital importancia».

En su momento, el Consistorio respondió al Procurador que «no tiene competencia para realizar las actuaciones solicitadas» y que los «interesados deberían dirigirse a las empresas» que prestan los servicios. Pero el Procurador ofrece vías para que el municipio se involucre y consiga subsanar los defectos de conectividad.

En este sentido, si bien el remedio no parte de una competencia propia del Ayuntamiento (ni la interpretación más benévola de la Ley de Bases del Régimen Local da pie a ello), sí puede pensarse en ello como una competencia impropia. «Para cuyo ejercicio», señala el Procurador, debería tramitarse el expediente que señala la misma Ley, «algo que no se tiene constancia de que se haya hecho en este caso». De modo más directo, la Ley establece que «las entidades locales y, especialmente, los municipios, deberán impulsar la utilización interactiva de las tecnologías de la información y la comunicación para facilitar la participación y la comunicación con los vecinos, para la presentación de documentos y para la realización de trámites administrativos, de encuestas y, en su caso, de consultas ciudadanas». Con ello «se posiciona a los municipios como sujetos vinculados al derecho universal a la conexión digital, siendo, en consecuencia, competencia municipal contribuir a garantizar la efectividad de tal derecho».

Este argumento viene reforzado por la Ley del Procedimiento Administrativo Común, donde figura que las administraciones públicas tienen que «promover un entorno tecnológico» para garantizar derechos como la comunicación con la propia administración. «La normativa sectorial viene así a reconocer la capacidad jurídica, que no competencia, otorgada por la legislación sectorial a favor de los ayuntamientos para facilitar el despliegue de la redes públicas de comunicaciones electrónicas».

Además de todo lo anterior, para el Procurador está la «crucial trascendencia de contar con una adecuada cobertura de telefonía móvil e internet ante determinadas circunstancias especiales, incluso catástrofes, donde las telecomunicaciones se revelan como un necesidad estratégica para fortalecer la capacidad de reacción y protección frente a emergencias de gran magnitud».

En este sentido, las administraciones «deben reflexionar sobre el hecho de que en el momento actual la conectividad digital, más allá de su uso cotidiano, se convierte en un recurso vital en casos de emergencia, a un nivel próximo a otros suministros básicos, como el eléctrico, el agua o la infraestructura vial».

EL ENIGMA DEL TACTO TÉRMICO: CÓMO EL SISTEMA NERVIOSO DISTINGUE EL FRÍO DEL CALOR

Percepción sensorial. Un nuevo estudio revela que el cerebro no usa sensores separados, sino un mismo grupo de neuronas. "Esto ayudará a reparar cerebros enfermos"

Por ***P. Jiménez***

Nuestra capacidad para detectar la temperatura de los objetos, desde el calor reconfortante de una taza de café en invierno hasta la frescura de una cerveza bien fría en verano, es una función biológica crucial para la supervivencia. Durante casi un siglo, los científicos han buscado con insistencia el lugar exacto donde el cerebro procesa estas sensaciones y los mecanismos precisos que nos permiten diferenciar un estímulo templado de uno gélido.

Recientes investigaciones lideradas por el Centro Max Delbrück en Berlín han arrojado luz sobre este misterio. El estudio de la percepción supone un paso fundamental para la medicina moderna, porque «comprender cómo funciona el cerebro es una de las fronteras finales de la ciencia, e investigar la percepción sensorial es una buena manera de intentar hacerlo», apunta James Poulet, neurocientífico de dicho centro y la Charité–Universitätsmedizin.

Este científico busca trasladar el conocimiento a la salud humana, ya que «existen muchas enfermedades cerebrales sin cura, incluyendo aquellas que alteran la percepción sensorial. A largo plazo, entender cómo funcionan los circuitos de células nerviosas en el cerebro sano ayudará a reparar el cerebro enfermo».

Hasta ahora, la ciencia asumía que el cuerpo usaba grupos separados de células sensoriales en la piel para detectar el frío y el calor no dolorosos. Sin embargo, el equipo de Poulet ha descubierto que esta visión es demasiado simplista. Phillip Bokiniec, coprimer autor del reciente estudio publicado en la revista *Neuron*, explica el cambio radical de perspectiva: «En lugar de depender de sensores separados para 'calor' y 'frío', descubrimos que el sistema nervioso parece utilizar una sola población de células que señaliza ambas direcciones del cambio de temperatura».

¿Por qué este paso es clave? La redefinición de cómo entendemos uno de nuestros sentidos más fundamentales pone fin a décadas de debate sobre la existencia de una «corteza térmica». Para ello, los investigadores emplearon técnicas avanzadas de imagen en ratones –cuyos cerebros son notablemente similares a los humanos en estos aspectos– y descubrieron que la mayoría de las células nerviosas sensibles a la temperatura se activan con el enfriamiento y, por el contrario, simplemente reducen su actividad cuando la piel se calienta.

Poulet admite que los resultados fueron inesperados incluso para los expertos: «Los científicos han conocido estas neuronas durante años, pero se pensaba que eran relativamente raras. Lo que nos sorprendió fue descubrir que constituyen la mayoría de las células detectoras de temperatura». Además, se comprobó que estas células reaccionan a la temperatura real de la piel y no solo a la magnitud del cambio térmico.

Más allá de los sensores en la piel, el avance se extiende hasta lo profundo del cerebro. Mediante el uso de un microscopio de dos fotones, el equipo identificó una región específica responsable de la percepción térmica: la corteza insular posterior. Dentro de esta región, los científicos observaron que las neuronas responden de manera distinta según el estímulo. Mientras que las neuronas del «calor» responden a la temperatura absoluta, las del «frío» reaccionan al cambio relativo de temperatura. Además, las respuestas al frío se activan con mayor rapidez y desaparecen antes que las del calor, lo que sugiere la existencia de vías separadas para procesar ambas sensaciones una vez que la información llega a la corteza.

Para confirmar la importancia de esta región, el equipo utilizó optogenética para desactivar temporalmente la corteza insular posterior en ratones entrenados para reportar temperaturas. El resultado fue contundente: «Cuando hicimos esto, el ratón no sintió el estímulo de temperatura», afirma Poulet. La sensación solo regresaba cuando los científicos dejaban de suprimir esa parte del cerebro.

Con este paso, se abren puertas a tratamientos para patologías donde la sensación térmica está alterada como el dolor neuropático, la neuropatía diabética, el daño nervioso inducido por quimioterapia y dolencias que provocan una sensibilidad anormal al frío.



SERGIO GONZÁLEZ VALERO



LUIS PAREJO

ENFERMERA SATURADA

GUÍA DEFINITIVA PARA NO PERDERSE CON LOS PROTECTORES SOLARES

Adiós a los mitos. Frente a aquellos que desdeñan las propiedades de las cremas contra los daños del astro rey, aquí va una ristra de motivos para usarlas y unos consejos para elegir la más adecuada

Hacemos la maleta para pasar unos días en la playa y si de algo no podemos olvidarnos, además del bañador y la toalla, es de los protectores solares. Sí, esos productos destinados a proteger a nuestra piel de la radiación dañina que emite el sol, pero que cada vez parecen más complicados de comprar porque las variedades no paran de aumentar y la desinformación nos anima a no aplicárnoslo.

¿Qué diferencia hay entre los filtros minerales y químicos?

Los filtros minerales o físicos actúan como una barrera contra los rayos UV, reflejándolos como un espejo y evitando que penetren en nuestra piel, pero tienen como aspecto negativo que suelen dejar la piel ligeramente blanca. Este aspecto a veces no convence del todo a los usuarios por un tema estético, pero son los que menos irritan la piel por lo que son ideales para personas con dermatitis. Los protectores solares con filtros químicos, por otro lado, absorben esa radiación ultravioleta dañina y la disipan en forma de calor. No dejan la piel visiblemente blanca, pero suelen ser más irritantes con la piel.

¿Cómo puedo saber qué tipo de filtros tiene mi protector?

Puede tener uno y otro o una combinación. Para ello revisaremos el embalaje en busca de la información, pero si queremos asegurarnos de que únicamente contiene filtros minerales y no una combinación, es clave la lista de ingredientes. Para poder decir que solo tiene minerales deben figurar en el listado el dióxido de titanio, el óxido de zinc o el óxido de hierro.

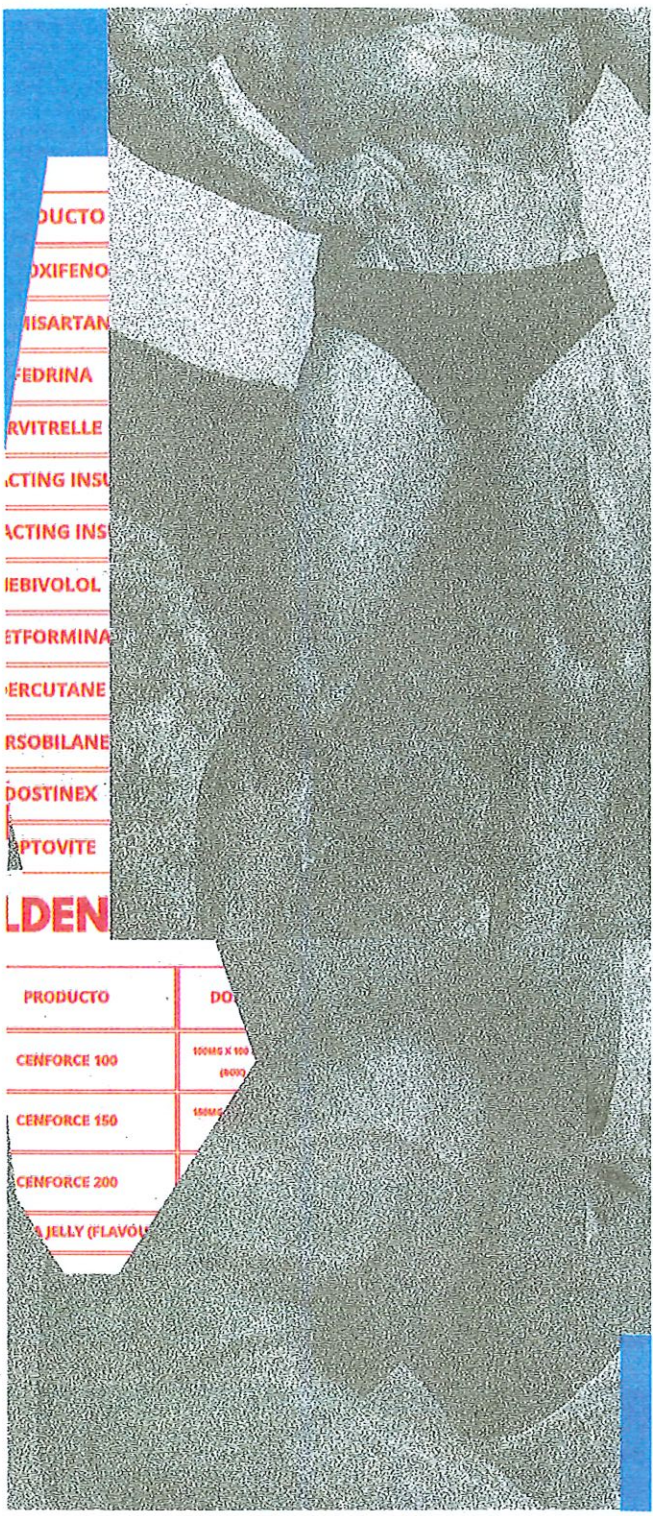
¿Cuál es mejor?

Ambos son altamente eficaces, seguros y nos protegen frente a la radiación dañina del sol, pero la elección depende de nuestra situación. Los protectores con filtros físicos o minerales son una opción ideal para niños menores de tres años, personas con pieles con tendencia alérgica o sensible, para aplicar sobre zonas con cicatrices o para personas que recientemente se hayan sometido a un tratamiento de láser o a peelings químicos.

¿Y los solares biológicos?

Son menos conocidos y de reciente aparición, ya que solo los emplean laboratorios innovadores. Actúan junto a los filtros físicos, y son sustancias que penetran en las células de la piel para evitar el estrés oxidativo provocado por la radiación.

Dentro de los supermercados 'online' de anabolizantes que llegan a cada vez más jóvenes españoles



'Crónica' se adentra en varios canales de Telegram donde se venden hasta 17 medicamentos ilegales en España, en un mercado negro en expansión que se intensifica con la llegada del verano y que está plagado de fraudes y falsificaciones

Por **Alfonso Aparicio**

«Este grupo es para encontrar este tipo de vendedores y conservarlos, no les asustemos»; «La boldenona también tiene compuestos más extremos que van de puta madre»; «Cuantos más proveedores fiables tengamos a mano mejor para no quedarnos colgados». Mensajes como estos llegan a diario a los teléfonos de adolescentes españoles a través de canales privados de Telegram y foros en Internet.

Crónica navega en varios para observar de cerca el mercado negro de los anabolizantes en España, un negocio que no deja de crecer mientras lo hace también la presencia en los gimnasios de chavales cada vez más jóvenes. Algunos, tentados a recurrir a estas sustancias para acelerar resultados.

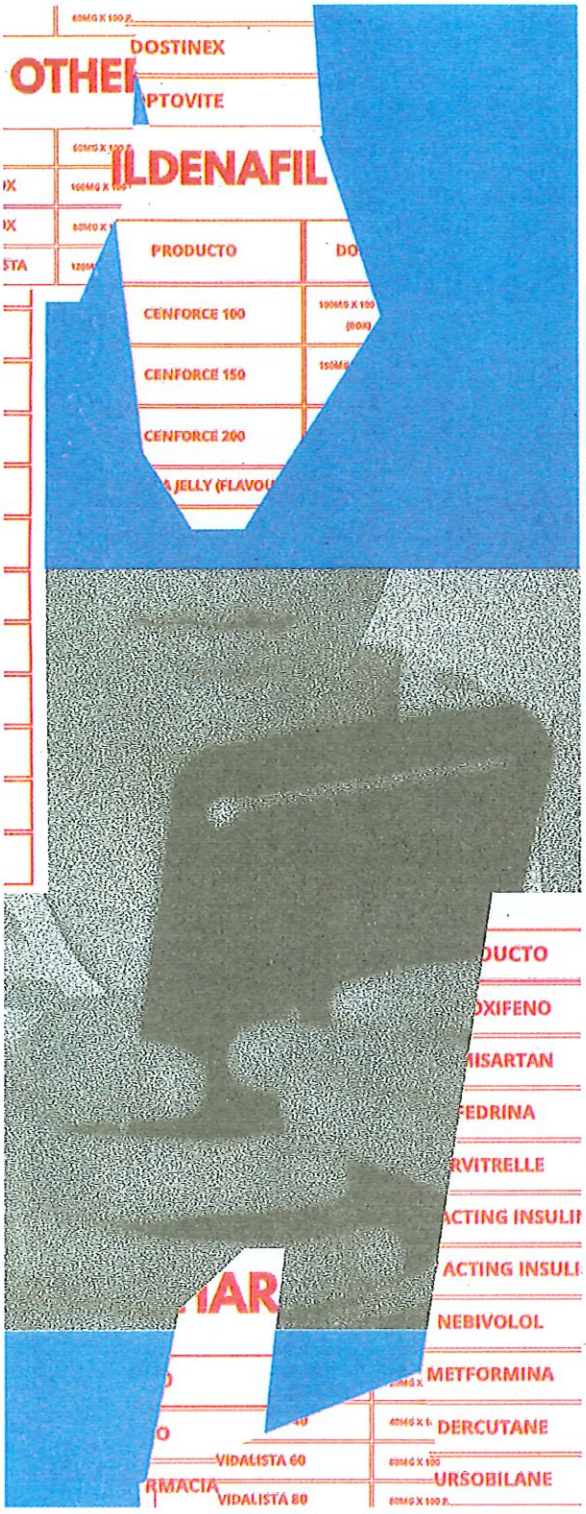
El proceso siempre empieza igual: «¿Algún contacto que tenga enclomifeno?». A partir de ahí se activan estos canales de Telegram donde muchos de los miembros tienen agendas de contactos con «proveedores fiables» y de calidad. Hay una única regla inquebrantable: «Esta gente [los proveedores] valora más la discreción y el perfil bajo que tener muchos clientes», comenta uno de los miembros de la comunidad más habituados a compartir el catálogo de su *dealer*.

Para llegar a estos supermercados basta hacer una simple búsqueda de navegador y entrar en diferentes foros especialistas sobre el tema. Tras el debate y las experiencias, son la puerta de entrada a la trastienda del mercadeo. El más popular en España durante años fue *TuPincho.net*. Su heredero actualmente cuenta con más de 175.000 miembros. De jóvenes a veteranos.

«El interés por la imagen corporal siempre ha existido, lo que ha cambiado en los últimos años es el acceso masivo a información y la enorme exposición a modelos corporales idealizados a través de las redes sociales», explica a *Crónica* Emilio Soto, médico especialista en endocrinología y nutrición, cuestionado por el acceso cada vez más temprano al gimnasio de los jóvenes españoles.

Soto no considera que esté ahí el problema. Destaca que el entrenamiento de fuerza ha demostrado ser «seguro y beneficioso» en adolescentes cuando se realiza en condiciones adecuadas y que «las contraindicaciones son muy pocas y se limitan a situaciones muy concretas».

El riesgo, advierte, no reside en la práctica sino en el ecosistema que la rodea. Los jóvenes que empiezan a trabajar su cuerpo en el gimnasio, idealmente, deberían estar «alejados de ambientes donde se promueva el uso de sustancias para mejorar el rendimiento o donde no se preste atención a una correcta técnica de entrenamiento». Lo que lleva obligatoriamente a redes sociales: «Hay muchas figuras que transmiten mensajes saludables y explican enorme trabajo que hay detrás de esos resultados y otras muchas que promueven sensacionalismo y la idea que existen atajos pa



conseguir determinados físicos, lo que puede favorecer el consumo de sustancias para mejorar el rendimiento o la apariencia física».

De ahí que el médico insista en una idea clave: acompañamiento profesional y entornos seguros. Porque, como matiza, el efecto perjudicial sobre la salud de los anabolizantes «no depende de la edad y, aunque una gran parte de los usuarios son personas jóvenes que inicialmente pueden no notar esos efectos, esto no significa que el daño no se esté produciendo».

En los grupos de mercadeo de anabolizantes hay relatos de todo tipo que ilustran estas contraindicaciones. «De joven usaba arpón en el glúteo. Recuerdo, y jamás se me va a olvidar, estar en la universidad sentado con un cachete apoyado en la silla y el otro en el aire del dolor. El segundo mal rato fue con la nandrolona, una depresión horrible». El testimonio incide en los peligros que afrontan quienes, en busca de un físico inmediato o un rendimiento imposible, recurren a sustancias anabolizantes sin medir sus consecuencias.

Lo que empieza como una decisión aparentemente estética o competitiva deriva con frecuencia en efectos secundarios severos, desde daños hormonales hasta trastornos psicológicos, en un fenómeno silencioso que crece. Así lo recoge la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (ESPAD) en una encuesta que realizó en 2024 a 113.000 estudiantes de 15 y 16 años procedentes de 37 países distintos, incluyendo 25 estados miembros. En España, el informe ESPAD 2024 sitúa en el 1,7% la proporción de adolescentes de 15 y 16 años que han consumido al menos una vez esteroides anabólicos-androgénicos, una cifra que, aunque inferior a la media europea del 2,3%, refleja la presencia de estas sustancias entre los más jóvenes. A escala continental, el sondeo coloca a Chipre a la cabeza con un 6,1%, seguida de Polonia con un 4,8% y Ucrania con un 4,4%, en un mapa que confirma que el uso de anabolizantes sigue siendo un problema real entre adolescentes europeos.

FÁRMACOS MÁS PELIGROSOS

El especialista, ante este aumento de ingesta de anabolizantes en los últimos años, asegura que cada vez reciben más pacientes «que consultan cuando ya han aparecido complicaciones como infertilidad, disminución de la producción de testosterona, ginecomastia o alteraciones cardiovasculares». Y un patrón que los endocrinólogos ven cada vez con más frecuencia: jóvenes que, tras varios ciclos de esteroides, consultan por ausencia de deseo sexual, disfunción eréctil e infertilidad.

En los catálogos de este mercado negro de esteroides destacan sustancias como la trembolona, la boldenona, nandrolona o el clembuterol. Figuran entre las más intervenidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Junto a ellas se trafica con fármacos como el tamoxifeno o el clomifeno, usados para paliar los devastadores efectos secundarios de los ciclos hormonales, tales como depresión, cambios de estado, hipertensión, trombosis.... Es el botiquín clandestino de unos jóvenes obsesionados con la estética y el rendimiento, cuya demanda se ha disparado exponencialmente en los últimos años por la gran presencia de adolescentes en el gimnasio a una edad muy temprana.

Crónica, durante su investigación, ha contabilizado hasta 17 medicamentos ilegales que se comercializan por dos canales de Telegram muy populares. Dichos fármacos están recogidos en la lista de sustancias y métodos prohibidos en el deporte que publicó el Boletín Oficial del Estado el pasado mes de diciembre y que entró en vigor a partir de enero de este año para combatir el dopaje en competiciones deportivas.

Los precios varían según los catálogos que ofrezcan los proveedores. En concreto, 10 botes de 300 ml de boldenona rondan los 40 euros mientras que la nandrolona y la testosterona, dependiendo del tipo, se sitúan entre 30 y 45 euros. Más allá de estos esteroides anabólicos, otro distribuidor vende un *boli*, como suelen llamarlo en su jerga, de Mounjaro, un medicamento más extremo que el famoso Ozempic para adelgazar, por 400 euros.

¿Pero hay fármacos más peligrosos que otros? A ojos de Soto, «es difícil establecer un ranking de peligrosidad, porque cada uno de estos fármacos tiene mecanismos de acción diferentes y se utilizan con objetivos distintos dentro del denominado *enhancement* físico o deportivo». En este sentido, señalar una sustancia como «la más peligrosa» puede transmitir una «falsa sensación de seguridad respecto al resto cuando en realidad todas pueden ocasionar complicaciones importantes», indica Soto.

No obstante, Carlos Fernández, subdirector de Formación y Servicios Profesionales del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, resalta entre todos los medicamentos ilegales el clembuterol, la mecasermina y el tamoxifeno. «El clembuterol se puede relacionar con un mayor riesgo agudo a corto plazo debido a sus efectos cardiovasculares, o la mecasermina, que puede producir hipoglucemia. Por otro lado, el tamoxifeno incrementa el riesgo de accidentes cardiovasculares y tromboembolismo y, usado fuera de las condiciones autorizadas, puede dañar gravemente la salud».

IRREGULARIDADES DEL MERCADO NEGRO

El historial médico sobre las consecuencias de tomar este tipo de fármacos ilegales sin prescripción médica es bastante demoledor: casos de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, hepatotoxicidad grave, trombosis o enfermedad renal están asociados al consumo de estas sustancias en personas jóvenes.

Para combatir este mercado ilícito la AEMPS, preguntada por este periódico, «desarrolla una colaboración estrecha con redes sociales y diferentes empresas online de venta, como Amazon o Aliexpress para que, cuando se detectan anuncios de productos ilegales se eliminen inmediatamente». Sin embargo, puntualizan que «esta actividad no es proactiva, únicamente se toman medidas cuando se detectan estos anuncios».

Desde hace años, los anabolizantes son el tipo de producto ilegal más identificado en muestras incautadas

Muchos de los efectos secundarios, algunos potencionalmente graves, son completamente silenciosos

El informe *Esteroides anabólicos falsificados en el mercado negro*, publicado en la prestigiosa revista científica *BMC Public Health*, reafirma los puntos más ciegos de este mercado negro que esconde falsificaciones, productos sustituidos por otros y mal etiquetados. Apenas una cuarta parte de lo que circula por los canales ilegales se corresponde de manera exacta con lo que el comprador cree adquirir. El resto es un fraude sistemático.

La investigación pone cifras definitivas a esta compra de medicamentos ilegales. Un 36% de los productos analizados son falsificaciones puras, es decir, mercancía donde el ingrediente activo declarado está ausente o ha sido directamente sustituido por otra sustancia. A esto se suma que otro 37% de productos son de calidad «deficiente». En estos últimos, aunque el vial contiene el principio activo correcto, las concentraciones de este son distintas a las declaradas en el etiquetado, multiplicando el riesgo de sobredosis o ineficacia.

Uno de los ejemplos más habituales en la falsificación de este tipo de fármacos ilegales, según señala el informe, se produce cuando el usuario cree estar inyectándose oxandrolona, un compuesto con un coste elevado, cuando en realidad el contenido del vial ha sido sustituido por estanozolol, una sustancia considerablemente más barata de producir que además expone al consumidor a un mayor riesgo para la salud por ser más nocivo para el hígado.

PROBLEMA TRANSNACIONAL

Otra de las vías por las que los anabolizantes ilegales llegan al mercado es el desvío desde la industria farmacéutica legal hacia circuitos ilícitos. Este trasvase al mercado negro, según explica Fernández, implica que, «aunque en el origen hayan podido existido controles de fabricación, no es posible garantizar que, fuera del canal legal, se hayan cumplido las condiciones de conservación ni que el producto no haya sido manipulado, lo que compromete su calidad y las garantías sanitarias».

Acerca de esto, la AEMPS destaca a *Crónica* que en algunas operaciones contra este mercado negro de fármacos «se encuentran medicamentos fabricados en laboratorios clandestinos, que suponen un grave riesgo para la salud, ya que existe una falta de información sobre el origen, la calidad y la pureza de los principios activos».

La magnitud de este movimiento ilícito de anabolizantes ilegales traspasa fronteras y afecta a todo el espacio Schengen. Hace dos años, la Oficina Europea Antifraude (OLAF) llevó a cabo la *Operación SHIELD IV*, un dispositivo coordinado por Europol que permitió incautar grandes volúmenes de medicamentos falsificados y anabolizantes, desmantelando redes transnacionales. Con todo ello, Europol elaboró en 2025 un informe en el que fue tajante: «En respuesta a una demanda en constante crecimiento, este mercado ilícito de fármacos ilegales resulta sumamente lucrativo».



MÚSICA PARA "MEJORAR EL ÁNIMO" *Elena, a punto de recibir el alta, escucha en su habitación a la artista Alison Harling, que toca el violín para ella. La violinista sabe que la música puede "mejorar el ánimo". Es uno de los servicios que ofrece este hospital.* MARTÍN MESA

Un día en el 'hospital boutique' más exclusivo de Marbella

Aparcacoches, clases de yoga, música en directo, habitaciones que parecen las de un hotel, menús a la carta y médicos elegidos por el propio paciente. El Hospital Recoletas Salud Marbella defiende un modelo que promete convertir el ingreso hospitalario en una experiencia que mezcla el lujo con la medicina

Por **Angélica Reinosa**
Marbella

El hospital aparece al pasar la curva de una calle residencial. Es una zona apartada del bullicio de Marbella, pero cerca del centro. El entorno comparte la calma de la playa de la Fontanilla, situada a pocos metros. El taxi se detiene en la entrada. El aparcacoches se acerca y abre la puerta antes de que la reportera alcance la manilla. «¡Bienvenida!», exclama. Parece que sí se toman en serio eso de hacer sentir especial a todo el que acude al centro. Ese trato tan esmerado incluso puede llegar a incomodar a quien no esté acostumbrado.

Pero los pacientes del Hospital Recoletas Salud Marbella buscan, precisamente, ese tipo de atención. La personalización forma parte del servicio: desde la elección del menú hasta la posibilidad de escoger cirujano. Las instalaciones son amplias, bien iluminadas y decoradas con obras de arte. El lugar entró en funcionamiento en octubre del año pasado y aún huele a nuevo. En las salas de espera no hay nadie esperando. «Citamos al paciente a la hora exacta en la que será atendido, y dispondrá de 30 minutos o más de consulta», señala la directora gerente, Carmen Rodríguez. En la cafetería hoy se ofrece un «desayuno cardiosaludable».

«Yo entré aquí muerta y salgo viva», asevera Elena, una paciente de 86 años que está a punto de recibir el alta. En las pasadas Navidades sufrió una caída que le dejó la cadera y el fémur rotos. Fue operada en Córdoba, pero la herida se infectó y terminó en una residencia y con la sugerencia de ir al fisioterapeuta. «Eran unos dolores terribles; cada vez que iba al fisio salían chorros de sangre y pus», recuerda. Su odisea acabó en Marbella, donde tras dos semanas ingresada lograron curarle la infección.

«La atención ha sido maravillosa. La profesionalidad, dedicación y calidad humana han sido un gran apoyo», agradece. Seguidamente, disfruta de unos minutos de música. La artista Alison Harling toca el violín en su habitación. A Elena se le escapan las lágrimas y pide a su hermana que le dé «una propinilla». Pero Harling rechaza los 100 euros que le ofrecen. «Tengo experiencia tocando para mayores en residencias y para pacientes paliativos, y veo cómo les mejora el ánimo. La música es muy importante para sacar las emociones», dice la violinista.

El violín no es un detalle aislado. La forma que tiene este centro de funcionar se llama *hospital boutique*, un modelo que combina atención sanitaria de alta especialización con una experiencia personalizada y tecnología de última generación. Lujo y medicina. La filosofía del centro consiste en adaptar la estancia a las necesidades —caprichos, incluso— de cada paciente «sin renunciar al rigor médico», como puntualiza el doctor Manuel Muñoz, uno de los cardiólogos de referencia del centro y miembro del equipo directivo. Rodríguez sostiene que es «el único de estas características en España».

Según la dirección del hospital, sus pacientes tienen un perfil de alto poder adquisitivo —el ingreso hospitalario parte de unos 500 euros al día—, que demanda privacidad y la máxima calidad. Reciben a numerosos pacientes internacionales. El doctor agrega que es gente «muy preocupada por su salud y la prevención de enfermedades». Son pacientes que buscan que su paso por un hospital sea lo más cómodo posible. «Marbella es la ciudad perfecta para un *hospital boutique*», opina Rodríguez.

Entre las ventajas que ofrecen, está el concepto de «hospital abierto», en el que un especialista de otro centro puede operar, pasar consulta o emitir una segunda opinión si el paciente lo solicita, siempre que este asuma el coste adicional. Rodríguez recuerda el caso de una mujer con una fractura de cadera que pidió ser operada de urgencia por una cirujana ajena al hospital. «Era un sábado a las 11 de la noche y activamos el protocolo para que viniera. Lo conseguimos».

Las peticiones más comunes son las gastronómicas, cuando al paciente se le antoja algo que no está en el menú del hospital. «A lo mejor quieren un plato del Marbella Club. Si lo autoriza su médico, se va y se le compra», afirman Rodríguez y el doctor Muñoz. Alguna persona enferma, pero coqueta, ha solicitado servicio de peluquería. Otros han disfrutado de clases de yoga personalizadas.

Pero no todos los deseos pueden convertirse en órdenes. El equipo sanitario y gerencial ha tenido que aprender a decir «no» a varios pacientes. Rodríguez recuerda que una vez dos de ellos pidieron una botella de champán para celebrar el alta. «Tuve que explicarles que hasta ahí no podíamos llegar». También han rechazado traslados en avión medicalizado que no reunían las condiciones de seguridad.

LA SEGURIDAD ANTES QUE LOS DESEOS

«Siempre mantenemos lo más importante, que es la seguridad del paciente desde que entra por la puerta hasta que se va», subraya el doctor Muñoz. «Aunque tengamos una parte asistencial con una calidad de experiencia de paciente muy VIP, la seguridad del paciente es lo primero. Esto no es un hotel, esto es un hospital», remata Rodríguez.

Inaugurado hace menos de un año, este hospital centra su actividad en especialidades como cardiología, neurocirugía, endocrinología, ginecología, urgencias y medicina familiar. El edificio dispone de 20 habitaciones privadas —cuatro de ellas tipo *suite*—, además de quirófanos y un área de diagnóstico por imagen equipada con tecnología de última generación. En Urgencias hay sólo siete *boxes* porque el objetivo es trasladar al paciente cuanto antes a una habitación. La tecnología es uno de los principales reclamos para atraer a especialistas y tener contentos a los pacientes.

La experiencia de Anita, de 65 años, fue similar a la de Elena. Tenía «una vértebra partida y otra aplastada, llegando a la médula». En otro centro le dijeron que hacer algo en su columna era como «clavar un clavo en un flan». Sin alternativas, su dolor en la espalda iba en aumento y ya le impedía caminar. Hasta que una amiga le recomendó tratarse en Marbella. La operaron en enero. «El dolor se quedó en el quirófano» celebra. El resto de su experiencia fue como promete el *hospital boutique*: «La atención fue 10 de 10. El trato, inmejorable». Como Elena, Anita abandonó el lugar con la salud recuperada. Al fin y al cabo, «esto no es un hotel, esto es un hospital». *@AngelicaArv*

CASTILLA Y LEÓN

Los nuevos grados de Medicina rebajan las notas de corte en la UVA y USAL

Bajan las preinscripciones en las facultades históricas y Burgos casi desbanca a Valladolid

MARTA CASADO BURGOS

Una vez que el Grado en Medicina ya puede estudiarse en cuatro universidades de Castilla y León, quedaba por analizar el impacto real que la implantación de estos estudios en la Universidad de Burgos (UBU) y la Universidad de León (ULE) iba a tener en las facultades tradicionales de la Universidad de Valladolid (UVA) y la Universidad de Salamanca (USAL). Ese impacto puede constatarse en tres indicadores: la nota de corte, la preinscripción de estudiantes y el número de aspirantes que eligen uno de estos cuatro centros como primera opción.

«Todos han cubierto su oferta, por lo que tener más grados de Medicina no ha reducido la demanda y, si baja algo la nota de corte, que son milésimas o centésimas, además, lo que hace es dar oportunidad a estudiantes que, de otra manera, no podrían acceder», señala la coordinadora del Grado en Medicina de la UBU, María Ángeles Martínez.

Los datos globales le dan la razón. El Grado en Medicina figura entre los más demandados en cada uno de los centros de la Comunidad. Las universidades públicas de Castilla y León que imparten estos estudios aglutinaron un total de 21.175 preinscripciones para el curso 2026/2027 y 6.075 estudiantes eligieron una universidad de Castilla y León como primera opción. Estos últimos compiten por 571 plazas de primer curso para los futuros médicos que se formarán en la región.

Lo que más varía es el factor de acceso. Las notas de corte han oscilado en las facultades históricas con la llegada de los nuevos grados en Burgos y León. Tanto Valladolid como Salamanca han reducido su nota de corte. Todas se sitúan ya por debajo de los 13 puntos. La más alta sigue siendo la de la USAL, donde para estudiar Medicina es necesario contar con un 12,950 de nota media. La cifra cayó una décima respecto al año pasado, cuando se exigía un 13,05. Valladolid también ha rebajado la nota media de acceso a Medicina. Se situó para este curso en 12,760, lo que supone un descenso de 0,104 puntos respecto al 12,864 registrado el curso pasado.

Un descenso de nota de corte que no es nuevo. Las facultades históricas llevan bajando su nota de corte en cursos anteriores. En la USAL la reducción de nivel de acceso comenzó el curso anterior, cuando la nota bajó 0,071 puntos respecto al 13,121, la mayor nota de corte registrada para estos estudios en Salamanca.

Valladolid también ha rebajado la nota media de acceso a Medicina en los dos últimos cursos. El curso anterior se situó en 12,864, con 0,156 puntos menos respecto a 2024, último curso en el que Valladolid superó los 13 puntos de nota de acceso. Y entonces había bajado 14 décimas respecto a 2023 cuando registró el pico de nota mínima de los últimos cinco años con un 13,034.



Las obras comenzaron al final del curso en el pabellón 3 del antiguo hospital militar de Burgos. TOMÁS ALONSO

Un fenómeno que se produce en otras facultades históricas de medicina dentro de un contexto de aumento de plazas y nuevos centros. La falta de relevo entre la profesión médica ha llevado a un aumento de plazas y de facultades. En 2019 impartían estos estudios 45 facultades, 33 públicas y 12 privadas. En 2026 son ya 52: 36 públicas, tras incorporarse Burgos, León y La Rioja, y 16 privadas. Entre estas últimas se han sumado el campus de Málaga de la Universidad Alfonso X el Sabio, hace cuatro años; la Universidad CEU Fernando III de Sevilla, hace dos; y este curso estrenan el grado CEU Abat Oliba y la Universitat Ramon Llull, ambas en Barcelona.

Las plazas también se han multiplicado, al igual que los centros donde pueden cursarse estos estudios. Por ejemplo, este curso se ha abierto un campus en Teruel para impartir Medicina, dependiente de la Universidad de Zaragoza. La oferta de plazas se ha disparado en este periodo. En el curso 2018/2019 se ofertaban 5.691 plazas de nuevo ingreso en las universidades públicas y 1.351 en las privadas, frente a las cerca de 7.000 que se ofertarán el próximo curso en los centros públicos y las 2.350 en los privados.

Aunque el próximo curso será el primero con cuatro universidades públicas de Castilla y León impartiendo Medicina, el nivel de preinscripciones, matriculación y las notas de corte definitivas todavía no constituyen una fotografía cerrada de cómo arrancará el curso en la región. «No se podrá fijar una nota definitiva hasta septiembre, cuando se haya completado todo el proceso, porque durante los meses de verano se producen muchos movimientos. En Castilla y León está más o menos claro, pero hay otras universidades españolas donde pueden salir listas en agosto y, al volver, puede haber cambios», remarca María Ángeles Martínez.

PREINSCRIPCIONES

La incorporación del Grado en Medicina a las universidades de Burgos y León también ha provocado un descenso de las preinscripciones en las facultades históricas. Y la Universidad de Valladolid vuelve a ser la gran perjudicada. La facultad vallisoletana fue la que recibió el menor número de preinscripciones totales. 4.325, 23 menos que hace un año. Así, las solicitudes para estudiar el primer curso en León y Burgos superan ya las cifras de la UVA. La ULE registró 5.475 preinscripciones y la UBU, 5.394. Por encima de todas ellas se situó la Universidad de Salamanca, donde se presentaron 5.981 preinscripciones, una cifra que supone un descenso interanual de casi el 11 %, con 733 solicitudes menos que el curso pasado.

La USAL lidera también la elección de su Facultad de Medicina como primera opción, con 3.036 solicitudes. En segunda posición se sitúa Valladolid, con 1.084 estudiantes que la eligen como primera preferencia. En comparación con el año pasado, la UVA pierde 794 primeras opciones, lo que supone un descenso del 42 %. La UBU se queda a solo nueve solicitudes de Valladolid al registrar 1.075 primeras opciones en su estreno. En último lugar figura León, elegida como primera opción por 880 futuros estudiantes.

Estos números, sin embargo, no reducen la presión sobre las plazas. La demanda continúa siendo muy superior a la oferta disponible. La Universidad de Valladolid dispone del mayor cupo, con 219, por lo que apenas dos de cada diez aspirantes que la eligen como primera opción conseguirá una. Le sigue Salamanca, con 207 plazas de nuevo ingreso, suficientes únicamente para uno de cada quince solicitantes. La ULE oferta 80 plazas para estrenar el grado, de modo que solo un 9 % de quienes la eligen como primera opción obtendrá un asiento. La UBU es la que dispone de menos plazas, 72, a la espera de contar con las instalaciones definitivas del Grado en Medicina en el Hospital Divino Valles. De momento, impartirá las clases en las instalaciones provisionales del Hospital Militar, que ultima su acondicionamiento para recibir a los primeros estudiantes en septiembre. A ellas solo podrán acceder aproximadamente uno de cada quince aspirantes.

MATRICULACIÓN EN LA UBU

La Universidad de Burgos (UBU) ha cubierto las 72 plazas del primer curso de Medicina en apenas una semana y lo ha hecho tras recibir 5.394 preinscripciones, en el estreno de una titulación que ya irrumpe entre la más exigente del centro burgalés. La primera fase de matriculación ha cubierto el cupo disponible. El primer listado de admitidos se publicó el 9 de julio y el plazo para formalizar la matrícula permaneció abierto hasta el día 14. En una segunda fase, prevista para la próxima semana, únicamente quedarán por adjudicar las plazas reservadas para otros titulados y estudiantes con discapacidad, además de resolver las posibles reclamaciones. «Con este primer listado ya se ha cubierto toda la oferta correspondiente al cupo ordinario», subraya Martínez.

Una de las principales novedades del estreno del grado ha sido la decisión de la Universidad de Burgos de realizar la matrícula de forma presencial, una fórmula inédita entre las universidades de Castilla y León que imparten Medicina. «Hemos optado por este sistema con el objetivo claro de ofrecer el mejor acompañamiento posible tanto a los estudiantes como a sus familias durante un proceso especialmente importante para ellos». La decisión ha supuesto un importante esfuerzo organizativo y varios días de intenso trabajo en las instalaciones provisionales del Hospital Militar. El modelo únicamente se aplica, además de en Burgos, en la Universidad del País Vasco, mientras que el resto de universidades de la Comunidad priorizan la matrícula telemática.

Aunque durante las primeras jornadas se registraron algunas colas, la reorganización de los turnos permitió agilizar la atención y normalizar el proceso. La apuesta por la presencialidad obligó además a reforzar el equipo encargado de la matriculación. Personal de la Secretaría de Estudiantes y de la administración del centro, junto con otros dos trabajadores de apoyo, atendió a los futuros alumnos en horario de mañana y tarde, con el respaldo permanente del Servicio de Informática.

«El hecho de que la matrícula fuera presencial no significa que no hayamos utilizado herramientas digitales, esta formula sí que ha requerido una mayor dedicación por parte del equipo, pero el balance es muy positivo y todo ha transcurrido con normalidad», resume la coordinadora.

INSTALACIONES

La Universidad de Burgos afronta la recta final de los preparativos para recibir en septiembre a los primeros estudiantes del Grado en Medicina. Mientras avanzan las obras de adecuación del Hospital Divino Valles, la docencia arrancará en las instalaciones provisionales habilitadas en el Hospital Militar cuyas obras van según lo previsto. «A finales de este mes estarán listos los laboratorios de Anatomía y Disección. El equipamiento ya está disponible y solo falta instalarlo. También estamos ultimando la osteoteca, especialmente todo lo relacionado con la colección ósea, pero estará completamente operativa antes del inicio del curso», explica María Ángeles Martínez.

Las clases del primer curso se desarrollarán en el Aulario I, donde se concentrará la actividad docente durante esta primera etapa.

CULTURA

Doña Gregoria Nuño, viuda de Gaya

LA MUERTE DE BENITO FUE PARA DOÑA GREGORIA OTRO GRAN DESCONSUELO Y MÁS NO GOZANDO DE LA COMPAÑÍA DE JUAN ANTONIO QUE DURANTE AÑOS ESTUVO PENADO, EXILIADO Y DESPOJADO DE LA CATEGORÍA QUE LE PERTENECÍA

ANA MARÍA GARCÍA

Pretendo con esta semblanza dar a conocer a los actuales habitantes de Soria una figura femenina ya desaparecida, pero de una calidad humana tan sobresaliente, de una excelencia en todos los eventos que le fue planteando la vida, que merece ser traída al presente donde tal vez la mayoría solo tengan una vaga idea de ella: podría tratarse de la madre de don Juan Antonio, el titular de la acreditada fundación.

Yo, que soy ya una persona nonagenaria, tuve la suerte de conocerla siendo una niña. Siempre cariñosa y sonriente me dedicaba algún cumplido acompañado por el inevitable caramelo. Para mí era una señora más. Todavía no atisbaba lo que en su interior guardaba con una dignidad inusual. Habitualmente estos encuentros sucedían en la Dehesa, en algún banco de la parte más baja. Ella estaba sentada junto a su hijo Benito. Yo iba paseando en compañía de mi padre, compañeros ambos de sus años de instituto y vinculados y separados a la vez por los avatares de la aún reciente guerra civil. Sin saberlo tenía ante mí un atisbo de la memoria histórica.

Doña Gregoria era hija de un secretario de Ayuntamiento. Sin duda había recibido una buena educación en su hogar rural y una gran formación religiosa. Su hermano Casto era sacerdote y fue luego capellán del Hospital Provincial. Su hermana Vicenta la acompañaría conviviendo toda la vida y sirviéndola de apoyo y consuelo. Con el tiempo el doctor Juan Antonio Gaya Tovar ocupó el puesto de médico de Tardelcuende, donde por entonces residía la familia Nuño. Surgió el amor. Muchos valores debió de hallar en ella un hombre tan culto, tan instruido en ciencias y letras, miembro de una familia soriana acomodada, equilibrado en su modo de obrar. Fueron años muy felices en los que nacieron sus tres hijos: Benito, que llevaría el nombre del abuelo paterno; Juan Antonio, el de su padre; Amparito, el de una hermana del padre, sin hijos y esposa del farmacéutico Federico Ortega, que tenía su botica en la entonces llamada «acera de Monge», hoy fachada de Mariano Granados.

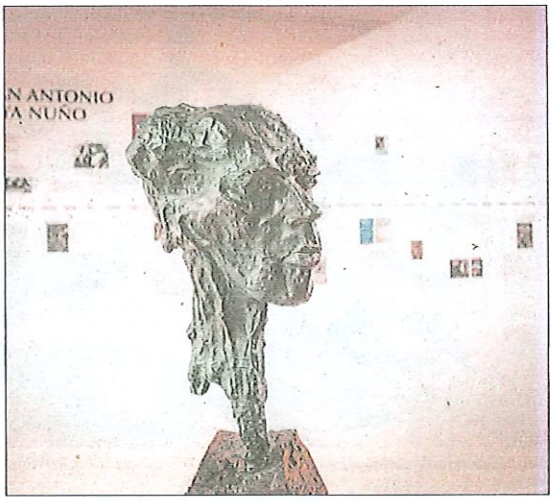
Cuando llegó el momento de que los hijos cursaran su bachillerato la familia se trasladó a vivir a la capital. El padre ejerció la medicina con inclinación a la ginecología, pero no contento con ello ocupó una plaza de profesor en el Instituto de Enseñanza Media que tan vinculado estaría siempre al devenir de la familia. El momento político le hizo decantarse por el partido republicano en el que su valía le llevó a ocupar un importante papel. Fueron pasando unos años felices en aquella familia tan unida con posibles escapadas a Tardelcuende que siempre significó para ellos el lugar de sus raíces.

Años más tarde Benito, el primogénito, un muchacho espigado, de buena estatura y físico muy afín al de su madre, terminado su bachillerato, optó por trasladarse a la Universidad de Zaragoza, el distrito al que entonces correspondía Soria, para cursar allí una carrera de Ciencias. En ello estaba cuando la primera gran tragedia familiar se hizo patente de una manera inesperada y cruel. Un brote de poliomielitis dejó completamente inválido al nuevo universitario cambiando el rumbo de muchas cosas. Por principio se imponía un cambio de carrera y pasado el tiempo que el curso de la enfermedad impuso,

Benito se decantó por las Letras, que exigían más sedentarismo. Es de imaginar la conmoción familiar y personal del momento, que el primogénito aceptó con ese estoicismo, disciplina y fuerza sobrehumana de voluntad que le eran inherentes. Con 18 años se volcó en el estudio donde siempre hallaría el consuelo y la satisfacción de su estado, sin descartar con su inusual valentía tomar parte en otras actividades que exigían viajes u otro tipo de desplazamientos. Hay una foto muy difundida actualmente por los medios donde aparecen sentados alrededor de una mesa familiar el matrimonio, los tres hijos y la inevitable tía Vicenta. Creo que fue copiada como grafiti sobre una tapia del antiguo campo de futbol de San Andrés. Es el símbolo de una familia unida y aún feliz a pesar de la enfermedad de Benito, que en el centro sonríe.

Todo ello vino a truncarlo la guerra civil. No me extenderé en pormenorizar como fue la detención, prisión y fusilamiento del doctor Gaya. Sí añadiré que fue cogido en plena actividad profesional, atendiendo a un enfermo, y que le delató un pequeño industrial radicado en la vecindad de la familia, en plena acera de los pares de Mariano Granados. Muchos años después, Amparito, la hermana pequeña me contó que siempre conocieron la identidad del traidor, que día a día se cruzaron con él y que varios de sus hijos estudiaron en el instituto y los tuvieron como alumnos sin hacer con ellos ninguna discriminación negativa. Así era la grandeza del alma de esta familia.

Y ahí tenemos a doña Gregoria, acompañada de su hijo inválido que no fue tenido en cuenta por los nacionales, viuda de un marido a quien tanto quería y obligada a pagar una suma monetaria incluida en la represalia mientras tuvo que contemplar cómo parte de sus bienes eran lanzados por la ventana. Benito durante aquellos calamitosos años debió de alternar sus estudios con las clases particulares para sostener en lo posible la precaria economía familiar. Después, acabada como alumno libre la licenciatura en Filosofía y Letras, se propuso el paso siguiente: optar a ganar las oposiciones a cátedra en la modalidad de Lengua Griega. Nadie dudará, siguiendo el relato, de que las sacó, lo que implicaba en aquel momento histórico, no sólo un esfuerzo mental titánico sino el poder salvar las mil barreras burocráticas que se exigían tales como certificados de buena conducta y la más decisiva «adhesión al régimen». Difícil, muy difícil para él salvar estos obstáculos. Y ahí fue donde apareció la mano de un franquista convencido pero excelente amigo del futuro catedrático. La mano de mi propio padre que no sé bien cómo fue decisivo para lograr el fin propuesto. No sé cómo, pero sí sé que así ocurrió. Lo he oído narrar de boca de doña Gregoria y de Amparito. Mi padre jamás nos lo había comentado.



Reciente exposición en el centro cultural Gaya Nuño. MARIO TEJEDOR

El primer destino de Benito fue un instituto de Bilbao, con lo que ello significa de viajes en los medios de la época y traslado a un lugar desconocido. Él lo superó todo con la compañía perenne de su madre y al curso siguiente ya fue trasladado al Instituto de Soria. En esta etapa es donde más se hace patente lo que significaba el binomio madre-hijo. Cada día lectivo doña Gregoria y Benito se trasladaban de su casa en Mariano Granados (un primer piso sin ascensor al que lo subían y bajaban con un sillón de brazos a pulso) al Instituto, pasando el Collado y parte de la Aduana Vieja. Benito, más que andar se arrastraba sobre unas altas muletas de madera. Su madre iba a su lado vigilando la marcha como la figura de un amoroso Cirineo. Llegados al centro docente había que salvar las escalerillas de la entrada y esto solía hacerse en brazos de los conserjes o a veces de alumnos «a la silleta de la reina». Su clase estuvo siempre en la primera planta, donde hoy está el aula dedicada a Machado. La madre lo sentaba en el sillón profesoral, él se quedaba allí tres horas para atender a los alumnos que eran los que se desplazaban. Nunca se movía hasta que doña Gregoria, con ayuda de un conserje, lograba levantarlo y emprender el camino de vuelta a casa. Y eso hiciera frío, calor, viento. Nada les amilanaba. En invierno riguroso Benito se cubría con una capa que sin duda perteneció a su padre.

En el buen tiempo había una importante variación del itinerario. Madre e hijo se dirigían a La Dehesa a mediodía donde ocupaban un banco o posteriormente una mesa en la cafetería entonces llamada «del Reglero». Después de comer se acercaban allí los eminentes próceres que recibieron el nombre de «los Cráneos»: Julián Marías, Camón Aznar, el director del Museo Numantino, otros catedráticos locales o profesionales de la medicina como los doctores Detraux y del Olmo. La policía los vigilaba de cerca sabedora de sus ideas en buena parte izquierdistas y doña Gregoria se sentaba con ellos y con su natural inteligencia vivía en un constante aprendizaje. Claro está que nada más dejar sentado a Benito ella invariablemente se dirigía a la ermita de Soledad donde permanecía un buen rato. Seguía siendo una católica fervorosa y su marido un ejemplo de tolerancia en la convivencia. Yo la veía entrar en ese templo tan querido ente los sorianos e imaginaba como sería el diálogo entre las dos Madres que tanto habían perdido. Era frecuente en las casas de la época tener una especie de gran imagen fotográfica de la Virgen de la Soledad con una leyenda al pie en que decía: «Mirad y ved si halláis dolor cómo mi dolor». ¡Cuántas veces he pensado que Gregoria podía porfiar con la Virgen¡.

En las largas noches de invierno era usual ver desde la calle el gran mirador, situado encima de lo que hoy son Mantequerías, y detrás de él la sala de estar de la casa bien iluminada donde eran frecuentes las cultas reuniones similares a las de La Dehesa. Doña Gregoria siempre participaba en ellas. Yo tuve la suerte de asistir algún tiempo cuando cursé por libre el primer año de mi licenciatura y Benito se ofreció para reforzarme el griego. Era tan alto el nivel que impartía en el bachillerato que pude vivir de rentas los dos años de cursos comunes de mi facultad y con altas calificaciones.

Desgraciadamente muy poco después Benito fallecía con 45 años por un coma diabético. Nuevamente le llegó a doña Gregoria otro gran desconsuelo y más no gozando de la compañía de Juan Antonio que durante años estuvo penado, exiliado y despojado de la categoría que le pertenecía. Cuando llegaron años mejores y su situación se normalizó aún le quedaba a la madre otro trago doloroso. La publicación de «El Santero de San Saturio» le colmó de satisfacción, pero no fue del agrado de todos. Grupos numerosos de derechistas organizaron debajo de la casa familiar una manifestación de rechazo, afirmando haber encontrado entre sus párrafos afirmaciones casi sacrílegas.

No me queda mucho que añadir. He pretendido dar también a conocer la gran figura de Benito, gran docente e investigador en temas tan difíciles como el cretense y su lingüística, cuya gran labor y sacrificada vida ha sido opacada entre sus paisanos por su prematura muerte. Creo que con lo dicho «he exhumado «la memoria de una mujer que fue el gozne sobre el que giró una familia eximia, de la cual, otra desgracia más, no quedó ningún descendiente.

Ana María García es doctora en Ciencias históricas

La revista diaria de **EL MUNDO.** Lunes, 20 de julio 2026

PAPEL

LA CIENTÍFICA ESPAÑOLA QUE LIBERÓ A UNA MADRE INOCENTE DE LA CÁRCEL Y ESTÁ REVOLUCIONANDO LA INMUNOLOGÍA



Le llueven los reconocimientos a Carola García de Vinuesa, líder en la investigación de enfermedades autoinmunes y quien liberó a la australiana Kathleen Folbigg, falsamente acusada de haber asesinado a sus cuatro hijos

Por Cristina G. Lucio
Fotografía de Cata Zambrano

*Por **Cristina G. Lucio** (Madrid).*
*Fotografía de **Cata Zambrano***

Su nombre se hizo mundialmente famoso en 2023, cuando sus investigaciones lograron liberar de la cárcel a la australiana Kathleen Folbigg, que pasó 20 años en prisión falsamente acusada de matar a sus cuatro hijos. Carola García de Vinuesa (Cádiz, 1969) acaparó titulares al demostrar que Folbigg no había asesinado a los pequeños, sino que su fallecimiento se debía a una muerte natural. Pero, lejos de la mirada del gran público, la científica ya era entonces una referente internacional de la Inmunología, una figura clave que había ayudado antes a otros pacientes con sus investigaciones.

Sus descubrimientos, de hecho, están cambiando la forma de abordar las enfermedades autoinmunes. Y, por eso, no deja de acumular reconocimientos. La científica afincada en Reino Unido, una de los pocos españoles que puede presumir de ser miembro de la Royal Society de Londres, acaba de recibir el Premio ACES Margarita Salas 2026 en la categoría de Ciencias Biomédicas, un galardón impulsado por la Fundación Margarita Salas que reconoce su excelencia y una fascinante trayectoria que ya arrancó de forma especial.

Fue el voluntariado, «además de la inspiración de algunos profesores», lo que la puso en la senda de la Inmunología, recuerda García de Vinuesa, echando la vista atrás desde su Cádiz natal, donde está pasando unos días de vacaciones.

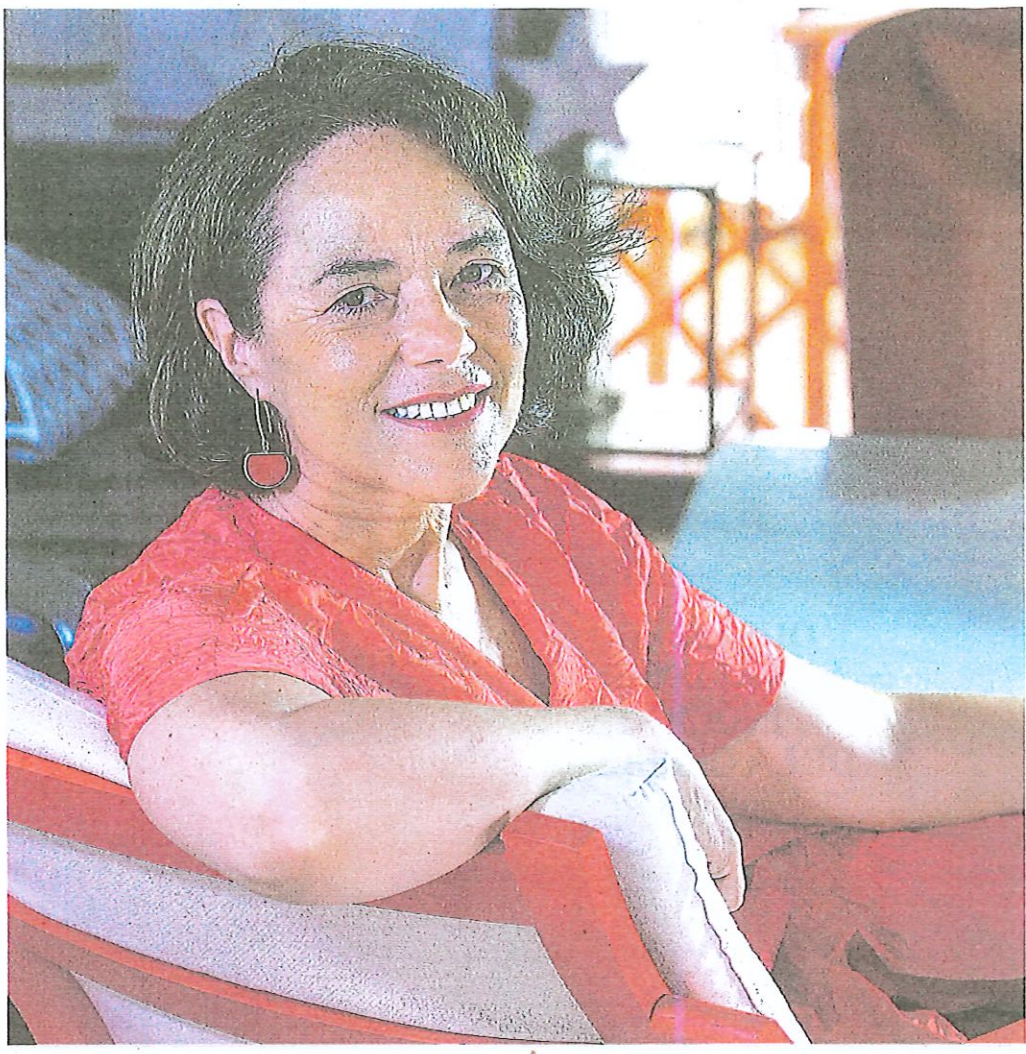
La investigadora terminaba el cuarto año de la carrera de Medicina cuando decidió irse unos meses a Ghana, a un proyecto de medicina rural que incluía una estancia en la unidad de pediatría del Hospital Korle-Bu, en Acra, donde, lamentablemente, vio morir a muchos niños a causa de la malaria cerebral y la meningitis meningocócica. Antes había estado también en la India, en una clínica a orillas del río Ganges, que sobre todo trataba a pacientes con lepra y tuberculosis. «Por muchos de ellos apenas podíamos hacer nada», lamenta. «Decidí entonces hacer la residencia en Inglaterra pensando en formarme para trabajar con alguna ONG de médicos en África, pero, al cabo de unos años, en parte por el estrés de trabajar en un entorno con pocos médicos y poca supervisión, y en parte porque también empecé a pensar que para poder tratar enfermedades para las que no había vacunas antes teníamos que conocerlas mejor, decidí probar la investigación. Y así descubrí mi verdadera vocación», recuerda García de Vinuesa, actualmente directora adjunta de Investigación e investigadora principal en el Francis Crick Institute de Londres (Reino Unido).

Hizo la tesis para entender la respuesta inmune a las bacterias en cápsulas, que son las que causan la meningitis. Y ahí empezó su pasión por las células B y T, que han marcado su carrera.

Entre otros logros, su equipo ha conseguido identificar dos tipos de glóbulos blancos encargados de controlar la producción de anticuerpos y ha descrito mecanismos fundamentales en el desarrollo de las enfermedades autoinmunes, las que se producen cuando el sistema inmunitario ataca por error a las células del propio organismo.

Pero, sin duda, uno de los descubrimientos que han supuesto un hito en su trayectoria es el hallazgo del papel que cumple el gen TLR7 en la aparición del lupus, una grave enfermedad crónica. García de Vinuesa lo identificó al estudiar el caso de Gabriela, una niña española de siete años que sufría lupus eritematoso sistémico y cuyo caso seguían en el Hospital Niño Jesús de Madrid.

Tras comprobar que la pequeña tenía una mutación en el gen TLR7, el equipo de la científica española consiguió emular la misma mutación genética en un modelo de ratón. Y los experimentos demostraron que esta mutación era, claramente, la vía causante de la enfermedad autoimmune.



La científica Carola García de Vinuesa, la semana pasada en Cádiz.

La investigadora todavía se emociona al recordar aquel momento eureka en el laboratorio. «Vimos que en los animales se reproducía la enfermedad en el 100% de los casos. Aparecía prácticamente toda la sintomatología clínica que vemos habitualmente en los pacientes, así que supimos que era un descubrimiento importante», rememora.

Había que ponerle un nombre al modelo de animal para publicar el hallazgo, y García de Vinuesa no dudó en a quién debían preguntar primero. «Llamamos a Gabriela y le dijimos si quería elegir ella el nombre. Y ella decidió ponerle Kika, igual que el elefantito de peluche que siempre se llevaba al hospital».

A día de hoy, los ratones Kika están siendo muy útiles en laboratorios de todo el mundo para entender cómo funciona este tipo de señalización en las enfermedades autoinmunes y también están sirviendo para avanzar en el desarrollo de fármacos capaces de bloquear ese mecanismo que dispara *fuego amigo* en el interior del organismo.

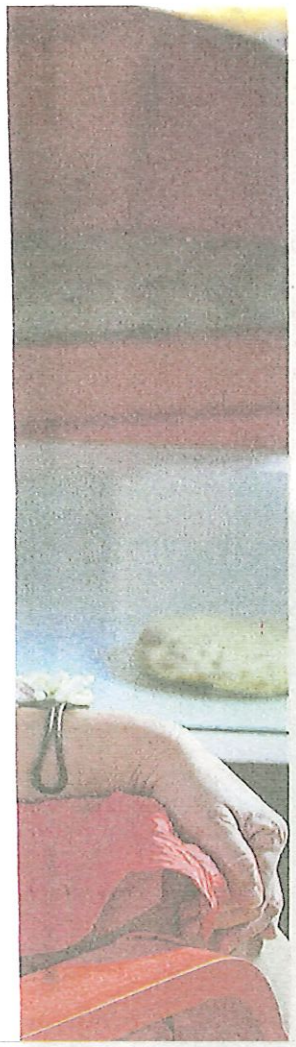
De hecho, los primeros ensayos clínicos con un inhibidor de esta vía han mostrado beneficios clínicos tanto en los síntomas cutáneos como sistémicos de la enfermedad. «Los ensayos en fase 2 han sido francamente prometedores. Todavía es pronto para saber cómo serán los resultados definitivos y tenemos que ser cautos, pero como investigadora es muy emocionante ver la posibilidad de un tratamiento para una enfermedad tan grave», asegura.

"No imagino peor pesadilla que perder a tus hijos y que además te acusen de haberlos asesinado"

"Necesitamos más medios para poder esclarecer casos como el de Folbigg, que nunca debió entrar en prisión"

Apenas unos meses después de que se conociera la historia de Gabriela, se hizo pública la contribución de García de Vinuesa al caso que también ha supuesto un antes y un después en su carrera, el de Kathleen Folbigg. La investigadora recuerda perfectamente la primera vez que escuchó su nombre: Un colega con el que había trabajado años atrás –y que había cambiado la ciencia por la abogacía– la contactó para estudiar el caso de la que entonces se consideraba una de las peores asesinas de Australia, encarcelada por haber dado muerte a sus hijos. Este excompañero le expresó sus dudas sobre la sentencia y le pidió ayuda, porque consideraba que había indicios que apuntaban a que las muertes podrían deberse en realidad a una enfermedad genética. Pero en ese primer encuentro, ella le dijo que no era la persona más adecuada para investigarlo. «El caso es que al poco tiempo me insistió y no pude evitar pensar en que aquella mujer que llevaba tantos años en la cárcel podía ser inocente, así que me puse a estudiar las pruebas. Soy madre, tengo dos hijas, y no puedo imaginar peor pesadilla que perder a tus hijos y que además te acusen de haberlos matado. Solo pensarlo es tan triste y tan duro que si tienes los medios para poder ayudar, lo haces», recuerda.

No sabía que se estaban embarcando entonces en cinco años de intenso trabajo, informes y audiencias judiciales; un esfuerzo duro que, subraya, sin duda mereció la pena. «Al principio ya vimos que había signos muy claros de que las muertes no habían sido por homicidio, como una miocarditis muy clara que presentaba una de las pequeñas en el corazón y que se veía claramente en la autopsia. Apenas un mes antes nuestro grupo había estudiado el caso de una familia



de Macedonia, que había perdido cuatro bebés y encontramos una causa genética relacionada con su sistema inmunitario. Me pareció que si existía una causa genética teníamos las herramientas para descubrirla, así que nos pusimos a investigarlo», rememora. Tras mucho trabajo, finalmente comprobaron que la causa de las muertes súbitas de las hijas de Folbigg era una extraña y hasta entonces desconocida mutación genética en un gen cuyos errores ya habían causado antes muertes en por arritmias cardiacas. Esa marca en su ADN, y no la mano de su madre, era la que había acabado con la vida de las pequeñas, que tenían entre 10 y 18 meses cuando fallecieron, señala la investigadora, quien recuerda que los dos niños varones no tenían la mutación pero se demostró que habían fallecido por causas que también se consideraron naturales, incluida una epilepsia. Con esa evidencia en la mano, 150 científicos de primer nivel, incluidos tres premios Nobel, reclamaron la liberación de Folbigg, que para entonces llevaba 20 años en prisión, pero aún así se tardaron dos años más en revocar su sentencia de cárcel, lamenta García de Vinuesa. «Fue verdaderamente terrible. Kathleen nunca debió entrar en prisión. No había pruebas reales contra ella, se utilizaron frases sacadas de contexto de sus diarios para condenarla y pasó injustamente más de dos décadas en prisión».

Desde que se conoció su implicación en el caso, la científica española no ha dejado de recibir peticiones de ayuda en casos de condenas similares, todas ellas a mujeres. «Un grupo de compañeros estamos intentando poner en marcha una ONG para poder trabajar de forma más sistematizada en este tipo de casos y, en definitiva, para que la genética se emplee de forma más rigurosa en entornos judiciales», avanza. «Hay más de 10.000 enfermedades raras y sabemos que algunas tienen presentaciones inusuales, con constelaciones de síntomas que pueden ser complejos de identificar y que pueden confundirse a simple vista con una muerte o daño provocado. Son casos trágicos, terribles, que pueden destrozar la vida de muchas personas. Y por eso, necesitamos facilitar que haya más medios para esclarecerlos y que se estudien las posibles causas genéticas que pueden estar interviniendo», reclama.

El conocimiento y la tecnología avanzan rápido y esto debe tenerse en cuenta también en el sistema judicial, subraya la investigadora, que hace hincapié en que muchos de los avances que se están dando hoy en día parecían ciencia ficción solo unos pocos años atrás. «Cuando yo empecé en la Inmunología no podíamos vislumbrar que esta especialidad iba a ser tan transversal, tan importante y relevante para el resto de las especialidades biomédicas», remarca.

La científica augura un «futuro brillante» para el avance de la Medicina con los nuevos conocimientos que se están atesorando, aunque advierte de la necesidad de garantizar la equidad en el acceso a la innovación, todavía difícil y cara, para evitar un mundo con «ciudadanos de primera y de segunda, según la carga de enfermedad genética».

CONSUMIR HASTA CINCO TAZAS DE CAFÉ AL DÍA NO DAÑA EL CORAZÓN

Cardiovascular. Una investigación mide la cantidad saludable de cafeína y advierte de los efectos nocivos de las dosis elevadas de refrescos, geles, chupitos energéticos o barritas

Por P. Jiménez (Madrid)

La cafeína es el estimulante y la sustancia psicoactiva más popular del mundo, y el café es la forma más habitual en que las personas la consumen. Las últimas investigaciones científicas concluyen que, para la mayoría de los adultos, consumir hasta 400 miligramos de cafeína al día (o cinco tazas de 30 mililitros al día) es seguro y no eleva el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Sin embargo, unas dosis más elevadas de cafeína, como las que se encuentran en las bebidas energéticas (incluidos los chupitos energéticos, los geles, las barritas...), sí que dejan una huella negativa en nuestro sistema cardiovascular. Así lo revela una investigación de la Asociación Americana del Corazón (AHA) titulada *Cafeína y enfermedades cardiovasculares*, publicada el lunes en *Circulation*, la revista científica de referencia de cardiología.

«La cafeína que se consume en el café es una parte fundamental de la vida cotidiana de millones de personas y, según nuestra revisión de las investigaciones más recientes, para la mayoría de los adultos, la ingesta de hasta 400 mg de cafeína al día –el equivalente a un máximo de cinco tazas de café con cafeína sin azúcares añadidos ni aditivos– es segura y no aumenta el riesgo cardiovascular», afirma el presidente del grupo voluntario de redacción de la declaración científica, Gregory M. Marcus, profesor de Medicina en la Universidad de California en San Francisco y jefe adjunto de Cardiología en los hospitales de esa universidad. «Sin embargo, las dosis elevadas de cafeína, como las que se encuentran en las bebidas energéticas (incluidos los chupitos energéticos), pueden tener efectos nocivos para el corazón y deben evitarse».



Los autores de la declaración señalan que estudiar los efectos de la cafeína en el sistema cardiovascular supone un reto. El café es la principal fuente de cafeína en la mayoría de los estudios de investigación y los efectos cardiovasculares observados pueden deberse a otros compuestos presentes. Por ejemplo, estudios experimentales sugieren que los compuestos bioactivos del café pueden tener propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, lo que podría explicar algunos beneficios para la salud. También resulta difícil separar los efectos de la cafeína de los de otros ingredientes que suelen añadirse al café, como la leche, la nata, los siropes aromatizados y/o el azúcar. Además, la mayoría de los estudios son observacionales, por lo que no pueden demostrar una relación de causa y efecto.

Aunque el café es la principal fuente de cafeína para la mayoría de los adultos, el té, el chocolate, los refrescos y las bebidas energéticas, así como los medicamentos de venta libre y con receta y algunos alimentos, también contribuyen a la ingesta total de cafeína. La nueva declaración científica detalla las investigaciones más recientes, centradas principalmente en el café con cafeína y su posible impacto en la hipertensión arterial, el colesterol, la diabetes tipo 2, la cardiopatía coronaria, el ictus, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, otras arritmias y otras afecciones cardiovasculares.

Es necesario realizar más investigaciones para estudiar los diferentes efectos sobre la salud de los distintos tipos de café con cafeína y otros productos que contienen esta sustancia, para comprender su contenido y su impacto en la salud cardiovascular. Se han realizado menos estudios centrados en la comparación entre el té y el café; sin embargo, el té se ha asociado con un menor riesgo de fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular, de forma similar al café con cafeína. Las bebidas energéticas, las barritas, los geles y los suplementos a base de cafeína suelen contener otros ingredientes añadidos que pueden aumentar la absorción de la cafeína, acelerar sus efectos en el organismo, elevar la presión arterial y aumentar el riesgo de daños cardiovasculares.

Se necesitan más ensayos controlados aleatorios para comprender mejor cómo afecta la cafeína a diferentes personas y cómo las distintas fuentes de esta sustancia influyen en la salud cardíaca. Debido a la falta de datos suficientes y rigurosos para elaborar directrices sobre las recomendaciones de ingesta de cafeína, no se hizo referencia a la cafeína en las *Directrices dietéticas para mejorar la salud cardiovascular* de 2026 de la AHA.

«Aunque las investigaciones sugieren que el consumo de cafeína puede estar asociado a ciertos beneficios cardiovasculares para algunas personas, es importante recordar que no existe una estrategia única para todos en lo que respecta al consumo seguro de cafeína. Las personas pueden responder de forma muy diferente en función de diversos factores, como la edad, la medicación, las afecciones de salud subyacentes, la genética y la rapidez con la que su organismo la metaboliza. Lo que puede ser una cantidad razonable para una persona podría provocar efectos no deseados, como palpitaciones cardíacas, ansiedad o trastornos del sueño, en otra. Por eso es importante prestar atención a cómo responde tu organismo y hablar con tu equipo sanitario sobre lo que es adecuado para ti», afirmó Marcus.

> SALAMANCA

El fallo de la conexión del cerebro y el hígado

Investigadores de la USAL, el IBFG y el IBSAL descubren que un defecto en el neurodesarrollo reduce la producción de una molécula clave para que los niños crezcan correctamente. Por **María Bausela**

Investigadores de Salamanca descubren un fallo en la conexión entre el cerebro y el hígado. Desde hace más de 15 años, la Universidad de Salamanca (Usal), el Instituto de Biología Funcional y Genómica (IBFG) y el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) han estado trabajando en una línea de investigación por la cual estudian la proteína CDH1, encargada de regular la degradación de otras proteínas. Dentro de este trabajo, observaron en proyectos previos que cuando se le quita la proteína al ratón, la corteza cerebral no se desarrolla bien, se produce una desestructuración de las capas y una microcefalia acompañada de la alteración de la formación de neuronas, así como discapacidad intelectual y motora fruto de la alteración de la formación de neuronas.

A raíz de esos resultados, el Hospital Universitario Quirónsalud de Madrid se puso en contacto con el equipo salmantino, ya que contaban con un paciente de 4 años, que presentaba una mutación patológica en CDH1, discapacidad intelectual bastante acusada y una alteración del desarrollo del organismo.

«Presentaba un cuadro clínico muy complejo y, cuando estudiamos el caso, vimos que efectivamente se debía a la mutación de esta proteína», explica Ángeles Almeida, profesora de investigación del CSIC, profesora de Bioquímica y Biología Molecular de la Usal, subdirectora científica del IBSAL e investigadora del IBFG.

Partiendo de este caso, han podido revelar que el retraso en el crecimiento corporal puede estar relacionado con una mala conexión entre el cerebro y el hígado durante las primeras etapas de la vida.

«Lo que más nos llamó la atención fue el retraso en el crecimiento. Por ello, empezamos a estudiar un poco más en detalle el ratón, encaminados hacia el estudio de qué ocurría a nivel del sistema nervioso central».

Gracias al uso de este modelo de ratón que presentaba un trastorno en el neurodesarrollo, una alteración en la formación de la corteza cerebral, pudieron analizar a nivel del sistema nervioso central los principales reguladores del crecimiento después del nacimiento y la hormona de crecimiento, comprobando que los ratones presentaban niveles normales de dicha hormona.

«En nuestros estudios previos, al ratón solamente le quitamos CDH1 en el sistema nervioso, no se lo quitamos en el resto de los órganos, pero vimos que no solamente se afectaba al sistema nervioso, sino que se afectaba a todo el organismo. Para ello nos habíamos centrado en una etapa muy temprana del desarrollo en el ratón, al final de la gestación y durante los primeros dos días después de nacer».

«Una vez que describimos la mutación en el paciente, vimos que se desarrollaba mucho más la discapacidad intelectual y motora. Pero en el ratón no habíamos ido a estudiar más allá de esos dos días después del nacimiento».

Por ello tuvieron que volver a plantearse el análisis de estas condiciones en el modelo, partiendo desde la hipótesis de que el sistema de la hormona de crecimiento estaba alterado, ya sea a nivel de los receptores del hígado o dentro del hígado, centrándose inicialmente en ver por qué el hígado no respondía a la hormona de crecimiento.

«Esa era la hipótesis, por qué el hígado no estaba sintetizando IGF-1 en respuesta a la hormona de crecimiento, que era normal. Y la desconexión entre el cerebro y el hígado llegó después. Eso fue una sorpresa, nosotros creíamos que tenía mal los receptores, pero no nos imaginamos que era debido a una ruptura».

«La hormona de crecimiento es el principal regulador del crecimiento del organismo entero después del nacimiento. Lo que hace es que estimula fundamentalmente los receptores en el hígado, el cual tiene que sintetizar y producir otra proteína que es IGF-1 y esa es la que estimula el desarrollo de los órganos y el crecimiento del organismo», añade.



Ángeles Almeida, subdirectora científica del IBSAL. ENRIQUE CARRASCAL

Con este estudio lo que observaron es que el número de receptores en los modelos estaba bien, pero el hígado no era capaz de sintetizar IGF-1, por lo que los ratones tenían unos niveles muy bajos de esta proteína. «Contrastamos estos datos en el

BLOG
OPINIÓN

Fisioterapia con y desde el corazón

ANGELA SORIA CALDERON

En medio de un mundo cómodo, inmediato y triunfante, hay quien se sacrifica, es constante y feliz sin aplausos. Hablo, por ejemplo, de las personas que cuido a diario en Tercera Actividad, que con pequeños esfuerzos consiguen mover montañas. Desde el equipo de fisioterapia, acompañamos y ayudamos a enfrentar la enfermedad, la soledad no deseada y el envejecimiento; así como les damos una caja de herramientas para mejorar su calidad de vida.

En Tercera Actividad trabajamos para generar un cambio cultural en los cuidados, y promover el movimiento como terapia. Por eso, mi trabajo me enamora y sorprende cada día. Uno de los padres de la medicina occidental, Hipócrates, decía "La salud es invisible cuando existe y absoluta cuando falta". Ya nos avisaba de lo importante que es la promoción de la salud, el descanso, una correcta alimentación y el equilibrio como base de la felicidad.

¿Sabías que nuestro cuerpo funciona a través de movimiento? ¿Has estado inmovilizado un tiempo, y al volver a la rutina te ha costado arrancar? Todo nuestro cuerpo, está sincronizado como el engranaje de un reloj, cuando una de las ruedas no gira correctamente, se para.



En este caso, queremos promover el movimiento desde su origen superando la fuerza que tienen los neurotransmisores e iniciando la terapia desde el músculo más fuerte del ser humano: su corazón.

Tratamos de realizar una atención centrada en la persona, con "historias de vida" y no "números de historias".

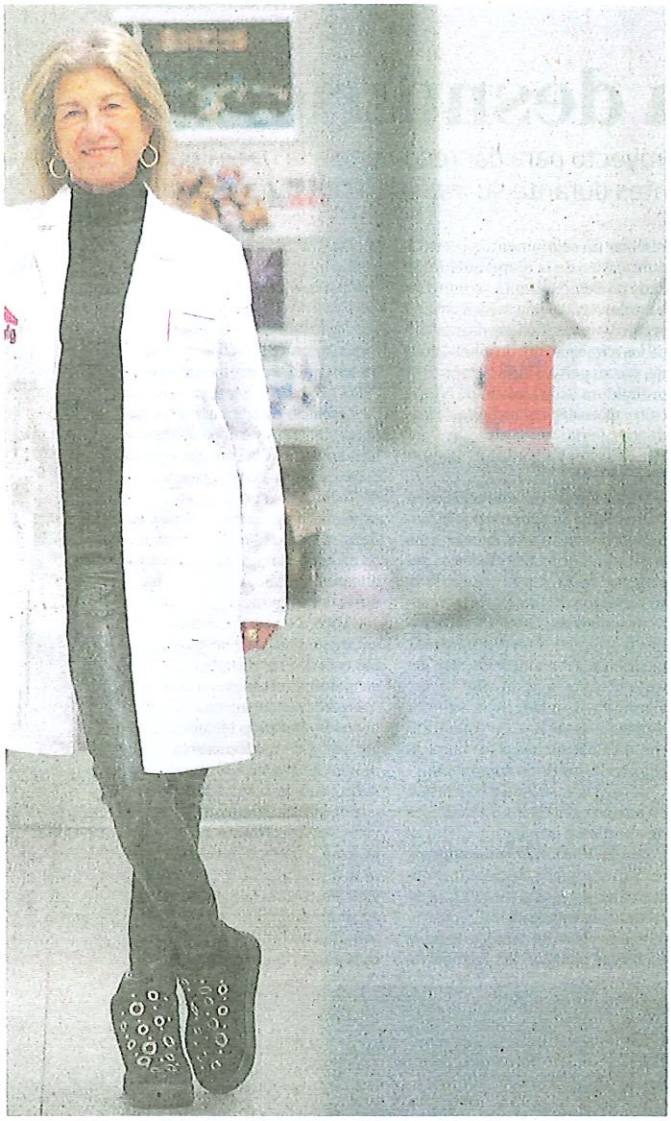
Estoy cansada de escuchar frases como "no te levantes que te caes", "me estas dando mucha guerra", "quédate ahí tranquila/o y no te muevas". Por este motivo también es muy importante cuidar a las familias y educar en el entorno cercano del paciente.

Algunos consejos prácticos para el gran olvidado, "el cuidador", desde mi experiencia, es que dediques tiempo a escuchar y explicar a quien cuidas lo que vais a hacer cada día. No le trates como a un niño, si no lo es.

Realiza preguntas sencillas, no esperes grandes conversaciones. No intentes razonar ni discutir. Evita dar lecciones. Potencia su autoestima. Usa un tono de voz y un lenguaje apropiado. Busca momentos para el silencio y la intimidad y, sobre todo, muy importante, cuídate tú. Guarda en tu agenda ratos para el ocio, fórmate y pide ayuda si lo necesitas.

Cuidar al cuidador es un gran reto. Aunque no lo sepas, aunque no te lo digamos tanto como deberíamos, estás dando todo por cuidar de otras personas, bien porque es alguien cercano, bien porque trabajas en el sector de los cuidados. Sea cual sea tu caso, GRACIAS, con mayúsculas. Gracias por tu esfuerzo y cuídate.

Ángela Soria Calderón es fisioterapeuta en Tercera Actividad



ÁNGELES ALMEIDA, PROFESORA DEL CSIC Y LA USAL, SUBDIRECTORA CIENTÍFICA DEL IBSAL E INVESTIGADORA DEL IBFG

«El retraso en el crecimiento no depende solamente de los niveles de EGH, sino también de IGF-1»

«La hormona de crecimiento es la principal reguladora del crecimiento posnatal, pero este peso no recae solamente en la hormona de crecimiento, sino que es una cascada de señalización que tiene que llegar hacia la síntesis de IGF-1. Hay veces que se produce en algunos pacientes que, por ejemplo, tienen alterados los receptores de EGH, que son resistentes al tratamiento con hormona de crecimiento. En cambio, el tratamiento con IGF-1 podría ser algo más eficaz, con los efectos secundarios que ello tiene, ya que se podría plantear utilizarlo como un tratamiento alternativo», incide la profesora de investigación del CSIC, profesora de Bioquímica y Biología Molecular de la Usal, subdirectora científica del IBSAL e investigadora del IBFG, Ángeles Almeida.

«Otra cosa muy importante es que a veces los niveles de EGH cambian mucho, cambian con el momento. Por ello son más fiables y más estables los niveles plasmáticos de IGF-1. Por ello, cuando hay un retraso en el crecimiento, no nos fijamos solamente en los niveles de EGH, sino que vamos más allá hacia los niveles de IGF-1 y de las proteínas que transportan IGF-1, ya que nos van a dar más información que los propios niveles de la EGH». Por ello apunta que, de cara al futuro, se podría considerar el IGF-1 como un tratamiento cuando existe un trastorno del neurodesarrollo y un retraso en el crecimiento.

«Hemos descrito que cuando hay también estos trastornos, muchas veces pensamos solo en el sistema nervioso central, pero el sistema nervioso periférico es igual de importante, de tal manera que si rompemos esa conexión entre el cerebro y el hígado o cualquiera de los órganos, va a producir una alteración importante y eso hay que tenerlo en cuenta.

Por ello, lo que estamos aprendiendo de la conexión con el hígado es que es probable que ocurra también con el páncreas, el pulmón y el cerebro. Es decir, un trastorno que tenemos a nivel solo del sistema nervioso central que afecte a un órgano y que se rompa esa conexión es algo que puede abrir muchas líneas de investigación y afectar a numerosas especialidades dentro de la pediatría».

paciente y también vimos que tenía unos niveles muy bajos de IGF-1».

«Esta proteína tiene que estar a niveles elevados, sobre todo después del nacimiento, para que se desarrolle el organismo». Por ello, visto que la hormona del desarrollo se encontraba a niveles normales, se plantearon la hipótesis de que IGF-1 era el responsable de que el organismo no creciera.

«El hecho de que uno de estos ratones no crezca no es solamente por no crecer, sino que no crece porque hay una alteración en el desarrollo. Todo está alterado. De hecho, vimos que existía una relación entre el hígado y el peso del ratón, dado que el peso era menor en aquellos ratones que no tenían la proteína comparados con los que sí la tenían».

Gracias a estos resultados, pasaron a centrarse en el estudio del hígado en estos modelos, el cual presentaba condiciones anormales. Se trataba de hígados que tenían el metabolismo lipídico alterado. Hígados grasos muy poco inervados.

«Después del nacimiento, lo que ocurre es que se produce la inervación del hígado y ese proceso es necesario para que se desarrolle ese hígado. Lo que vimos en estos modelos es que no había esa inervación o estaba alterada, de manera que hay una desconexión entre el cerebro y el hígado».

«Como hay esa desconexión, hay un mal desarrollo de ese hígado y no diferencia bien las células, acumula grasa, se convierte en un hígado graso y no produce IGF-1», asegura.

Por ello estudiaron si sería una posibilidad administrarle IGF-1 a los ratones, y vieron resultados positivos, ya que los ratones crecían de manera normal y muchos órganos recuperaban su peso con respecto al peso del animal. «Lo que no recuperábamos era la inervación en el hígado, seguía graso».

«Tenemos que seguir estudiando y ver de qué manera podemos revertir ese hígado graso, porque con el IGF-1 no fuimos capaces de hacerlo», remarca. En este sentido, ahora mismo se están centrando, además de en esta ruptura, en la conexión entre el sistema nervioso central y el resto de los órganos del sistema nervioso periférico.

«Estamos trabajando con trastornos del neurodesarrollo, como el autismo, que están relacionados con alteraciones de la sustancia blanca, para ver cómo esas alteraciones en la sustancia blanca se producen y de qué manera alteran la transmisión del impulso nervioso afectando al desarrollo de todo el organismo», asegura la investigadora del CSIC, IBFG y el IBSAL.

BLOG
OPINIÓN

Turismo e innovación

CRISTINA PÁRBOLE

Unos llegan caminando, otros en bicicleta, en coche o formando parte de una visita guiada. Algunos buscan conocer la historia de una iglesia románica, otros disfrutar del paisaje, del deporte o de la tranquilidad de nuestros caminos. Todas estas formas de acercarse al medio rural pueden convivir y complementarse, siempre que se desarrollen desde el respeto y la responsabilidad. El turismo no consiste únicamente en visitar lugares, consiste también en comprenderlos, valorarlos y generar oportunidades para quienes viven en ellos durante todo el año. Cada explicación, cada pedalada, cada comida en un restaurante, cada compra en un pequeño comercio y cada fotografía compartida pueden convertirse en una razón para volver, para recomendar este rincón o apoyar a quienes mantienen vivos nuestros pueblos.

Esa es la verdadera fuerza del turismo cuando se plantea con respeto y con una visión de futuro. No se trata de atraer visitantes a cualquier precio, ni de medir el éxito únicamente por el número de personas que llegan o por el dinero que se recauda. Un turismo que deteriora el paisaje, altera la vida cotidiana de los vecinos o convierte el patrimonio en un simple decorado termina destruyendo precisamente aquello que lo hacía atractivo.

El medio rural no puede convertirse en un producto que se consume rápidamente y se abandona. Sus iglesias,caminos, montes y pueblos no son escenarios vacíos, son espacios con historia; identidad y personas que los cuidan y habitan. Por eso, cualquier iniciativa turística debe preguntarse qué consecuencias tendrá para el territorio y qué parte de sus beneficios permanecerá realmente en él.

El románico, los caminos, el deporte, la gastronomía, la naturaleza y la divulgación forman una combinación que demuestra que los pueblos tienen mucho que ofrecer, pero es necesario que estas actividades se coordineny que quienes las impulsan trabajen con una mirada común. La colaboración entre vecinos, asociaciones y administraciones es fundamental para que las iniciativas no sean hechos aislados, sino parte de un proyecto compartido.

En todo ello, la innovación tiene un papel importante, pues innovar no significa llenar el territorio de pantallas, aplicaciones o grandes infraestructuras. A veces consiste en encontrar nuevas maneras de contar una historia, conectar actividades que antes funcionaban por separado o facilitar que un visitante pueda combinar una ruta en bicicleta con una visita cultural, una comida en un establecimiento local y una estancia en la zona.

La innovación más útil será aquella que ayude a conservar mejor, a repartir las visitas a lo largo del año y a generar oportunidades reales para la población local. Aquella que permita crear empleo sin destruir recursos, atraer nuevos proyectos sin desplazar a quienes ya viven aquí y ofrecer experiencias de calidad sin convertir cada rincón en un negocio.

Cristina Párbole es historiadora y mediadora cultural de la Fundación Santa María la Rea



Jesús Lacal, profesor del Área de Genética de la Universidad de Salamanca, junto con el resto de investigadores. E.M.

> SALAMANCA

Mejorar la conservación de virus

Investigadores del grupo de Biomedicina de Enfermedades Raras de la Usal trabajan en un proyecto centrado en facilitar el manejo de lentivirus, útiles para introducir material genético en células. Por **María Bausela**

Dentro de los virus existe un tipo, conocido como lentivirus, que se caracteriza por contar con un periodo de incubación largo y provocar infecciones incurables en humanos y animales. Sin embargo, estos virus no se quedan solo en ese papel negativo, sino que cuentan con una gran capacidad de ayudar en el ámbito de la investigación biomédica. Esto pasa por su uso como vectores lentivirales, permitiendo introducir material genético en células.

Dicha herramienta biotecnológica resulta «muy potente, pero los virus son frágiles y, si no se mantienen en frío, pierden eficiencia y hasta dejarían de funcionar. Normalmente, deben mantenerse a temperaturas de -80°C hasta que se vayan a usar en el laboratorio, y eso conlleva problemas logísticos de almacenamiento y transporte asociados», explica Jesús Lacal, profesor del Área de Genética de la Universidad de Salamanca, investigador principal del grupo de Biomedicina de Enfermedades Raras de la Universidad de Salamanca (Usal).

Con un nuevo proyecto, que ha recibido el segundo premio del concurso Desafío Universidad-Empresa, quieren llegar a desarrollar condiciones de laboratorio óptimas para controlar la temperatura de conservación de estos virus empleados para introducir genes en células.

«LENTISTAB busca conservar los lentivirus en un estado estable a temperatura ambiente, para evitar la necesidad de ultracongeladores o transportes en hielo seco, que son carísimos. Por ejemplo, hace unos meses enviamos unas muestras a un laboratorio de EEUU y los portes costaron casi 3,500 euros, para garantizar que el producto llegará congelado», remarca el investigador.

Su sistema va a funcionar combinando tres elementos clave. Por un lado, el virus se mezclará con una fórmula de protectores, como azúcares especiales y otros compuestos, que actúan como un escudo durante el proceso. Posteriormente, someterán esa mezcla a un proceso de liofilización, una congelación controlada seguida de un proceso de secado al vacío, eliminando el agua sin dañar al virus, «o eso esperamos».

El resultado será una pastilla con la cual se puede dar estructura al virus, el cual consigue así mantenerse estable a temperatura ambiente, de tal manera que cuando el investigador lo necesite, solo tiene que añadir agua y el virus se 'despierta' y recupera su capacidad de infectar células, «igual que el día que se produjo».

Concretamente, el proyecto denominado 'Desarrollo y Validación de un sistema de liofilización de vectores lentivirales', o LENTISTAB, se centra en validar diferentes aproximaciones hasta identificar la solución ideal para conservar los lentivirus porque «es la única manera de obtener una solución fiable» y «en ciencia no basta con decir 'funciona', hay que demostrarlo con datos sólidos y rigurosos. No queríamos dar una solución a medias».

Así, quieren combinar el conocimiento del equipo de investigación de la Usal en producción y utilización de vectores lentivirales con la experiencia de la empresa salmantina 300K en estabilización mediante liofilización para obtener un paquete tecnológico validado que esta entidad pueda usar para demostrar la idoneidad de su tecnología para la estabilización de lentivirus.

«No será solo un informe teórico, sino que se probará y validará un protocolo y una fórmula de protectores optimizados y se entregará un informe de validación que demuestre su eficacia. Queremos que 300K pueda emplear esta tecnología y empezar a ofrecerla de inmediato con garantías. En esencia, se busca transformar los lentivirus de reactivos perecederos y complicados en herramientas estables, accesibles y fáciles de usar para toda la comunidad investigadora y biotecnológica, y que la empresa pueda incorporarlo a su cartera de productos validados», añade Lacal.

De cara a llegar a ese objetivo, van a producir y caracterizar sus propios virus de referencia, para saber exactamente con qué material partimos, así como diseñar esas fórmulas protectoras y optimizar el ciclo de liofilización. Un proceso que comenzará con su grupo de investigación a partir del mes de septiembre de cara a poder proceder a la transferencia a la empresa 300K mediante los resultados obtenidos y una sesión de formación práctica con su personal técnico.

Aunque aún no han comenzado con el desarrollo del proyecto, el investigador ya remarca que va a suponer grandes ventajas para la empresa salmantina, ya que «le permite ampliar su negocio ofreciendo un producto único y de alto valor añadido, convirtiéndose en un referente en el sector».

Pero también tendrá un efecto positivo para el mundo de la investigación y la ciencia, puesto que «supone un ahorro de costes enorme, porque democratiza el acceso a esta herramienta biotecnológica, permitiendo que laboratorios con menos recursos puedan usar lentivirus al reducir el coste de compra significativamente al verse los portes tan reducidos».

En este sentido el profesor e investigador principal del grupo de Biomedicina de Enfermedades Raras de la Usal remarca que el premio que se le ha concedido a este proyecto como parte de la convocatoria Desafío Universidad-Empresa, la cual tiene por objetivo impulsar soluciones tecnológicas para necesidades planteadas previamente por empresas de Castilla y León, es «un ejemplo perfecto de cómo las sinergias entre empresas tecnoló-q gicas como 300K y grupos de investigación de la Universidad de Salamanca pueden generar conocimiento directamente aplicable al tejido empresarial de Castilla y León, creando empleo cualificado y posicionando a nuestra comunidad como un polo de innovación biotecnológica».

> VALLADOLID

IA que ayuda contra la desnutrición

El Hospital Recoletas Salud Campo Grande y CARTIF colaboran en un proyecto para dar respuesta a la necesidad de disponer de información sobre la ingesta de alimentos de los pacientes durante su ingreso. Por **María Bausela**

La desnutrición hospitalaria es una problemática a la cual se enfrentan los profesionales de la salud a la hora de tratar a aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados por diferentes motivos. Su afectación es tal que se estima que entre el 20% y el 40% de estos pacientes presentan algún grado de desnutrición o riesgo nutricional, una situación que se asocia a peor evolución clínica, mayor tasa de complicaciones, incremento de la estancia hospitalaria y mayor probabilidad de reingreso.

A pesar de este gran impacto y el esfuerzo que se hace desde los hospitales para tratar de diseñar dietas apropiadas para los pacientes, es complicado conocer con precisión cuánto comen realmente los pacientes durante su ingreso. De forma habitual, esta valoración se realiza de forma visual por parte de los médicos, un proceso que puede resultar en resultados erróneos o subjetivos, agravando el riesgo de desnutrición del paciente.

En este marco nace el proyecto RICOSALUD1 del Hospital Recoletas Salud Campo Grande y el Centro Tecnológico CARTIF, con el cual quieren dar respuesta a esta necesidad de disponer de información trazable sobre la ingesta de los pacientes durante su ingreso mediante el desarrollo de un sistema inteligente capaz de medir de forma automática y continuada la ingesta real de alimentos, información que se integra en un algoritmo de cara a detectar precozmente la desnutrición.

«El proyecto busca realizar un seguimiento preciso de la ingesta de los pacientes durante su estancia hospitalaria mediante la inspección de bandejas hospitalarias, aplicando técnicas de visión artificial e inteligencia artificial para identificar y cuantificar de manera automática los alimentos servidos, estimar el volumen ingerido y cuantificar los restos no consumidos tras la comida de cada paciente. Con ello, el proyecto busca lograr un seguimiento nutricional más preciso, una detección temprana de la desnutrición y una mejor adaptación de las pautas dietéticas de cada paciente para mejorar la evolución clínica de cada caso. Todo ello contribuirá directamente a una atención más personalizada, eficaz y segura, a una prevención precoz de la desnutrición y a la reducción del desperdicio alimentario en el entorno hospitalario», explica Raúl Calderón, investigador del área de Soluciones Industriales de CARTIF.

Su funcionamiento consiste en hacer un escáner volumétrico de la bandeja antes y después de la ingesta. A partir de esas dos capturas, los modelos de inteligencia artificial que han diseñado estiman la cantidad ingerida de cada plato mediante una comparación de la comida que hay en la bandeja antes y después de la ingesta. Estos datos los van a vincular al historial del paciente, de tal manera que, si no ingieren las calorías y proteínas suficientes, aparecerá una notificación para poder realizar una intervención nutricional.

Así, hacen frente a la falta de herramientas objetivas por parte de los nutricionistas hospitalarios para saber cuánto ingiere cada paciente de forma automática, «inviable» en caso de querer realizarlo a mano, algo que limita su capacidad de intervenir a tiempo, especialmente en los perfiles más vulnerables.

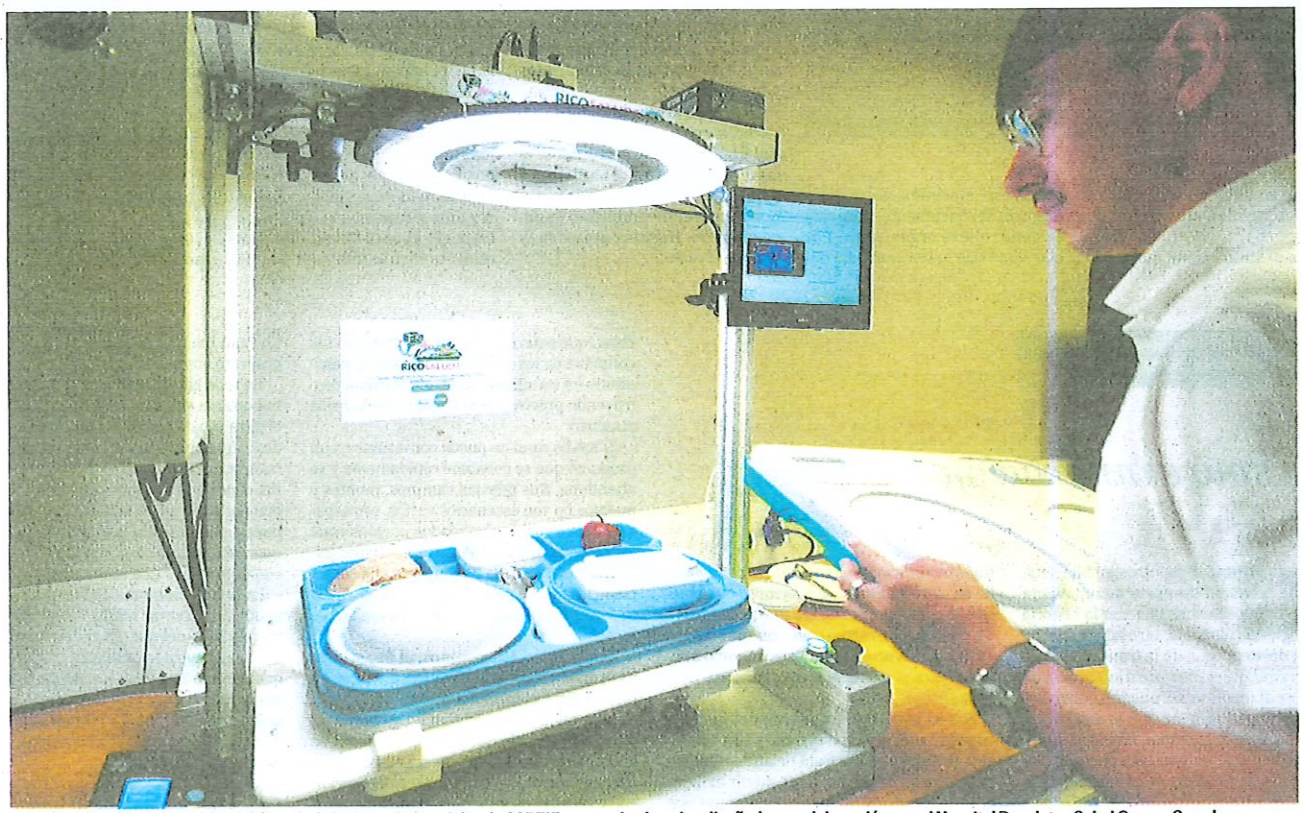
«La inteligencia artificial y los modelos de lenguaje visual de última generación son hoy la única vía tecnológica con potencial real para resolver un problema de esta complejidad sin depender de hardware especializado ni de la supervisión constante del personal». Por ello, su objetivo es dotar al Hospital Recoletas Salud Campo Grande de una infraestructura digital que permita realizar un seguimiento preciso y automático de la alimentación de cada paciente durante su ingreso, contribuyendo a una asistencia más segura y una gestión más sostenible de los alimentos del hospital», añade, por su parte, Paula Crespo, Coordinadora de la Unidad de Nutrición y Obesidad del Instituto de Endocrinología y Nutrición del Hospital Recoletas Salud Campo Grande.

Para llevar a cabo este trabajo, en primer lugar han pasado por la realización de un análisis inicial de los requisitos funcionales y técnicos del sistema de cara a proceder a la construcción del prototipo de captura de imágenes, capaz de fotografiar las bandejas en dos y tres dimensiones. A continuación, han llevado a cabo el desarrollo de los algoritmos de inteligencia artificial propiamente dichos, que finalizará con la validación del sistema en un entorno hospitalario controlado.

Conseguir realizar una validación en condiciones reales o semireales de operación implicaría «dejar el prototipo funcionando durante períodos más largos, aumentar el número de bandejas analizadas, comparar los resultados de la IA con referencias reales de peso y evaluar la usabilidad por parte del personal de cocina y nutrición». Así, el proyecto podría evolucionar hacia «una integración más completa con los sistemas internos del hospital, de modo que los resultados se almacenen automáticamente y puedan consultarlos los equipos correspondientes».

Por ahora, el sistema ya es capaz de identificar correctamente los distintos alimentos y componentes que forman parte de la bandeja, «que es la base sobre la que se construye todo lo demás». A partir de ahí, están explorando varios métodos para estimar la cantidad realmente ingerida mediante la comparación de volúmenes, un cálculo analítico basado en la comparación de pesos y la comparación visual directa.

De esta manera quieren comprobar cuál de esas distintas vías ofrece mejores resultados o si resulta más efectivo implementar una combinación de dichas técnicas, en lugar de depender de una sola. «Al final de esta investigación esperamos contar con un sistema robusto, capaz de adaptarse a nuevos platos y variantes de menú que no haya visto antes, y que aporte al nutricionista información de valor que hoy simplemente no existe, ayudándole a tomar decisiones mejor fundamentadas sobre la alimentación de cada paciente», incide Calderón.



Raúl Calderón, investigador del área de Soluciones Industriales de CARTIF, operando el equipo diseñado en colaboración con el Hospital Recoletas Salud Campo Grande. PHOTOGENIC

> PERSONAJES ÚNICOS / FRANCISCO MARTÍN

Este profesor del Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca y doctor de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del Complejo Asistencial Universitario ingresa como nuevo académico correspondiente en la Real Academia de Medicina salmantina. Por **María Bausela**

El doctor de la cardiología crítica



Francisco Martín Herrero, doctor especializado en cardiología crítica y profesor de la Usal. ENRIQUE CARRASCAL

El camino de Francisco Martín Herrero en el mundo de la salud arrancó en 1995, tras finalizar su licenciatura en Medicina por la Universidad de Salamanca, algo que le permitió posteriormente especializarse en Cardiología en el Hospital Universitario de Salamanca, un centro al que ha permanecido vinculado durante toda su trayectoria profesional.

«Desde muy pronto me atrajo la cardiología porque es una especialidad que combina un profundo conocimiento de la fisiología y la fisiopatología cardiovascular con la posibilidad de obtener resultados clínicos muy rápidos y, en muchas ocasiones, muy gratificantes para el paciente. Pocas áreas de la medicina permiten conseguir de forma tan inmediata cómo una decisión diagnóstica o terapéutica puede cambiar el pronóstico e incluso salvar una vida», explica el doctor.

Pero fue durante su residencia que contó con la tutela de varios profesores que despertaron aún más su interés por esta especialidad. «Recuerdo que, durante mis primeros años de formación, la mayor dificultad era precisamente atender a los pacientes más graves, ya que el tiempo para tomar decisiones era muy limitado. Esa incertidumbre, lejos de alejarme de esta área, hizo que me resultara aún más apasionante».

Así es como llegó a centrarse en la cardiología crítica y los cuidados intensivos cardiovasculares, que representa «probablemente» uno de los mayores desafíos de la especialidad. Cuenta que en muchas ocasiones, la diferencia entre la recuperación y un desenlace fatal depende de decisiones que deben adoptarse en cuestión de minutos, integrando la experiencia clínica, la mejor evidencia científica disponible y el trabajo coordinado de un equipo multidisciplinar altamente especializado.

«Esa responsabilidad es enorme, pero también constituye una de las mayores motivaciones de nuestro trabajo diario. Representa uno de los ámbitos más exigentes de la medicina, donde las decisiones deben tomarse con rapidez, pero siempre apoyadas en el conocimiento científico, el trabajo en equipo y poniendo al paciente en el centro de toda actuación».

Para poder llegar a especializarse en este ámbito, realizó estancia de investigación en el Massachusetts General Hospital de la Universidad de Harvard de Boston, «uno de los hospitales de mayor prestigio del mundo», que «supuso un importante impulso» en su formación científica y personal. Y tras volver a Salamanca, se incorporó en 2005 a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, anteriormente denominada Unidad Coronaria.

Desde entonces ha orientado su actividad hacia la atención del paciente crítico cardiológico, una rama en la cual se centra en la atención de pacientes con infarto agudo de miocardio, shock cardiogénico, insuficiencia cardiaca avanzada, arritmias complejas y pacientes portadores de dispositivos de soporte circulatorio mecánico.

No obstante, su actividad no se limita únicamente a la cardiología crítica. «Compagino esta labor con la consulta clínica ambulatoria, lo que me permite mantener una visión integral del paciente cardiovascular y realizar un seguimiento continuado de muchas de las personas que previamente han pasado por nuestra unidad. Asimismo, colaboro con la Unidad de Rehabilitación Cardíaca y desde el año 2008 soy profesor asociado de la Universidad de Salamanca, compatibilizando la actividad asistencial con la docencia y la investigación clínica», remarca.

Actualmente trabaja como profesor del Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca (Usal), desde el cual intenta acercar a sus estudiantes a las nuevas técnicas clínicas desde un punto de vista humano. «La medicina avanza a un ritmo extraordinario y disponemos de tecnologías cada vez más sofisticadas, pero nunca debemos olvidar cuál es la esencia de nuestra profesión: el paciente. La historia clínica, la exploración física, la capacidad de escuchar y el razonamiento clínico siguen siendo las herramientas más valiosas de un médico. La tecnología debe ayudarnos a tomar mejores decisiones, pero nunca sustituir el juicio clínico ni la relación humana con el paciente. Para muchos estudiantes, el contacto con los pacientes y con determinadas especialidades durante la carrera puede marcar su futuro profesional. Si consigo despertar en alguno de ellos el interés por la cardiología, por la investigación o simplemente la ilusión por ejercer la medicina con rigor, humanidad y vocación, considero que mi labor docente ha merecido la pena».

Dentro del ámbito de la investigación, se centra en la clínica cardiovascular. «Cuando inicié mi actividad investigadora hace más de dos décadas, gran parte del interés científico estaba centrado en la terapia celular y la posibilidad de regenerar el músculo cardíaco. Hoy las preguntas de investigación han cambiado. Nuestro interés se centra en conseguir un diagnóstico más precoz, identificar mejor el riesgo individual de cada paciente y desarrollar estrategias terapéuticas más personalizadas. Siempre he considerado que la investigación debe nacer de las preguntas que surgen junto a la cama del paciente».

En los últimos años, se han interesado especialmente en la mejora del pronóstico de los pacientes con infarto agudo de miocardio complicado, la optimización de las estrategias de soporte circulatorio mecánico y la identificación de nuevos marcadores pronósticos que permitan una medicina más personalizada.

Este trabajo le ha llevado a ingresar como nuevo académico correspondiente en la Real Academia de Medicina de Salamanca (RAMSA), un reconocimiento que remarca que supone «un inmenso honor y una enorme responsabilidad. Recibo este nombramiento con enorme gratitud y también con humildad, siendo plenamente consciente de que constituye, sobre todo, un reconocimiento colectivo al trabajo realizado durante muchos años por todo el Servicio de Cardiología y por las numerosas personas con las que he tenido la fortuna de compartir esta trayectoria profesional».

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

REDACCIÓN: MARÍA BAUSELA, MARÍA MERINO Y NURIA FERNÁNDEZ **E-MAIL:** INNOVADORESCYL@DV-ELMUNDO.ES **TELÉFONO:** 983 421 700 **DIRECCIÓN:** MANUEL CANESÍ ACEVEDO, 1. 47016 VALLADOLID

ÍÑIGO, EL BEBÉ MILAGRO



SOLO SIETE CASOS DE SUPERVIVENCIA EN EL MUNDO

Vino sin los dos riñones, tuvo que ser intubado al nacer y ha estado a punto de morir tres veces. Pero ya cumple 11 meses de vida gracias a la diálisis y a una máquina de oxígeno. Lo siguiente: un trasplante. Sus padres recuerdan: "Nos dieron menos de un 1% de probabilidades"

Por ***Pedro Simón***

Fotografía de ***Sergio González Valero***

Por ***Pedro Simón*** *(Madrid)*
Fotografía de ***Sergio González Valero***

A sus padres les dijeron que lo normal es que muriese. Que hasta la madre podría fallecer en el empeño. Que había menos de un 1% de posibilidades de que saliera adelante. Que Íñigo *no*.

Íñigo *no* tiene riñones, pero mira el mundo de un modo que si lo vieran...

Íñigo *no* tiene uretra, uréteres, vejiga, pero tiene una forma de reír que elimina todo lo malo.

Íñigo *no*. Pero *sí*.

Sí nació a pesar de que detectaron que el feto venía con una malformación incompatible con la vida.

Sí lo hizo a pesar de que no había líquido amniótico en el útero materno.

Sí a pesar de las infecciones bacterianas.

De que tuvo que ser intubado nada más nacer.

De las crisis en la UCI de neonatos al principio y de las que vivió en la UCI pediátrica después.

De que sus padres escucharon varias veces: «Prepárense para lo peor».

De que llegaron a despedirse de él.

De que –hasta que venga el trasplante– vive conectado a una máquina de oxígeno y a otra de diálisis 14 horas al día.

Sí nació –decíamos– a pesar de que la comunidad médica solo conoce otros seis casos de supervivencia (seis) como el suyo en todo el mundo.

Llámenlo éxito clínico. Llámenlo sanidad pública española. Llámenlo milagro. Llámenlo como les dé la gana. Aquí vamos a llamarle por su nombre: Íñigo María Prieto Delic.

Ahí lo tienen. Once meses de vida ya. Ocho kilos y 200 gramos. Unas manos que apandan con todo. La bonachonería de un paciente buda. La esperanza con lorzas. El bebé insurrecto que le hizo cosquillas a la muerte.

(...)

«Yo estaba dando clases y ella me llamó llorando».

El que empieza a hablar es Íñigo Prieto padre. Cordobés de 42 años. Ingeniero.

Ella es su esposa. La madre. 41 años. Natural de Mostar (Bosnia Herzegovina).

El momento de la llamada es justo en la revisión de la semana número 20.

Y el motivo del llanto es lo que le acaban de decir los médicos.

Así comienza esta historia. Una madre embarazada de su sexto hijo. Un diagnóstico fetal: agenesia renal bilateral. O lo que es lo mismo: una malformación congénita grave caracterizada por la ausencia de ambos riñones. O lo que es lo mismo: al no haber orina fetal, no hay líquido amniótico. O lo que es lo mismo: al no haber líquido amniótico, no existe la posibilidad de que se desarrollen los pulmones.

«Eso fue lo que nos explicaron en la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Preguntamos si se podía hacer algo y la respuesta fue negativa. Nos dijeron que había dos posibilidades: o bien tener una actitud expectante, esperar sin más al desenlace, o bien abortar. Nosotros no queríamos abortar. Por nuestra fe católica, teníamos la ilusión de llegar a verlo, de bautizarlo, de darle sepultura si llegaba el caso...».

Entonces ocurrió. En vez de teclear *agenesia renal bilateral* en español, Íñigo lo puso en inglés: *bilateral renal agenesis*. Y alehop. Allí estaba la extraordinaria historia de Abigail Beutler, una niña nacida en 2013 con la misma patología que su (por entonces) improbable hijo, poco menos que devuelta a la vida por el mítico Hospital Johns Hopkins de Baltimore (EEUU).

Así fue como vinieron los días de la fiebre. No del bebé. Sino del padre ingeniero agrónomo y profesor de Matemáticas. Solo existía aquella obsesión. Nada más que ese cálculo.



El pequeño Íñigo, junto a sus padres, en la Casa Ronald McDonald de Madrid, donde están alojados.

«Comencé a leer todo lo publicado sobre ese caso. En todas partes. No hacía otra cosa. Lo que hicieron con esa niña fue un tratamiento a base de amnioinfusiones. Esto es, a través de unas agujas, a la madre se le inyectó un líquido especial en la bolsa donde está el feto. No es lo mismo que el líquido amniótico, pero sirve para que el bebé desarrolle los pulmones y las extremidades... Con Abigail funcionó. La trasplantaron con dos años y medio... Y nos dijimos: '¿Por qué Íñigo no?'».

Pero ya saben que Íñigo *sí*.

Íñigo *sí* a pesar de que todos tachaban de loco al matrimonio cuando contaba sus planes de viajar a Estados Unidos. Cómo iban a hacerlo. Cómo iban a hacerlo si tienen otros cinco hijos, eh. Cómo iban a pagar aquella fortuna.

De tal modo que comenzaron a agitarlo todo como quien lanza botellas al mar con un mensaje desesperado dentro. Hasta que un día, de vuelta –vía grupo de WhatsApp de ginecólogos–, una sanitaria les anunció que había una posibilidad con un doctor del Hospital de La Paz, en Madrid.

«Aquel hombre *levantó la mano* y nos faltó tiempo. Al día siguiente, cogimos un tren y fuimos a verlo. Era José Luis Bartha, el jefe de Ginecología. Fue muy franco. Nos dijo: 'Hay menos de un 1% de probabilidades de que viva'».

Y, como en aquellos libros de *Elige tu propia aventura*, les advirtió de las distintas posibilidades que se iban a dar en el momento en que empezasen aquella historia apenas escrita.

a) «Era muy probable que, con las inyecciones de las amnioinfusiones, se rompiera la bolsa y hubiese un parto prematuro. Entonces nos darían al niño en brazos y lo que durase».

b) «Si lograban que naciera con al menos dos kilos entraba en la UCI de neonatos. Pero si pesaba menos, no: nos lo daban para estar con él hasta que falleciera».

c) «También estaba el peligro de que la madre sufriera una sepsis y muriera... Primaba la vida de Diana, claro. Somos cristianos, pero no imbéciles».

"Su tratamiento empezó antes de que naciera para suplir el líquido amniótico", dice la doctora Melgosa

"Si había parto prematuro, nos lo daban en brazos y lo que durase", afirma Íñigo, el padre del bebé

-Te quiero preguntar algo, Íñigo. ¿No pensasteis que podíais caer en el encarnizamiento terapéutico con vuestro hijo? Me refiero a tratar de mantenerlo vivo a toda costa, a pesar de su sufrimiento, llevados por vuestra fe católica.

-Bueno, el doctor nos habló de cuestiones bioéticas que se tendrían que hablar también con Nefrología, Neonatología, Urología... Nos habló muy claro en contra del encarnizamiento. De los riesgos. De la diálisis de después. De las operaciones de riesgo que vendrían... Nos habló de que hay familias que no aceptan la muerte y que ellos velaban también por esa vida que venía. Que no iban a hacer sufrir al feto solo por nuestro empeño en que viviera...

-¿Y qué le dijisteis?

-Le dijimos que estábamos de acuerdo. Que nosotros somos padres y que solo queríamos lo mejor para nuestro hijo. Que no queríamos que sufriera. Que nos poníamos en las manos de los médicos y que aceptábamos lo que mandara Dios.

-¿Y qué os contestó el doctor?

-Nos dijo: «Si es así, ya podemos empezar».

(...)

Lo cierto es que al cronista le cuentan antes la historia del niño, le advierten de la mermada condición del bebé, y lo que espera encontrarse es un cuerpo doliente de mustio ademán y no este tallo vibrante ni esta cara de felicidad.

Ocho kilos y 200 gramos, y creciendo.

No hablamos del peso como una madre orgullosa de la oronda crianza, sino porque hay cosas que son condición indispensable para



su trasplante de riñón (con uno le bastaría): Íñigo debe alcanzar los 10 kilos y tener más de dos años para optar al mismo.

Mientras engorda, mientras sonríe que alimenta, mientras bosteza, hablamos con Diana, su madre. De cuando todavía estaba embarazada y la vida de Íñigo solo era una posibilidad.

«Hay noticias que te cambian la vida en un instante y escuchar durante el embarazo que el bebé no era compatible con la vida fue una experiencia dolorosa», dice Diana Delic. «Experimentas dolor, miedo, angustia, tristeza, pero en medio de eso existe la esperanza».

Te lo cuentan y se te viene a la cabeza uno de esos videojuegos llenos de peligros ocultos. Fueron una decena de delicadísimas amnioinfusiones entre mayo y agosto pasados. Era como pinchar un globo y pretender que no estallase. A la segunda inyección, hubo una rotura de la parte superior de la bolsa y eso complicó todo el proceso en lo sucesivo. A cada aguijonazo, perdía líquido. Pero el feto aguantaba.

«Su tratamiento tenía que empezar antes de que naciera, en el útero de su madre, con infusiones periódicas de líquido que supliera el líquido amniótico y lograr así el mayor desarrollo pulmonar posible», señala Marta Melgosa, jefa de Nefrología Pediátrica del Hospital de La Paz. «Además, iba a necesitar una técnica de diálisis desde el primer día de vida. Aunque es posible hacer diálisis a niños recién nacidos, técnicamente es muy, muy complicado, y a veces imposible, si no tiene un tamaño suficiente como para poder usar los dispositivos de los que disponemos».

Hasta que llegó el 21 de agosto de 2025 y lo excepcional tuvo lugar. Semana 38 de embarazo. Parto programado. Dos kilogramos y medio de niño. Una intubación instantánea nada más nacer, con el primer hálito de vida.

«Recuerdo que pasaron horas hasta que pudimos entrar en la UCI para verlo», seguimos con Diana. «Fue un shock, no podía parar de llorar, me preguntaba por qué tenía que pasarnos todo eso».

Desde que nació hace ya 11 meses, Íñigo lleva garabateada una breve biografía de espantos.

Tres veces ha estado a punto de morir: el día en que vino al mundo saturando al 50%; a las dos semanas, cuando se le tuvo que realizar la primera cirugía para acceder a la diálisis; a los cuatro meses, a causa de una bacteria que lo hinchó como a un globo.

El chiquillo ha compartido unidades con bebés al filo de imposible. Espacios de Cuidados Intensivos donde una noche –por ejemplo– murieron tres compañeros de cuna. No conoce otra cosa que los campos de minas. Estuvo en la UCI de neonatos hasta el mes y medio. Luego pasó a la UCI pediátrica hasta pasados los cuatro meses. Alternando la vigilancia intensiva y la planta, se ha tirado hasta hace un mes. Hasta que, allá por finales de junio, como si fuese dado a luz de nuevo –con su máquina de oxígeno y su aparataje de la diálisis–, pudo por fin salir del hospital.

«Hasta el momento, las intervenciones realizadas al bebé han sido para hacer posible la diálisis», nos cuenta su cirujana, María José Martínez Urrutia, jefa de Sección de Cirugía Pediátrica, Urología Infantil y Trasplante Renal del hospital madrileño. «El gran reto quirúrgico está por llegar. El bebé necesita un trasplante renal. Pero antes será necesario realizarle una intervención quirúrgica para construirle una vejiga urinaria y un mecanismo de vaciamiento de la misma, utilizando para ello un segmento de su propio intestino».

Un dato que da gusto dar.

En Estados Unidos, el coste de todo su tratamiento rondaría ya los cuatro millones de dólares. Aquí en España iría por un millón. Como ya saben, nuestra familia no paga nada.

(...)

Quienes tienen hijos pequeños lo saben: el destartalado desorden que se impone. Imaginen ahora a Diana y a Íñigo, que además del pequeño que acaba de cumplir 11 meses tienen otros cinco. De nueve años. De siete. De seis. De cuatro. De dos.

En todo este tiempo, la normalidad familiar ha sido una entelequia. Por la distancia que separaba a los padres entre Córdoba y Madrid. Por el estado del más pequeño. Por las noticias que llegaban.

«Nos íbamos alternando para estar con Íñigo», afirma el padre. «Me cruzaba con mi mujer en la estación del AVE todas las semanas, estábamos juntos un rato allí, nos dábamos un beso y adiós». Se lo hizo ver el hijo mayor, aquel día en que preguntó: «¿Cuándo vamos a hacer vida normal?».

Y en ello andan ahora, instalados en la Casa Ronald McDonald (14.000 familias con necesidades como la suya atendidas desde 2002), sita en el propio recinto hospitalario del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

«De momento, le han dado el alta. Es muy alegre, pero vomita mucho. Algo que arreglamos con diferentes fármacos. Estamos muy esperanzados. Y los médicos también».

Hubo un momento (uno de muchos) en que el optimismo se diluía sin remedio.

Fue a los pocos días de nacer. Los médicos comenzaron a hablar de cuidados paliativos y aparecieron las sombras. La cosa pintaba tan mal que los padres les preguntaron a los dos hijos mayores, Rafael y Luka, que si querían despedirse de su hermano pequeño. Dijeron que sí.

Aquel momento debió de ser tremendo, aunque ahora nos entre la risa cuando nos lo cuentan.

Luka posa en la foto con el pulgar hacia arriba y un mensaje escrito por él en letras azules. Nada de consideraciones espirituales como mensaje de despedida. Ni de penas. Ni de trascendencias con el hermano. Sino algo más terrenal: «*Sé del Madrid*».

ANALIZAR LA SANGRE Y PREDECIR EL RIESGO DE DAÑO COGNITIVO

Biomarcadores. Una investigación española siguió durante 12 años a casi un millar de personas sanas para detectar la demencia. "Permite asegurar con un 90% de fiabilidad que no se desarrollarán síntomas en una década"

Por ***Pilar Pérez*** *(Madrid)*

Conocer con tiempo qué enfermedades nos acechan y poder actuar sobre ellas es una de las metas de los científicos. Esto es especialmente necesario en el campo cerebral, en concreto en las enfermedades neurodegenerativas. Buscar pistas en personas sanas y adelantarse años a los primeros síntomas de la demencia es un reto que se marcó hace 12 años un equipo de investigadores del CIEN (Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas) y la Fundación Reina Sofía.

Entonces, decidieron hacer un seguimiento exhaustivo de casi 1.000 personas cognitivamente sanas en el área de Madrid. Los frutos de este trabajo han visto la luz ahora en la revista *Alzheimer's & Dementia* y ponen de manifiesto la demostración de que un análisis de sangre puede estimar el riesgo de deterioro cognitivo en personas sanas hasta una década antes de que aparezcan los primeros síntomas.



Jesús Silva Rodríguez revisa unas pruebas de imagen durante la investigación. FUNDACIÓN CIEN

Para conseguir esta revelación ha sido clave un biomarcador sanguíneo: el %p-tau217, una herramienta mínimamente invasiva que permite estratificar a la población según su riesgo de progresión clínica a largo plazo. La investigación, coordinada por Jesús Silva Rodríguez, responsable de la Plataforma de Neuroimagen del CIEN, es disruptiva por su capacidad para descartar la enfermedad neuronal.

Como apunta Silva Rodríguez, el valor principal del estudio «reside en el alto valor predictivo negativo de los biomarcadores de plasma, ya que un resultado negativo nos permite asegurar, con más de un 90% de fiabilidad, que la persona no desarrollará síntomas clínicos durante la siguiente década, lo que permitirá centrar los recursos y el seguimiento en aquellos que sí que están en riesgo». Esta capacidad de «descarte» permitirá a los sistemas de salud centrar los recursos y el seguimiento exclusivamente en aquellos individuos que sí presentan un riesgo real, evitando pruebas costosas e invasivas, como la punción lumbar, a quienes tienen un riesgo mínimo.

A diferencia del resultado negativo, un positivo en %p-tau217 no debe entenderse como una sentencia inevitable. En el grupo de mayor riesgo identificado por el estudio, un resultado positivo se asoció con una probabilidad de progresar a deterioro cognitivo leve o demencia de un 55% a los cinco años y del 72% a los 10 años. El investigador aclara que, aunque esto supone un riesgo entre cuatro y siete veces mayor que el promedio, «incluso entre las personas con el biomarcador más elevado, una parte relevante no desarrollará síntomas». Esto se debe a que la manifestación clínica depende de una compleja interacción de factores biológicos, sociodemográficos y de estilo de vida. «Hasta ahora sabíamos que estos biomarcadores hacían un diagnóstico biológico (quién tiene proteína amiloide o tau), pero sabíamos poco sobre cómo interpretar esto en una persona sana; ahora podemos contextualizar con precisión qué significan estos resultados a nivel de riesgo individual», señala Silva Rodríguez.

Las repercusiones a largo plazo del biomarcador ayudará en dos vertientes, como resume el experto: identifica a los candidatos ideales para ensayos clínicos de prevención y permite que los pacientes de alto riesgo sean seguidos de cerca para recibir tratamiento tan pronto como cumplan los criterios clínicos.

ESPAÑA

La ley antitabaco lucha contra el reloj y choca con la hostelería

El tiempo y las cábalas de las Cortes juegan en contra del proyecto de Mónica García

PILAR PÉREZ MADRID

Mónica García quiere cerrar el curso con todos los deberes hechos. A un año vista del *supuesto* final de la legislatura ya deja en manos de las Cortes la tramitación de la reforma del tabaco. La ministra de Sanidad busca «dar el siguiente paso para ampliar el derecho a respirar aire limpio», así como «responder a los nuevos productos y especialmente proteger a las nuevas generaciones», según dijo ayer en la rueda de prensa posterior al Consejo de Ministros. Y añadió que España siempre ha estado «a la vanguardia» en la lucha contra el tabaco y «con esta ley lo vamos a recuperar».

¿Qué propone el proyecto de ley? Decir adiós al tabaco tradicional y a las nuevas formas disponibles (vápers, cigarrillos electrónicos, bolsas de nicotina, *shishas*...), porque equipara las limitaciones a ambas en la mayoría de los espacios públicos compartidos: terrazas en hostelería, playas, vehículos de trabajo, estaciones al aire libre (así como en las paradas y marquesinas), instalaciones deportivas y parques y recintos infantiles.

Las reacciones del sector hostelero, de nuevo, han sido contrarias, a pesar de que es una ley con cierto riesgo de volver al cajón en unos meses. José Luis Álvarez Almeida, presidente de Hostelería de España, es consciente de que este paso «no significa que se prohíba fumar en las terrazas en este momento». Pese a ello, subraya que «lo que hace la ley es desplazar el consumo de un espacio a otro espacio. Las terrazas son espacios al aire libre, ventilados, que garantizan la convivencia y el respeto entre fumadores y no fumadores». Además, apela al apoyo de los diputados durante su tramitación, «para que se den cuenta de que estas limitaciones no tiene mucho sentido».

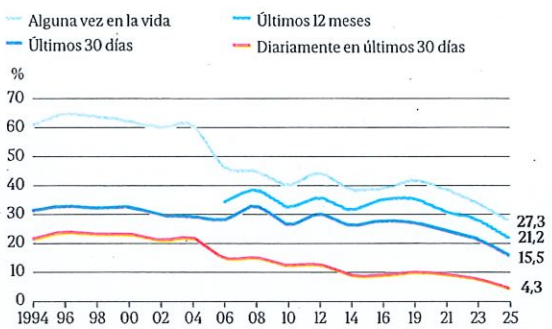
«Los trámites han sido muy lentos y hay riesgo de que vuelva al cajón»

El proyecto es una de las grandes «promesas» de PSOE y Sumar

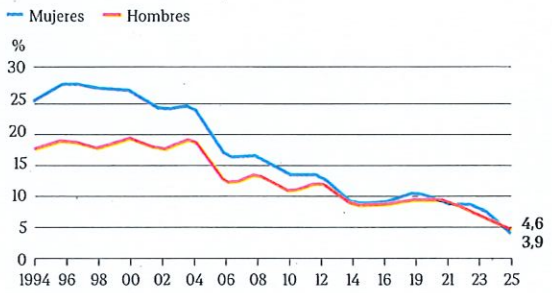
Sin embargo, la comunidad científica, médicos y pacientes sí que opinan que esta legislación tiene un impacto en la salud pública y puede marcar el devenir de las personas. Nieves Diestro lo sabe y lo reconoce. «Si la ley hubiera estado vigente mientras estudiaba, nunca hubiera dado una primera calada». Esta bióloga de 40 años lleva casi dos décadas intentando dejar el tabaco. «He tenido varios éxitos para dejarlo. Ahora mismo estoy en ello», confiesa.

RADIOGRAFÍA DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA

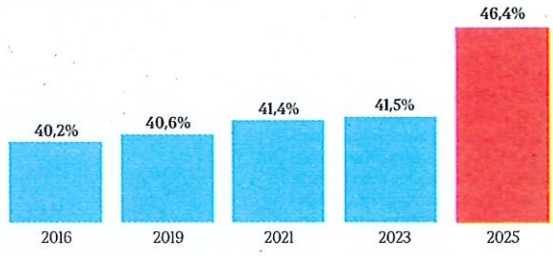
PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO TRADICIONAL



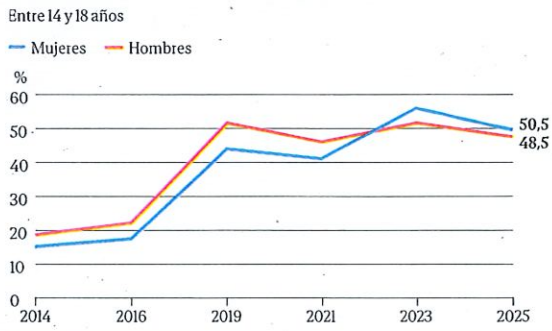
POR SEXO



PERSONAS QUE SE HAN PLANTEADO DEJAR DE FUMAR Y LO HAN INTENTADO



PREVALENCIA DE CONSUMO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS



FUENTE: Ministerio de Sanidad

Á. MATILLA / EL MUNDO

Como ella, casi la mitad de los fumadores intenta dejarlo cada año. Pero «una buena legislación disuasoria sería clave para prevenir este hecho», subraya Carlos Jiménez-Ruiz, neumólogo especialista en tabaquismo y coordinador del Área de Tabaquismo, así como director del Programa de Investigación en Tabaquismo de Separ (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica).

Dos décadas después de la primera ley antitabaco y a 15 años de la segunda gran reforma, el tabaco sí ha descendido en nuestro país y podría decirse que esa lucha emprendida hace años ha dado frutos significativos, «pero no los suficientes», remarca Jiménez-Ruiz. «El objetivo sería conseguir generaciones sin humo», desea Raquel Fernández Megina, presidenta de Nofumadores.org.

Hace años que la comunidad científica esperaba que se diera un paso adelante que «nos devolviera a la vanguardia en la legislación contra el tabaquismo», sostiene Rey. Sin embargo, Fernández considera que «el anuncio estaba envenenado», porque a su juicio se trata de un «proyecto de ley que ha ido muy lento» y teme que la actual situación política lo devuelva al cajón. «Esto sería terrible porque volveríamos a empezar de cero con un cambio de Gobierno», lamenta la presidenta de Nofumadores.org.

Si este marco normativo se entierra, los miembros del Gobierno incumplirán promesas contenidas en sus programas electorales. Mientras los socialistas anunciaban medidas para lograr una generación libre de humos, en Sumar se comprometían a la revisión de los impuestos actuales al tabaco, incluidos en un plan de fiscalidad saludable. «El Ministerio de Hacienda, cofirmante de la ley, ha frenado muchos aspectos de la ley: empaquetado genérico, subida de precios...», denuncia Fernández. Desde Sanidad, revelan que el grupo Sumar defenderá a través de una enmienda el empaquetado genérico.

Según la encuesta ESTUDES 2025, el consumo de tabaco sigue descendiendo, logrando las cifras más bajas de toda la serie histórica. Solo el 15,5% de los estudiantes de 14 a 18 años reconoce haber fumado en los últimos 30 días, una caída notable frente a décadas anteriores. La edad media de inicio se mantiene estable en los 14,1 años, lo que sugiere que las medidas de control previas han logrado desmitificar el cigarrillo de combustión como rito de paso.

Sin embargo, los expertos advierten que este éxito es frágil. Rey señala que, «aunque el tabaco convencional pierde atractivo, los nuevos productos están ocupando ese nicho de mercado con rapidez». Las razones están en cómo la industria ha sabido reinventarse, «transformando un producto sucio y socialmente estigmatizado en dispositivos tecnológicos, coloridos y con sabores frutales que diluyen la percepción de riesgo».

Por eso, ahora la verdadera preocupación para los médicos y expertos reside en la explosión del vapeo. El consumo de cigarrillos electrónicos en España se incrementó un 57% en 2024 respecto a 2022. Lo más grave es su prevalencia en la población escolar: el 27,1% de los jóvenes de 14 a 18 años admite haber vapeado en el último mes, una cifra que casi triplica los datos de 2021 (8,1%).

Este fenómeno no es casual. Como explica el neumólogo de Separ, estos dispositivos han sido publicitados por la industria como «saludables» o una «alternativa de reducción de daños», lo cual califica de falacia. «La realidad médica es que son tan tóxicos como el tabaco convencional y poseen la misma capacidad de generar adicción. Incluso los dispositivos sin nicotina contienen sustancias tóxicas que no son inocuas para organismos en desarrollo», sentencia Jiménez-Ruiz.

Para los clínicos la mayor preocupación es el mensaje que llega a las familias: muchos padres prefieren que sus hijos vapeen antes que fumen, sin saber que el vapeo puede causar daños pulmonares graves a corto plazo, como el encharcamiento de pulmones o principio de EVA-



La ministra de Sanidad, Mónica García, ayer tras el Consejo de Ministros.
J. J. GUILLÉN / EFE



LI (enfermedad respiratoria grave provocada por el vapeo o los cigarrillos electrónicos). «Esto es un grave error», advierte Rey, quien insiste en la idea de cómo el mensaje de «un menor daño» ha calado en la sociedad. «Hay daño, ya sea mayor o menor», incide el neumólogo.

El testimonio de Diestro, paciente en tratamiento por tabaquismo, ilustra la complejidad de esta adicción a la que una norma más estricta podría haber puesto coto. Comenzó a fumar en la universidad porque era «la única excusa» aceptada para salir de una clase larga, «lo que demuestra cómo los contextos sociales y la falta de regulación facilitan el inicio», expone Manuel Barragán, especialista en Conductas Adictivas en Servicio Extremeño de Salud.

Uno de los argumentos más utilizados por los lobbies del vapeo es su utilidad para dejar de fumar. Los expertos son tajantes: «En Europa no se considera una herramienta terapéutica». Julia Rey, coordinadora del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), subraya que los tratamientos probados, «como la terapia sustitutiva de nicotina o fármacos», son los únicos avalados por los médicos.

El uso de los nuevos dispositivos para dejar de fumar a menudo resulta en un «consumidor dual»: el fumador no abandona el tabaco, sino que suma el cigarrillo electrónico a su hábito. Ruiz Jiménez apunta que «el 70% de quienes lo intentan termina consumiendo ambos productos». Para los jóvenes, el váper no es una salida, sino una entrada; muchos de los actuales consumidores menores de edad que no se consideran fumadores de tabaco tradicional sí que se inician directamente con el vapeo atraídos por *influencers* –«El humo digital es un peligro», apunta Fernández– y aromas de fresa o sandía. Esto quedará prohibido en cuanto entre en vigor el Real Decreto que actualizará la normativa sobre productos de tabaco y relacionados.

No actuar tiene un precio devastador. El tabaquismo genera un gasto directo de 8.000 millones de euros anuales al Sistema Nacional de Salud, representando el 10% del presupuesto sanitario. A esto se suma el coste indirecto por pérdidas de productividad y muertes prematuras que desatienden a las familias.

La ley es una medida de ahorro y, sobre todo, de prevención. Si un menor de edad percibe que algo está prohibido y no hay publicidad atractiva, su curiosidad disminuye. La desnormalización del consumo es la herramienta más potente, defienden. «Es imperativo que el texto salga de las Cortes y que la sociedad entienda que, ya sea con humo o con vapor, la adicción nunca es una opción saludable», remacha Jiménez-Ruiz.

Nieves Diestro defiende la importancia de estas limitaciones no como un ataque a la libertad, sino como un ejercicio de respeto: «Mi libertad termina donde empieza la del otro... ¿quién soy yo para enfermar o perjudicar la salud de alguien que no quiere oler a tabaco?». Para ella, el sistema debe dejar de ser hipócrita y basar las leyes en datos médicos, no en intereses comerciales.

CLAVES DE LA NUEVA LEGISLACIÓN

EQUIPARACIÓN LEGAL. Los cigarrillos electrónicos, las bolsitas de nicotina y el tabaco calentado se someterán a las mismas restricciones que el tabaco convencional. Además, los vápers de un solo uso quedarán prohibidos.

AMPLIACIÓN DE ESPACIOS SIN HUMO. Se prohíbe fumar y vapear en terrazas de hostelería, paradas de transporte público, instalaciones deportivas al aire libre y entornos de centros educativos y sanitarios.

RESTRICCIÓN TOTAL DE PUBLICIDAD. Se elimina cualquier promoción directa o indirecta, incluyendo el ámbito digital y las redes sociales, donde los 'microinfluencers' han sido el 'caballo de Troya' de la industria.

Fin de semana 18 y 19 de julio de 2026 | El Día de Soria

SORIA | 9

El Ministerio de Sanidad relaciona dos muertes con el exceso de calor desde el 15 de mayo, el 1,1% del total

El Ministerio de Sanidad atribuye 87 defunciones al exceso de temperatura en la época estival desde 2015, correspondiendo 57 a los últimos cinco años

A.P.L./ SORIA

En lo que llevamos de temporada estival, que comprende del 15 de mayo al 30 de septiembre, en la provincia de Soria se han registrado dos defunciones (de personas de más de 65 años) por exceso de temperaturas, de las 173 observadas, con lo que supone un 1,1%. Son datos del Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MoMo) del Instituto de Salud Carlos III, que depende del Ministerio de Sanidad y que está basado en un modelo de predicción que cruza tres fuentes de datos -el de defunciones diarias, las temperaturas de la Aemet y la población- y calcula las defunciones atribuibles al exceso o defecto de temperatura, es decir, al calor o al frío. En la comunidad de Castilla y León en el mismo período de tiempo han sido 160 (378 en 2025) y en España se ha llegado a las 2.032 (3.670 el ejercicio anterior).

Desde el año 2015 se han registrado en la provincia de Soria 87 muertes atribuibles al exceso de las temperaturas en la época estival, pero 57 de ellas corresponden a los últimos cinco años: 21 en 2022, 15 en 2023, diez en 2024, nueve en 2025 y dos en 2026, lo que corresponden a un 65,5% del total. Las muertes por altas temperaturas eran inferiores de 2019 a 2010, con seis cada año; y de 1015 a 2018, con tres cada año.

> En Castilla y León se llega a las 160 defunciones y en España a las 2.032 en dos meses

MEDIDAS. El Grupo de Trabajo de Epidemiología Ambiental de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) advierte de que «las olas de calor ya son una emergencia de salud pública que exige medidas más allá de la responsabilidad individual». «Las olas de calor han dejado de ser episodios excepcionales del verano para convertirse en una amenaza creciente para la salud pública», destacan recordando que el calor extremo «no solo provoca golpes de calor, sino que aumenta las muertes prematuras, agrava enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales y metabólicas e incrementa los ingresos y la presión sanitaria».

EL 17% DE LOS ESPAÑOLES NO VA AL MÉDICO TRAS CONSULTAR CHATGPT

Tecnología. La mitad de la población pregunta a la IA por su salud, aunque la mayoría aún prefiere la atención humana a un robot, según un nuevo estudio

*Por **Florencia Da Silva** (Madrid)*

El 48,8% de los españoles usa inteligencia artificial (IA) para informarse en temas de salud, según un informe realizado por la cátedra USC-Plexus de IA en Medicina Personalizada de Precisión (Camelia) de la Universidad de Santiago de Compostela y la consultora Edesga.

Más de la mitad de las personas que consultan a la IA tienen entre 18 y 34 años. Es el segmento de población que más confía en esta tecnología para abordar temas de su salud personal. Aunque la mayoría de la población prefiere que los diagnósticos sean realizados solo por profesionales o con apoyo de la IA, los jóvenes están sobrerrepresentados entre quienes se muestran indiferentes respecto al uso de la IA y quienes la prefieren como opción principal.

El estudio, basado en entrevistas a 5.000 personas en las 17 comunidades autónomas, revela que el 17% decidió no acudir a un profesional sanitario tras preguntarle a la IA. El 30% de ellos cuenta con estudios universitarios o superiores. «Es preocupante porque, según confirman algunos de nuestros estudios, en general la sociedad no sabe usar la IA para consultas de salud, aunque la usa y cada vez de modo más intenso», advierte Senén Barro, director de la cátedra Camelia y del Centro Singular de Investigación en Tecnoloxías Intelixentes (Citius). «Mucha gente no percibe que puede haber errores en las respuestas y que pueden ser a veces muy groseros», remarca el experto.

Tal como indica el informe, la mayoría cree que es imprescindible que el uso de la IA sea transparente, que el paciente sea informado de su uso y que la decisión final la tenga el profesional sanitario. Las preferencias del uso de esta tecnología se inclinan hacia tareas como la renovación de recetas (45%), la gestión de citas (42,5%), la comprensión de resultados de pruebas diagnósticas, como analíticas de sangre u orina (32,6%), o la emisión de recetas de medicamentos (22%). No obstante, cuando se trata de tratamientos médicos graves sólo el 9,5% lo prefiere.

En distintas charlas, Barro les pregunta a los participantes qué preferirían: el grado de acierto de la IA en el análisis de imagen médica para detectar nódulos cancerosos en el pulmón o la capacidad de ese sistema basado en IA para explicar los resultados. «Normalmente hay una clara división, casi al 50%. Pero los resultados de esta investigación dicen lo contrario», cuenta. «Yo soy de los que prefiere rebajar un poquito el grado de acierto de la máquina si es en beneficio de mejorar la capacidad de interpretación de los resultados».

Sin duda, hoy las personas prefieren ponerse en manos de humanos antes que en las de un robot. «Si no te fías de las máquinas, no las usas. Nos subimos a los aviones porque sus sistemas a bordo se han ganado nuestra credibilidad. Pues eso tenemos que conseguirlo también en algo tan sensible como es la salud», asegura Barro.

Aunque el uso individual de la IA no está regulado a la hora de buscar consejos de salud, la Unión Europea busca ejercer un control para que haya una implementación responsable. Desde 2024 está en vigor el Reglamento Europeo de Inteligencia Artificial para fomentar el desarrollo y encargarse de que los sistemas de IA de alto riesgo (por ejemplo, los programas destinados a fines médicos) cumplan varios requisitos. Es el caso de los sistemas de reducción del riesgo, los conjuntos de datos de alta calidad, la información clara al usuario y la supervisión humana.

En España, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud lleva a cabo desde 2025 la Estrategia de Inteligencia Artificial con el objetivo de coordinar el uso de soluciones de IA en el sistema sanitario. Al igual que la Comisión Europea, se encarga de reconocer e identificar las aplicaciones que ya están consolidadas para el uso habitual. Entre las más maduras se encuentra el *chatbot* para la gestión de citas y el diagnóstico asistido por imagen, que cuenta con algoritmos que detectan enfermedades como el cáncer de mama o pulmón.

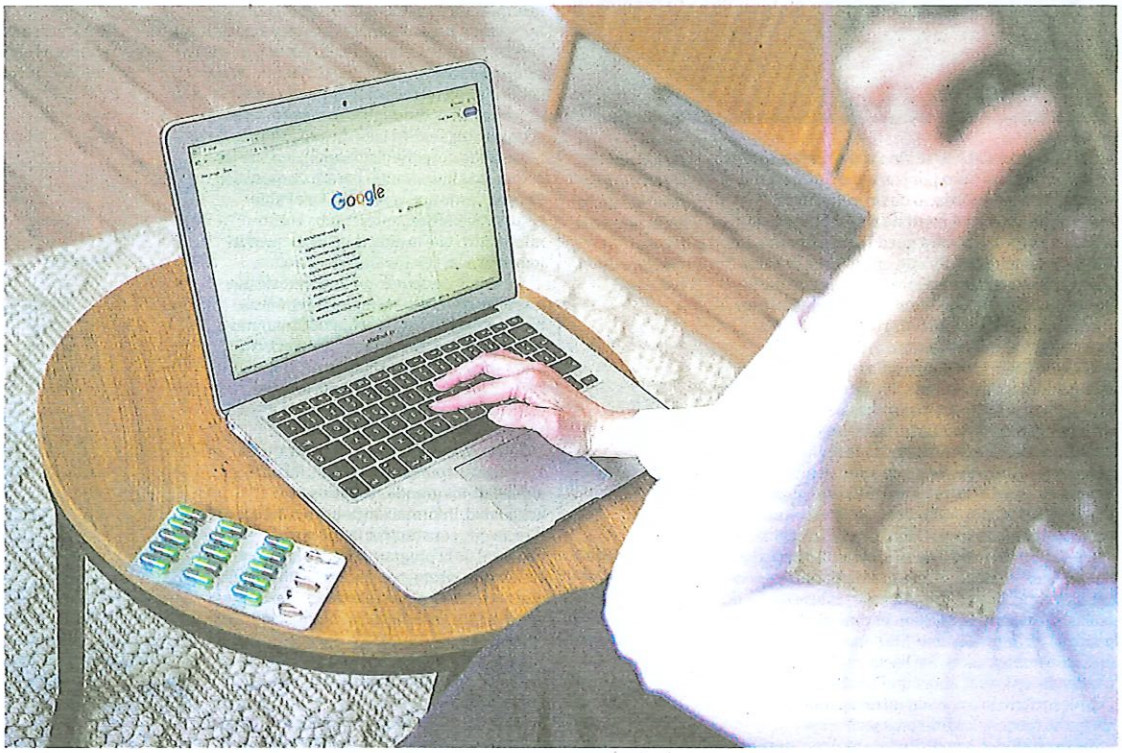
A su vez, la Estrategia también señala aquellos avances cuya consolidación considera prioritarios en los próximos años. Entre ellos destacan los asistentes quirúrgicos robóticos y los sistemas de detección precoz de enfermedades crónicas.

Las preferencias de uso de la IA son para renovar recetas, gestionar citas o entender resultados de pruebas

A nivel mundial, cada vez más proyectos buscan soluciones para anticipar de manera temprana las enfermedades. Por ejemplo, el proyecto AITheroscope, una herramienta basada en IA que diagnostica de forma precoz la aterosclerosis latente en población joven analizando la retina. O Delphi-2M, un modelo de IA capaz de predecir la probabilidad de más de un millar de patologías a partir del historial clínico de la persona. «La IA puede hacer un análisis que acompañe mi toma de decisión como experto, que permita que no me olvide de algo relevante y que analice alternativas muy raras que a mí se me podrían pasar por alto», asegura el director de Citius.

Sin embargo, el uso desregulado de la IA puede traer graves consecuencias. Un estudio realizado por la Universidad Wake Forest (EEUU), publicado por la revista *BMJ Open*, constató que gran parte de la información médica que proporcionan herramientas como Gemini, Meta AI, ChatGPT y Grok es «imprecisa» e «incompleta». «La IA generalista va a intentar darte una respuesta alineada con tu opinión. Si se desconocen sus protocolos de diálogo para hacer una pregunta que sea lo suficientemente neutra y bien definida, se va a obtener una respuesta alineada a la intención del emisor», explica Barro.

Debido a las serias consecuencias que puede traer el mal uso de la IA, los expertos recomiendan la capacitación en esta tecnología. Según la investigación que está llevando a cabo el equipo de Barro, la formación en IA en los grados de Ciencias de la Salud es muy limitada. «Si no entiendes cómo usar estos dispositivos, si no sabes interpretar ciertos sesgos que pueden tener, estás aplicando mal un dispositivo que tiene muchas más posibilidades que las que tú le das», sentencia. Y añade: «Muchos profesionales usan modelos a los que acceden de forma personal para analizar información extraordinariamente sensible».



Una persona consulta en internet qué hacer ante un dolor de cabeza. GETTY IMAGES

La revista diaria de **EL MUNDO.** Jueves, 23 de julio 2026

PAPEL



LA NUTRICIONISTA CONTRA LA OBSESIÓN POR LAS DIETAS

"ESTAMOS ELIMINANDO EL PLACER DE COMER"

EL MUNDO



*Por **Pilar Pérez** (Madrid)*

Hoy el hambre es más que el puro acto biológico de alimentarse para cubrir las necesidades nutricionales de nuestro organismo. «A mí esto me da hambre»; «Yo como por ansiedad»; «Yo, por necesidad... ¡Ay, pues cuánto te envidio!»; «Prefiero no comer, que luego no lo suelto»... La sociedad ha pasado de percibir un instinto que nos llevó a la supervivencia propia de la evolución a canalizar emociones a través del apetito. Quizás, como apunta Federica Amati, «gran parte del hambre que sentimos hoy ya no es una señal biológica pura, sino una señal fabricada por el entorno y el marketing alimentario».

Desde el Imperial College y el King's College en Londres, esta investigadora de origen italiano busca dar respuestas a la transformación del instinto que nos condiciona a la hora de sentarnos a la mesa y que tiene que ver con el desarrollo de enfermedades metabólicas, como la obesidad, o trastornos de la conducta alimentaria. «Durante miles de años pasábamos la mayor parte del día buscando, cazando y recolectando alimentos, preparándolos y compartiéndolos con la tribu». Pero dichas circunstancias, lejanas ya en el tiempo, parecen ahora casi una ensoñación. Amati reflexiona sobre cómo nos hemos alejado tanto de aquello que «nuestra sociedad hoy hace lo contrario: dedicamos buena parte del día a evitar cocinar, evitar la comida, evitar comer...».

Además de todo este cambio biológico y cultural, la nutricionista tienen en cuenta cómo los nuevos fármacos antiobesidad –los famosos Ozempic *y cía*– actúan apagando «esos estímulos externos que la industria alimentaria lleva años utilizando para provocar el sobreconsumo». Su nuevo libro, *The Appetite Reset* (Penguin), que aún no se ha traducido al español, es un compendio de estas reflexiones y un manual de ayuda para volver a tener ese deseado autocontrol sobre el apetito.

P. ¿Cómo se ha redefinido el hambre en el siglo XXI?

R. Con la cultura de la dieta, solemos hablar del hambre en términos de cómo vencerla, ignorarla o distraernos de ella, cuando en realidad existen distintos tipos de hambre y todas son señales de nuestro organismo. Está el hambre homeostática, la clásica: el cuerpo detecta que le falta energía, empieza a tirar de las reservas y el cerebro nos empuja a buscar comida. Luego está el hambre hedónica, que es la que mucha gente cree que tiene que combatir todo el tiempo: va asociada al placer y al estrés, y con frecuencia la desencadenan factores externos, como un anuncio, el olor a pan recién hecho. No es que tengamos hambre real, pero al ver una galleta, un pastel o pensar en un helado, lo queremos. Y hay un tercer tipo, más nuevo como concepto pero muy interesante: el hambre impulsada por la microbiota. Nos ayuda a entender el poder que tienen los billones de microbios de nuestro intestino, que quieren sobrevivir y nos envían señales para que consumamos los alimentos que a ellos les convienen.

P. A veces la gente admira a quienes dicen no sentir nunca hambre y comer sólo por necesidad biológica, nunca por gusto...

R. Ahí está la paradoja: nos hemos obsesionado tanto con el hambre, el peso y la grasa corporal que estamos eliminando el placer de comer. Es paradójico porque, por un lado, tenemos recetas deliciosas y disfrutar de la comida se ha vuelto casi un símbolo de estatus aspiracional. Y, por otro, sentir hambre está mal visto. Encontrar el equilibrio es complicado.

P. La asignatura pendiente es conocer nuestro apetito y modular el hambre desde un punto puramente biológico. ¿Qué herramientas propone usar?

R. Con tanta información y tantos estímulos externos que tiran de nosotros en direcciones opuestas es importante reconectar con lo que nuestro cuerpo intenta hacer realmente. A través del libro, mi meta es ayudar a la gente a entender mejor el funcionamiento del apetito y del metabolismo. Si lo entiendes, puedes trabajar con tu biología en lugar de luchar contra ella y disfrutar más, en vez de estar constantemente adivinando o reprimiéndote, lo cual no ayuda.

Sin embargo, en la propuesta de la reconexión que propone Amati hay varios obstáculos. El principal es la sociedad. La experta deja claro que comer es más que un acto biológico; es un acto cultural. Y, claro, en este contexto lo que nos rodea nos marca. La falta de tiempo hipoteca lo que colocamos en la mesa, porque ya no se cocina y se abusa de los platos preparados.

P. ¿Cómo afecta nuestra forma de vida a lo que colocamos en la mesa?

R. Nos hemos alejado tanto de los instintos primitivos que dedicamos buena parte del día a evitar cocinar, evitar la comida, evitar comer, y tenemos platos precocinados en envases de plástico. No estamos programados para vivir así. Gran parte del impulso biológico que nos llevaba a cazar, recolectar y cocinar durante horas viene de que disfrutamos la comida: es mucho más que combustible, es muy importante para la estructura social, sobre cómo nos relacionamos. Cuanto más nos alejamos de eso, peor es la salud metabólica. Los países que dedican menos tiempo a compartir comida cocinada en la mesa tienen peor salud metabólica. Es una asociación, no una causalidad. Y se observa que donde la alimentación no se prepara ni se disfruta en comunidad es donde hay más distancia entre la producción y el consumo. La salud empeora.

La experta italiana en nutrición también es una de las asesoras científicas de la plataforma online ZOE, enfocada en la educación nutricional. SERENA BOLTON

P. Y se produce a otra paradoja. Mientras una industria se centra en facilitarnos la vida con los alimentos ultraprocesados, irrumpen los *Ozempic* que quitan las ganas de comer. ¿Cómo se conjuga todo?

R. Tenemos estos nuevos fármacos, que en el fondo nos han permitido bajar farmacológicamente el volumen del hambre. Lo interesante es que su principal efecto es apagar esos estímulos externos que la industria alimentaria lleva años usando para provocar el sobreconsumo. El reto ahora es cómo ayudar a las personas más vulnerables a la publicidad y a la hiperpalatabilidad de los alimentos, las genéticamente más predispuestas a la obesidad, a enfrentarse mejor al entorno alimentario con ayuda de estos medicamentos, pero sin dejar de nutrirse con comida real. Es un poco triste, la verdad.

P. Entonces, ¿estar sano se ha convertido en un lujo?

R. Ahora mismo las personas sanas son minoría. Es casi un lujo poder estar sano, y lo es porque la mayoría de los adultos mayores de 60 años tiene ya al menos

una enfermedad metabólica. Además, tenemos una población que envejece. Ahora mismo, nuestro entorno no favorece la salud en la mayoría de los lugares, y eso no está bien, deberíamos sentir rabia por ello. Pero también significa que estar sano no es fácil, hay que trabajarlo.

P. La industria insiste en ponerlo fácil promocionando productos sanos o *healthy*. ¿Es una trampa?

R. En cuanto la gente se interesa por la salud intestinal o por la salud cerebral, esta industria se pregunta qué reclamo puede poner en el envase. No es algo nuevo: en los años 80 era la salud cardiovascular. Todo era bueno para el corazón, bajo en colesterol, etcétera. Ahora están muy de moda la salud intestinal y la inmunidad y proliferan lemas en el envase que empujan a comprar determinados productos. Lo que de verdad mejora la microbiota es un patrón nutricional como la dieta mediterránea, o algo tan sencillo como incorporar un puñado de frutos secos al día. Son alimentos, no productos.

P. Esto se une al reto de la publicidad de los GLP-1 diseñados para una enfermedad –diabetes y obesidad– que se usan para adelgazar. ¿Cómo se borran todas las falsas expectativas y malos usos?

R. El reto hoy es optimizar estos fármacos para el paciente que realmente los necesita. No podemos olvidar que se diseñaron para la aterosclerosis, la obesidad y la enfermedad cardiometabólica, y la gente

"Nos hemos obsesionado tanto con el hambre, el peso y la grasa corporal que eliminamos el placer por comer"

"Si nadie toma insulina o levotiroxina sólo por diversión, para perder algo de peso no deberíamos usar Ozempic"

tiene que entender que son pacientes, no clientes. Buena parte del problema tiene que ver con el relato que se ha construido alrededor de ellos: en internet, muchos *influencers* hablan de microdosificarlos, tomar un poco aquí y allá, y se ha normalizado usarlos como un simple *biohack*. Pero de la misma forma que nadie tomaría insulina o levotiroxina [fármaco para la tiroides] solo por diversión, para perder algo de peso no deberíamos tomar los GLP-1 a la ligera.

P. ¿Cómo se puede conseguir cuando se vende que lo fácil es el fármaco o no comer?

R. Siempre que sea posible es mejor comprar los ingredientes frescos y cocinarlos, aunque el ultraprocesado suele ser la opción más barata. Eso es muy triste, porque las poblaciones con mayor riesgo de obesidad son precisamente los hogares más pobres. Estos tienen aproximadamente el doble de probabilidad de sufrir obesidad que los más ricos.

P. En la medicina de este siglo se insiste en la personalización de los abordajes terapéuticos: no todos respondemos igual cuando tomamos una aspirina. En el campo de la Endocrinología, usted aboga por lo mismo: no hay una dieta ni pauta estándar para todos. Pero, ¿cuáles son las recomendaciones comunes?

R. Aunque por fuera nos parezcamos, por dentro somos muy distintos y respondemos de forma diferente ante los mismos alimentos. Hay estudios en gemelos que comparten el 99% del ADN que ejemplifican esto, ya que sólo comparten entre el 20% y el 25% de su microbiota intestinal. Existe un nivel de recomendación válido para la mayoría: comer más vegetales, beber sobre todo agua, concentrar la ingesta en las horas de luz y evitar comer demasiado por la noche. Pero luego hay que mirar por grupos: si eres una mujer embarazada, hay recomendaciones específicas para ti. Si eres un hombre de 60 años, también las hay. O, por ejemplo, sabemos que en la menopausia ciertos patrones dietéticos ayudan con los síntomas, o que los adolescentes necesitan determinados nutrientes.

UN CORAZÓN EN UN CHIP PARA PROBAR LOS FÁRMACOS DEL FUTURO

Bioingeniería. Investigadores españoles diseñan un sistema para testar la toxicidad de las terapias por medio de tejido cardíaco vivo generado a partir de células madre humanas y contenido en un pequeño dispositivo

Por ***P. Jiménez*** *(Madrid)*

Sacar el máximo partido a los fármacos pasa por conocer qué efectos concretos tienen en el organismo, tanto los buenos como los malos, y así diseñar la mejor fórmula para cada situación. Muchos medicamentos se dan con el muro de la cardiotoxicidad –el daño directo a las funciones del corazón– una vez se han avanzado los ensayos. Esto obliga a desestimar su continuidad y a desecharlos como opción.

Con el fin de evitar esto, un equipo del Programa de Medicina Regenerativa del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (RegenBell), liderado por Ángel Raya, junto con el Instituto de Microelectrónica de Barcelona (IMB-CNM-CSIC), ha desarrollado un corazón en un chip (*Heart-on-a-Chip*), un pequeño dispositivo microfluicídico capaz de reproducir aspectos claves del funcionamiento del corazón humano.

El equipo investigador lo ha presentado en un estudio reciente publicado en la revista *Advanced Healthcare Materials*. El modelo integra tres tipos de células cardíacas –cardiomiocitos, fibroblastos cardíacos y células endoteliales– derivadas de una misma línea de células madre, lo que permite recrear de forma más fiel la estructura y el comportamiento real del tejido vivo.

El coordinador del RegenBell, a través de un comunicado, insiste en que emplear la misma línea de células madre «reduce enormemente la variabilidad genética y facilita que las interacciones entre las células se parezcan más a las que ocurren verdaderamente en el organismo». Por eso, el chip, diseñado con bioingeniería y fabricado íntegramente en el IMB-CNM-CSIC, podría mejorar cómo se evalúa la seguridad de los medicamentos antes de llegar al paciente.

«Esto tiene potencial para reducir la experimentación animal en los ensayos preclínicos, pero también para mejorar la fiabilidad de los modelos, ya que permiten trabajar con células humanas», explica José Yeste, investigador del IMB-CNM y uno de los autores del estudio.

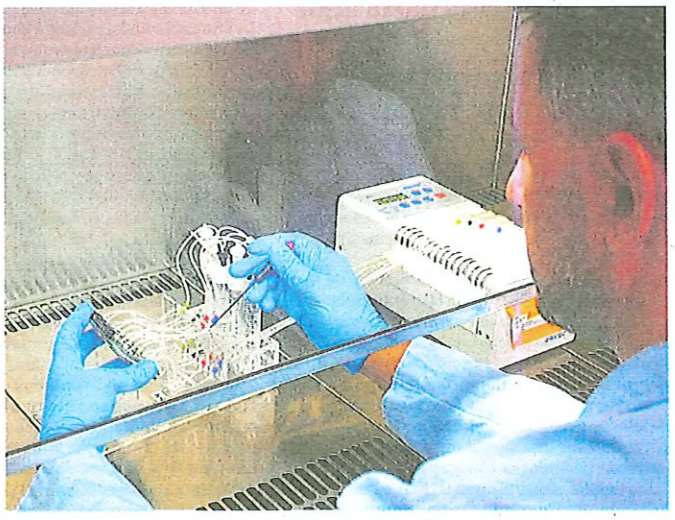
Por su parte, Rosa Villa, investigadora del IMB-CNM y codirectora del estudio, apunta que la arquitectura empleada, «los canales microfluídicos que permite el cocultivo organizado de distintos tipos celulares, así como el control del flujo de nutrientes y compuestos», facilita la observación del comportamiento celular en condiciones dinámicas, más cercanas a las del entorno fisiológico.

Para validar el modelo, el equipo ha estudiado su respuesta a distintos fármacos, como la doxorrubicina, un quimioterapéutico ampliamente utilizado y conocido por sus efectos cardiotóxicos. Los resultados han mostrado una diferencia significativa entre los modelos convencionales y el nuevo sistema tricapa con células endoteliales: en modelos sin capa endotelial, los cardiomiocitos sufren un deterioro estructural y funcional importante; mientras que, en modelos con células endoteliales, el tejido cardíaco mantiene gran parte de su capacidad contráctil y su organización celular.

Aquí Raya subraya el «secreto del éxito» del sistema: «Al incorporar la capa endotelial, los fármacos no se administran directamente sobre el tejido cardíaco, sino que atraviesan primero la capa vascular, imitando la llegada de los medicamentos al corazón a través de la circulación coronaria».

La mayoría de modelos experimentales utilizados hoy para estudiar la toxicidad de los fármacos se basan en cardiomiocitos –células cardíacas especializadas en la contracción–, y exponen los compuestos directamente sobre el tejido. Sin embargo, este enfoque simplifica en exceso la compleja organización del corazón, olvidando otros tipos celulares importantes para la arquitectura tisular, además de no reproducir cómo llegan realmente los medicamentos al órgano en el cuerpo humano.

Para superar esta limitación, los investigadores han recurrido a los *organ-on-a-chip* (órganos en un chip), dispositivos microfluicídicos en los que las células vivas se organizan en compartimentos perfundidos (espacios) recreando el microambiente fisiológico. En esencia, replican en miniatura el funcionamiento de tejidos humanos. Su potencial ha despertado un gran interés en los últimos años como alternativa a los modelos animales usados en investigación biomédica. Yeste añade que «las células animales no siempre responden igual que las humanas ante determinados compuestos». No obstante, por el momento estas tecnologías continúan en fase de investigación y su aplicación industrial no está consolidada.



Preparación del 'heart-on-a-chip', ensamblado en condiciones estériles antes del inicio del experimento. IDIBELL

La provincia registró 224 nacimientos hasta mayo con un repunte del 6,3%

La media regional fue de 34,5 alumbramientos diarios / Hasta el quinto mes de este año se produjo también una caída de los decesos en un 2,3%, según el INE

VÍCTOR F. MORENO SORIA

Soria registró hasta el mes de mayo 224 nacimientos con un repunte del 6,38%, según los datos publicados este miércoles por el Instituto Nacional de Estadística. En Castilla y León nacieron 5.210 bebés en los cinco primeros meses del 2026, que suponen 67 más y el 1,30 por ciento de incremento respecto al mismo periodo del año anterior, con una media diaria de 34,5 nacimientos en la comunidad.

Los nacimientos subieron hasta mayo en ocho comunidades, lideradas por el 4,78 por ciento de repunte de Murcia y el 4,21 de Valencia, con retrocesos en el resto, y un aumento del 0,84 por ciento en España, donde nacieron 130.495 bebés en los cinco primeros meses del 2026.

Son 34,5 nacimientos diarios en la comunidad en esos cinco primeros meses del año, con 367 bebés nacidos en Ávila, 905 en Burgos, 841 en León, 309 en Palencia, 667 en Salamanca, 392 en Segovia, 224 en Soria, 1.253 en Valladolid y 252 en Zamora.

En variación en esos primeros cinco meses año, en Ávila los nacimientos repuntaron un 3,93 por ciento, en Burgos un 11,87 por ciento; en Segovia un 6,76 por ciento; en Soria un 6,38 por ciento; y en Valladolid el 0,45.

En el resto de provincias se produjeron caídas del 0,5 en León, 4,24 por ciento en Palencia, el 3,36 en Salamanca y un 15,41 por ciento en Zamora.

Sólo en mayo nacieron 1.118 bebés en la comunidad, por encima de los 1.011 bebés del mes anterior y de los 1.083 del mismo mes del 2025.

En cuanto a la edad de las madres, sólo una tenía menos de quince años, con 97 entre los 15 y los 19 y 425 entre los 20 y 24 años.

Además, 519 bebés fueron de madres entre 40 y 44 años; con 50 de madres entre 45 y 49 años, con solo cuatro de madres de más de 50 años. En 1.615 nacimientos las madres tenían entre 30 y 34 y en 1.651 entre 25 y 39.



Un bebé de la mano de uno de sus progenitores. MARIO TEJEDOR

519 bebés en la región fueron de madres entre los 40 y 44 años

A nivel nacional también han bajado las defunciones

Además de la subida de los nacimientos, en la provincia se produjo además una caída de las defunciones, cifrada en el 2,37%, según el INE.

Castilla y León anotó 15.040 decesos hasta la semana 27 del 2026, esto es hasta el 5 de julio, que suponen un 2,72 por ciento menos que en el mismo periodo del 2025.

En España fueron 235.178 las defunciones hasta ese 5 de julio, que suponen un 1,08 por ciento menos que en el 2025; con bajadas en nueve autonomías y aumentos en el resto.

Los decesos aumentaron especialmente en La Rioja, con un 5,73 por ciento más que en el mismo periodo del año anterior, además del 10,89 por ciento de Ceuta; con el -5,34 por ciento de Cataluña en el otro extremo.

Por provincias, las defunciones bajaron un 9,29 por ciento en Palencia hasta el 5 de julio, el 7,50 por ciento en Zamora, 4,61 en León, 4,36 en Ávila, el 2,39 en Burgos, el 2,37 en Soria y un 1,05 en Valladolid.

Y crecieron el 5,21 por ciento en Segovia y el 1,83 por ciento en Salamanca respecto al mismo periodo del 2025.

Dominio de Atauta otra vez en el olimpo de los vinos con 99 puntos

P.P.S. SORIA

No es la primera vez que sucede y lo ha vuelto a hacer. La bodega de un pequeño pueblo de Soria de la Ribera del Duero se ha situado por derecho propio en el olimpo de los vinos, rozando la excelencia según el reconocimiento obtenido en la prestigiosa Guía Peñín. Dominio de Atauta vuelve a posicionarse entre las grandes referencias del vino español tras conocerse las puntuaciones concedidas por la Guía Peñín 2027. «La mejor recompensa al trabajo realizado», en palabras del enólogo de la bodega, Jaime Suárez.

La prestigiosa publicación ha reconocido, un año más, la excelencia del trabajo realizado por la bodega soriana, situando a toda la colección Single Vineyard 2020 por encima de los 95 puntos y convirtiéndola, de nuevo, en una de las propuestas de viñedo singular mejor valoradas de España.

El gran protagonista vuelve a ser La Roza 2020, que alcanza de nuevo los 99 puntos y se convierte, por tercer año consecutivo, en el vino mejor puntuado de la Denominación de Origen (DO) Ribera del Duero, compartiendo ese primer puesto con tan solo otro vino, lo que refuerza el extraordinario reconocimiento obtenido por esta exclusiva referencia del Valle de Atauta.

A este resultado se suma el comportamiento del resto de la colección Single Vineyard 2020. Valdegatiles obtiene 98 puntos, situándose entre los cinco vinos mejor valorados de toda la Ribera del Duero y compartiendo puntuación con referencias históricas de esta denominación. La Mala alcanza los 96 puntos, mientras que San Juan y Llanos del Almendro consiguen 95 puntos, completando una colección excepcional de vinos.



Detrás de cada proyecto, hay una persona esperando su oportunidad.

La Junta de Castilla y León, a través del ECYL, convoca subvenciones de programas mixtos de empleo y formación. Dirigida a entidades locales y entidades sin ánimo de lucro comprometidas con el territorio. Pensada para personas que quieren formarse y trabajar a la vez.

Formación certificada · Trabajo remunerado · Desarrollo del territorio

Ecyl | Junta de Castilla y León

CASTILLA Y LEÓN

La huelga de médicos eleva 14 días la espera quirúrgica, pero en El Bierzo se dispara a 57

Los cinco grandes hospitales anotan pequeñas subidas con el HUBU (9 días) a la cabeza; Clínico de Valladolid, 8; Río Hortega, 7; León, 3; y Salamanca, 2 / Sólo el hospital de Medina del Campo baja la demora media

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

El efecto de las huelgas de médicos se sigue haciendo notar en los quirófanos de Castilla y León, con una subida de 14 días de espera de media entre mayo y julio para que un paciente pueda recibir una cirugía. Con este incremento, el recuento queda fijado en 101 días al cierre del segundo trimestre, con cuatro complejos por encima de esa cifra, uno de ellos el Hospital del Bierzo, desbocado tras registrar una demora de 201 días en el transcurso de los tres últimos meses.

Los últimos datos recopilados por la Consejería de Sanidad reflejan que pese a las consecuencias derivadas de los sucesivos parones médicos en el pasado trimestre, los grandes hospitales de la Comunidad logran contener la subida generalizada en las listas de espera quirúrgica. Y es que en ninguno de ellos se incrementa la demora en diez o más días, con el Complejo Asistencial de Salamanca como el menos afectado al subir únicamente dos, que es un 2,1%; seguido de cerca por el de León, con cuatro, cifra que supone un 3,3% de incremento; mientras que en los dos centros referentes de Valladolid, la diferencia absoluta es mínima con siete días más en el Río Hortega y ocho en el Clínico, pero en términos porcentuales el desequilibrio es más evidente, con una subida del 8,4% en el complejo de la calle Dulzaina y que se dispara hasta el 22,2% en el de Ramón y Cajal. Por parte del Complejo Asistencial de Burgos, la demora media crece nueve días más, que es un 7% más.

Con esta actualización en las listas de espera para acceder una cirugía en los cinco principales hospitales de Castilla y León, el Clínico de Valladolid se mantiene como el complejo que más ágil soluciona las intervenciones en quirófanos para sus pacientes, con una media de 44 días. Por encima se sitúa el Río Hortega, donde se dispara hasta las 90 jornadas; el Complejo Asistencial de Salamanca, hasta 94; el de León, con 93; y el de Burgos, con 137.

En el resto de centros hospitalarios la perspectiva también difiere en gran magnitud según la zona. Por ejemplo, en el Hospital Santiago Apóstol, en Miranda de Ebro, se contabiliza el mayor incremento absoluto entre el primer y segundo trimestre del año, con 31 días más (+26,7%), que sólo se separa de una jornada en Hospital Santos Reyes (+23,5%), en Aranda de Duero. Con ello, Burgos se queda con difícil panorama quirúrgico al situarse en 129 días la espera media entre sus tres hospitales.

El Complejo Asistencial de Ávila, aunque anota la cuarta mayor subida a nivel general, con 24 días, registra el mayor incremento porcentual entre los 14 hospitales de la Comunidad, con un 44,4%. En lo que respecta al de Palencia, el crecimiento en la espera quirúrgica se sitúa en seis al término de junio, que supone un 18,1% de incremento; mientras que en el Zamora son ocho días más (+11,7%), en Soria, otros cinco (+7,1%), y en Segovia sólo uno (+1,96%).

Únicamente en el Hospital de Medina del Campo se rompe la tendencia derivada de las huelgas de médicas, con una lista de espera quirúrgica que no sube, sino que baja. Desciende en cuatro días, que en porcentaje se cifra en un 7,4% menos de demora.

Con estos últimos recuentos, el Complejo Asistencial de Palencia se mantiene como el hospital que menos tardanza tiene para acometer una cirugía, con 39. Le siguen el de Segovia (52), Medina del Campo (54), Soria (75), Zamora (76), Ávila (78), mientras que los hospitales de Aranda de Duero (105) y Miranda de Ebro (147) se desligan notablemente de este grupo.

Por especialidades, la situación tampoco trasciende notablemente respecto al trimestre anterior ya que Traumatología continúa siendo la rama que peor situación presenta al subir la espera quirúrgica en 18 días, situándose al cierre de junio en una demora media de 130 días.

Si bien 'Trauma' siendo la más 'tardona' en abrir los quirófanos, no es la más damnificada por el resultado de los parones médicos ya que Neurocirugía y Cirugía Torácica registran mayores incrementos, con 24 y 20 días, respectivamente. Con estos nuevos datos, su espera media crece a 52 días en el primer caso y 55 en el segundo.

Urología registra una situación similar a Traumatología ya que si venía siendo de las especialidades con peores resultados, de marzo a junio tampoco mejora su situación debido a la subida de 17 días que sufre. Con ello, un paciente debe aguardar de media 125 jornadas para operarse en Castilla y León. De igual forma, Otorrinolaringología se mantiene como de las ramas con peor contexto de cara al verano, con los 110 días de espera para una cirugía, que son 12 más frente a los tres meses anteriores. Y en Cirugía Plástica, más de lo mismo, donde la demora crece hasta 126 días tras sumar otros nueve.

Por debajo del centenar de jornadas, la especialidad con mayor espera media es Cirugía Oral y Maxilofacial, con 94, que sube 11 días; a la que siguen Cirugía General y del Aparato Digestivo, con 91, con dos semanas más; Angiología y Cirugía Vascular, con 78 (+10); Cirugía Cardiaca, con 61 (+11), mismos datos que Cirugía Pediátrica; Oftalmología, con 55 (+8), y Ginecología (+3); y Cirugía Torácica, con 52, que anota la mayor subida al sumar 24 días más.

Por diagnósticos, los cuatro procesos con mayor número de pacientes en espera de intervención a 30 de junio son cataratas (4.739 pacientes), artrosis de rodilla (1.676), hernia inguinal (1.745) y deformidades de los dedos de manos y pies (1.232).

Del número de pacientes en lista de espera quirúrgica estructural, quese sitúa en 33.034, en el nivel 1 de prioridad, es decir, con indicación de ser operados antes de 30 días dada su patología, hay registrados 938 pacientes, con una demora media de 10 días. En prioridad 2 –máximo idóneo de 90 días para pasar por quirófano–, hay al cierre del segundo trimestre un total de 5.001 pacientes, con una demora media de 91 días. En prioridad 3 –plazo hasta 180 días– se registran 27.095 pacientes, con una espera media de 106 días.

En cuanto a los datos referidos a demoras para una consulta externa hospitalaria, el balance se sitúa en 104 días. El sistema de información en los hospitales de Sacyl refleja un total de 205.627 consultas externas en espera estructural al final de junio.

El número total de pruebas pendientes en técnicas diagnósticas en los hospitales de Sacyl se reparte con 3.582 pruebas pendientes en TAC; 7.801 pruebas en resonancia magnética; las ecografías, 10.408; y las mamografías pendientes suman 601.

La espera media estructural de los pacientes pendientes de pruebas diagnósticas a 30 de junio queda con 44 días de demora media en el TAC; la resonancia magnética, 98; la ecografía, 109 días; y las mamografías, 52.

SOLUCIONAR LAS HUELGAS

Frente a este último balance, el PSOECyL espera que la huelga de médicos contra el nuevo estatuto marco que promueve el Gobierno se solucione «cuanto antes», pero rechazó que estos paros sean la causa del aumento de las listas de espera.

Ese factor de los paros médicos sí que fue nombrado por el consejero Alejandro Vázquez la semana pasada, cuando aseguró que los resultados alcanzados en los últimos años en materia de listas de espera se vieron «condicionados» en los últimos meses «por factores ajenos al sistema sanitario de Castilla y León», en referencia al «conflicto generado en torno a la reforma del Estatuto Marco promovida por el Ministerio de Sanidad». Aún así, y pese a esta última subida en las listas de espera quirúrgica que sitúan la demora media en 101 días, son 38 días menos que los registrados al comienzo del plan de choque puesto en marcha en 2022 por Sanidad.

La huelga de médicos eleva la espera quirúrgica cinco días en el Hospital Santa Bárbara de Soria

La demora media para operarse aumenta dos semanas hasta los 101 días en Castilla y León respecto al anterior trimestre. Los cinco grandes hospitales de la Comunidad anotan pequeñas subidas, mientras el Hospital del Bierzo se dispara 57 días Pág. 12



Caravana utilizada para pernoctar por empleados sanitarios, en el parking frente a las puertas del Hospital Costa del Sol de Marbella. MARTÍN MESA

Un tercio de los opositores que logran obtener una plaza para funcionario público tras un año de estudios la terminan rechazando por el precio del alquiler de la ciudad a la que son destinados. No solo en Baleares, un símbolo de esta crisis. El problema se extiende a Madrid, Málaga y Barcelona

«RENUNCIAS A LA PLAZA PORQUE EL SUELDO NO DA PARA UN TECHO»

MAX ESTRADA
OVIDIO FERNÁNDEZ MADRID

«Estaba ahí, en mis manos», dice Edilson Sousa da Costa (40 años) al recordar el día que rechazó la plaza tras opositar para Médico Interno Residente y especializarse en medicina de familia y atención primaria. En su relato repasa lo que lo llevó a estar ese viernes enviando el correo para desistir de la plaza tres días antes de empezar a trabajar en Ibiza: «Para encontrar un piso tenías que dar por adelantado los 11 meses y eran valores absurdos... ¿Cómo voy a dar más de 20.000 euros en un mes?», recuerda sobre la odisea de conseguir un techo para su mujer y sus hijos de siete y nueve años. Y es que el sueldo base de un residente de la salud ronda los 1.300 euros, mientras que le pedían 1.900 euros por un piso de dos habitaciones.

Con un panorama adverso, su sueño se desplomó, al igual que el de más de un tercio de opositores que se ven obligados a rechazar o postergar la plaza que obtuvieron por el alquiler en ciudades donde los precios están disparados, según el estudio Perspectiva y Retos del Empleado Público en España de Supera Oposiciones. Una pérdida de talentos que hoy amenaza al país y que en muchos casos, si no rechazan la plaza, los empuja a vivir en condiciones «casi insostenibles» por mantenerla de por vida.

Pasados al menos tres meses tras ver sus sueños rotos, Costa vive a las afueras de Barcelona, trabajando como médico en el sector privado mientras vuelve a estudiar para presentarse de nuevo al examen. «Es muy triste que después de estudiar durante seis años una carrera, preparar la oposición, entrar y elegir una plaza, no pueda asumir el compromiso. Lo veo como una pérdida de talentos», reflexiona. En su opinión, el Estado debería ofrecer alternativas habitacionales para fidelizar a los residentes, advirtiendo que esta barrera es lo que provoca que muchos terminen fuera de España.

Alquilar una habitación en la isla ya supera los 1.000 euros al mes y un piso ronda los 2.100 euros. Además, según Idealista, el coste del alquiler en Baleares es de 20,2 euros/m^2. Es por esto que hace más de dos semanas el Gobierno acordó incrementar en un 100% la indemnización por residencia para los funcionarios que hoy viven este descalabro en Mallorca, y para los destinados en Menorca, Ibiza y Formentera. Si bien, la medida beneficia a 11.176 empleados públicos y permite que perciban las mismas indemnizaciones por residencia que los funcionarios destinados en Canarias, este acuerdo no termina de resolver el salto al vacío al que se enfrentan los opositores y funcionarios con plaza en toda España.

VIVIR EN CARAVANA

«Prefiero dormir en mi autocaravana», dice Marina Mejías (45 años) a EL MUNDO, al pasar por su cabeza el hecho de pagar un piso en Marbella.

PRIMER PLANO

CRISIS DE VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS

Esta interina en obstetricia en el Hospital Universitario Costa del Sol, no tiene –ni quiere– una plaza fija en esa ciudad. Su objetivo es «aguantar» el tiempo suficiente para sumar los puntos que le permitan trasladarse a un hospital más cercano a su casa, ubicada en Estación de Salinas, en la frontera malagueña con Granada. Lo que tenía claro es que su sueldo no era suficiente para el mercado inmobiliario marbellí: «Allí los alquileres rondan por una habitación los 1.000 euros. No iba a pagar eso», confiesa.

Hoy los precios en la provincia de Málaga son inasumibles. En Estepona cuesta un 122% más que hace cinco años alquilar una vivienda y el precio medio de toda la provincia hace imposible que cualquiera pueda residir allí: un piso de tres habitaciones cuesta en torno a los 1.800 euros al mes y, si un interino como Mejías quisiera alquilar un estudio para tener cerca su puesto de trabajo, tendría que abonar 1.100 mensuales, según el Índice Inmobiliario de Fotocasa.

Ante esta barrera, Mejías encontró su propia vía de escape aparcando su autocaravana en la explanada exterior del Hospital Costa del Sol, donde trabaja. Y no está sola. Al menos seis compañeros más pernoctan a pocos metros, y otros tantos lo hacen en sus coches en las plantas subterráneas del *parking*. Para no tener que pasar demasiados días viviendo allí, Mejías hace lo que en la jerga profesional se llaman «dobletes»: empalma jornadas laborales de 15 y hasta 17 horas seguidas para cubrir su cupo cuanto antes y poder volver a Estación de Salinas. Pese a ello, agrupando los días libres para poder volver con sus dos hijos, gasta unos 400 euros mensuales en combustible.

Pese a tantas horas seguidas de trabajo, el descanso se le antoja casi imposible. Suele terminar su turno de noche a las siete y media de la mañana, llega a la explanada, se ducha y se acuesta, pero el alivio no es real. Al no tener permiso para conectarse a la red eléctrica del hospital, su aire acondicionado está de adorno. A medida que avanza el día, el sol calienta la «caja de metal» –así llama a su caravana– hasta rozar los 40 grados. «A las 11 de la mañana estoy despierta, porque te empiezas a ahogar», lamenta la interina. Sin embargo, se sigue considerando a sí misma «una privilegiada» por el simple hecho de no entregarle su nómina a un arrendador. Mientras tanto, el ruego de este campamento de caravanas es apenas una cuestión de supervivencia: «Una toma de luz es lo único que pido», sentencia. Ella es el ejemplo de este colapso expuesto por el Sindicato Médico de Málaga: de 105 plazas de larga duración ofertadas para médicos de familia recién salidos del MIR en el Distrito Costa del Sol, únicamente se aceptaron 6 (un 5,7%). Este déficit sostenido deja vacías las consultas y provoca que centros como el servicio de urgencias de Las Lagunas acumulen esperas de hasta seis horas por falta de profesionales.

La otra cara de la moneda son aquellos que deciden no renunciar y aceptan el destino, asumiendo el impacto en su calidad de vida. La historia de David Andrés (45 años) ilustra esto. Tras aprobar la oposición como ayudante de instituciones penitenciarias a través de la academiadeprisiones.es, tuvo que dejar su hogar en Burgos para incorporarse a su plaza en la prisión de Soto del Real, en Madrid. Su aterrizaje en la capital implicó «vivir más de dos meses de hotel en hotel», volviendo a su ciudad solo los fines de semana, mientras intentaba encontrar un techo para su mujer y su hija de 15 años. En un mercado saturado, llegó a visitar más de 15 propiedades, compitiendo con hasta 50 personas y viéndose obligado a redactar cartas para explicar a los arrendadores su situación.

Finalmente, logró alquilar un piso en la zona de la A-6 por el que paga 1.800 euros mensuales, devorando prácticamente los 2.000 euros de su nómina: «Aceptar esto es elegir entre mantener tu plaza o darle de comer a tus hijos». Pese a las deficiencias del inmueble en el que no hay respuesta por parte del arrendador, pues ambas partes saben que la escasez de oferta no le deja alternativas. «El propietario puede alquilarte lo que quiera. O lo coges o te vas debajo de un puente», resume.

Se mantiene gracias a los ingresos de su mujer y espera que en unos años se resuelva un concurso de traslado, ya que, si rechaza la plaza ahora, corre un grave riesgo de perderla para siempre. Juan Carlos Romero, director docente de Supera Oposiciones y coautor del estudio: «Con aprobar no es suficiente; eliges plaza en función del *ranking* y si quedas el antepenúltimo, te vas donde toque». Por un lado, un 73% defiende la creación de sedes estatales fuera de las grandes capitales para descentralizar el talento. Por otro, un 52,5% apuesta por el teletrabajo para garantizar la movilidad sin forzar mudanzas obligadas.

EL 52,5% DE LOS OPOSITORES DEFIENDE EL TELETRABAJO PARA EVITAR MUDANZAS

«HAY QUE ELEGIR ENTRE MANTENER TU PLAZA O DARLE DE COMER A TUS HIJOS», EXRESA DAVID ANDRÉS

NUEVA VIVIENDA

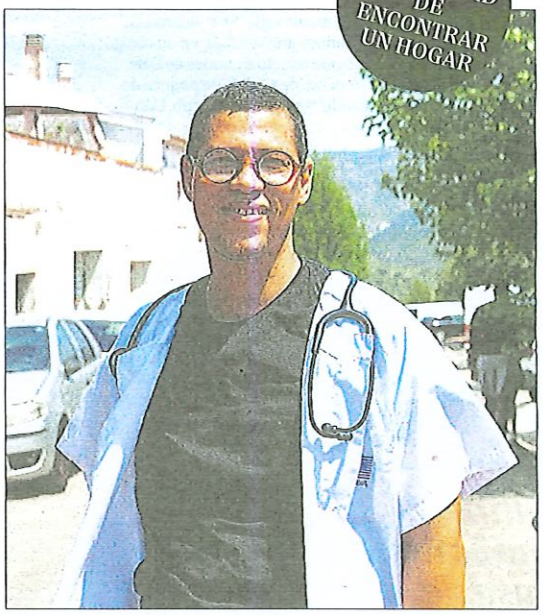
LICITACIONES DESIERTAS POR FALTA DE REVISIÓN DE PRECIOS

La falta de una actualización en los presupuestos de los contratos públicos amenaza la política de vivienda del Gobierno central y los autonómicos, administraciones que han lanzado iniciativas para paliar el déficit de 750.000 casas que estiman organismos como el Banco de España. Ante la paralización de proyectos por culpa de los sobrecostes, el presidente de la Confederación Nacional de la Construcción (CNC), Pedro Fernández-Alén, advirtió ayer que «si la política del Gobierno tan centrada en vivienda se quiere poner en marcha, tenemos un problema si no damos una cláusula de estabilización de precios. Porque prever cuánto va a costar lo último que pone en una obra de vivienda, que es dentro de 36 meses, es difícil».

Así lo explicó Fernández-Alén durante la presentación del informe de la CNC, que recoge los datos registrados entre enero y junio de 2026: al menos 1.130 licitaciones de obra pública han quedado desiertas, lo que ha impedido iniciar proyectos por un importe superior a los 707 millones de euros.

UNA CRISIS EXTENSA. El precio de compraventa de la vivienda de segunda mano rompe un nuevo techo: sube un 17% interanual en el segundo trimestre, el mayor aumento registrado en este periodo. Además, nombres propios como Barcelona, Madrid o Islas Baleares no son las regiones que más acusan esta subida. Comunidades autónomas como la Región de Murcia (28,0%) o Cantabria (20,0%) son las que experimentan un mayor encarecimiento.

LA DIFICULTAD DE ENCONTRAR UN HOGAR



«ESTABA CON LA PLAZA AHÍ EN MIS MANOS»

Edilson Sousa da Costa es un médico que logró una plaza en Ibiza tras aprobar el examen MIR. Sin embargo, tuvo que renunciar a la especialidad días antes de empezar: le exigían más de 20.000 euros por adelantado para alquilar un piso para su familia, un gasto imposible de asumir con su sueldo público y decidió volver a trabajar en el sector privado.



«COGES EL PISO O TE VAS DEBAJO DE UN PUENTE»

David Andrés (45 años) dejó Burgos tras aprobar las oposiciones para trabajar en la prisión de Soto del Real. Su logro se tornó en asfixia ya que de los 2.000 euros que gana mensualmente, destina 1.800 a un piso en Madrid con electrodomésticos rotos. Al no poder renunciar a su plaza, sobrevive gracias al sueldo de su mujer.

El 'no' de Sanidad al alzhéimer: «Esto es un jarro de agua fría»

Pacientes y médicos lamentan el rechazo a la financiación de los nuevos fármacos

PILAR PÉREZ MADRID

Concepción Gómez-Tejedor lo resume en pocas palabras: «Es un palo». La secretaria de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Alcobendas y San Sebastián de los Reyes (AFA) sostiene que esto es así «tanto si recibes un diagnóstico de la enfermedad, como si te enteras de que la única posibilidad de tener acceso a un tratamiento que tiene algún impactó en la evolución es imposible».

Hace una semana, la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios rechazaba por segunda vez la financiación de dos medicamentos indicados para el tratamiento de los síntomas leves de deterioro cognitivo o demencia, que podrían frenar la progresión de la enfermedad de alzhéimer, en concreto de lecanemab y donanemab. Desde el Ministerio de Mónica García se justificó esta decisión en que «el beneficio clínico demostrado es muy limitado. Y ese es un debate intenso ahora mismo en el campo científico». Además, añaden que «el coste es muy elevado para el valor clínico que aporta».

«Desgraciadamente estamos perdiendo una ventana de oportunidad muy grande», lamenta David Pérez, neurólogo y presidente de la Fundación Alzheimer España (FAE). «Es una situación muy frustrante para las familias», insiste. Frente a la justificación que emplea Sanidad para optar por el no, Pérez defiende que «ya hay trabajos que recogen datos en vida real de países como Japón, Alemania y Estados Unidos en los que se observa que los beneficios son mayores y los efectos adversos iniciales menores».

Las dudas en las que el Ministerio de Mónica García se asienta, de momento, giran en torno al coste-beneficio. «La responsabilidad de las autoridades públicas exige adoptar decisiones que tengan en cuenta no solo la existencia de una innovación terapéutica, sino también la solidez de la evidencia disponible, la seguridad de los pacientes, la capacidad real del sistema para implantar el tratamiento con las garantías necesarias y unas condiciones económicas que permitan un acceso equitativo y sostenible para el conjunto de la ciudadanía». Estas palabras son parte de una misiva que firmaba el secretario de Estado, Javier Padilla, explicando los motivos de su decisión.

Para los pacientes, «esto es un jarro de agua fría». Carmen Barroso, psicóloga y coordinadora de AFA, apunta que en la asociación tienen dos casos de pacientes que reúnen todos los requisitos para optar a la prescripción «y ahora se quedan sin nada». «Esto lo que produce es una inequidad y una sanidad a dos velocidades», apunta Barroso. Ella argumenta que existen algunas personas en la asociación que pueden permitirse pagar el fármaco a través de la sanidad privada, «pero no es lo normal». En España, más del 80% del coste total del cuidado del alzhéimer recae directamente sobre las familias. Barroso es tajante: «Negar la cobertura pública acentúa una brecha social inaceptable en nuestro sistema de salud».

Como neurólogo asistencial, Pérez apunta que ya conoce una decena de casos en los que el fármaco se prescribe en el ámbito privado y «esto no es justo». Este experto asegura que una ficha técnica restrictiva y condicional sería una solución. «Este fármaco no es para todos los pacientes, pero sí para los que debutan pronto, unos 50.000 en nuestro país». Se trataría de entre el 5-10% del total, «estos fármacos hacen impacto en la fase temprana, cuando el paciente, la persona, todavía puede conservar su autonomía y sirven de freno más allá de los 18 meses recogidos en los estudios, en vida real ya se ha llegado a los tres años».

El perfil del paciente es fundamental. «Son adultos jóvenes de entre 50 y 65 años, aún en el mercado laboral y muchos en puestos altos. En la actualidad, ya trabajamos con ellos para adaptar sus entornos de trabajo a la demencia», explica la psicóloga. Quizás, esto haga que también sea un problema, «saber que vas a desarrollar alzhéimer al final de tu vida, es poner el reloj en modo cuenta atrás: sabes lo que va a pasar, pero no cuándo; cada persona es diferente». Esta experta asegura que cada vez hay más diagnósticos en padres y madres de familia con adolescentes, «a los que debemos asistir en cómo cambiará su vida con la llegada de esta enfermedad a su vida».

¿Cuánto cuesta este fármaco? Quizás la cifra de 30.000 euros al año, aproximadamente, «es algo frío, pero es que los familiares soportamos cargas económicas más altas cuando tenemos que cuidar a nuestro paciente todos los días», cuenta Concepción. Ella convive con la enfermedad que le fue borrando la memoria a su marido desde hace 15 años y ahora, «después de mucho tiempo, nos vamos unos días de vacaciones porque está en una buena época».

Barroso y Pérez defienden la financiación porque solo se está retrasando un desembolso mayor a largo plazo. «Financiar el tratamiento en fases tempranas no ahorra dinero público; simplemente traslada una factura mucho más costosa y destructiva a las fases avanzadas», explica la psicóloga de AFA. Se calcula que el coste medio anual de un paciente con alzhéimer en España supera el coste del fármaco, «llegando a triplicarse en las etapas más avanzadas debido a la gran dependencia», insiste Carmen. Por tanto, una terapia que prolonga la autonomía del paciente «reduce el gasto de los servicios sociales y sociosanitarios a medio y largo plazo», defiende Pérez.

DATOS CLAVE

50.000 PACIENTES. Los fármacos que enlentecen la demencia solo sirven a un grupo concreto: etapa inicial, presencia de placas de beta-amiloide y unos biomarcadores específicos. En España hay un total de unos 800.000 enfermos, pero no todos cumplen las estrictas exigencias de la ficha técnica.

ADULTOS JÓVENES. Entre un 5-10% de todos los casos corresponden al alzhéimer de inicio temprano o precoz, con edades entre los 50 y los 65 años. Se trata de familias en plena etapa laboral y de crianza. Se diagnostican unos 4.000 nuevos pacientes anuales en nuestro país.



Concepción Gómez-Tejedor y Carmen Barroso de AFA Alcobendas y San Sebastián de los Reyes. ÁNGEL NAVARRETE

Ya hay pacientes que se pagan la terapia que cuesta 30.000 euros

«Perdemos la oportunidad de usarlo en la etapa más inicial»

DRA. REVUELTA "HAY MUCHO ESTIGMA Y UNA VISIÓN MORAL DE LA OBESIDAD"

Esta médico estético de muchas famosas defiende la libertad de contar o no si te pinchas análogos de la GLP-1. "Muchos temen que se les acuse de haber elegido el camino fácil o de engañar al público. Nadie diría que tratarse la hipertensión es hacer trampa". POR **BEATRIZ MIRANDA**



ANTES Y DESPUÉS

La doctora Ana Revuelta se inyectó Mounjaro en dosis mínimas durante cuatro meses y perdió 10 kilos. "Yo no necesitaba sólo perder peso, sino reorganizar mi vida y recuperar el control, reducir el ruido alrededor de la comida".

HOY EN DÍA LA EXPRESIÓN "salir del armario" cobra un nuevo significado. Pocas personas, mucho menos si son famosas, confiesan que tras su nueva imagen están unas cuantas inyecciones de Ozempic, Mounjaro o Wegoby. Sin embargo, hay que saber que son los médicos que prescriben estos fármacos los primeros que recurren a ellos si hace falta. En LOC hemos dado con uno de ellos, la doctora Ana Revuelta, médico estético, farmacéutica y nutricionista que cuenta a LOC su experiencia como paciente a quien la tirzepatida (análogo de la hormona GLP-1, como la famosa semaglutida) le ha cambiado la vida. Analizamos con ella el uso de estos revolucionarios medicamentos.



La doctora Revuelta, en consulta. A. DI LOLLI

En primer lugar, Revuelta aclara que no los considera "inyecciones para adelgazar, sino herramientas potentes para tratar enfermedades metabólicas complejas. Utilizarlas bien exige historia clínica, valoración analítica, estudio de la composición corporal, objetivos terapéuticos claros y seguimiento". La doctora habla en primera persona: "Decidí recurrir a ellas tras una etapa personal complicada. Había entrado en una dinámica de desorden en las comidas, menos ejercicio del que necesitaba y un nivel de estrés emocional muy alto. Me di cuenta de que no necesitaba sólo perder peso, sino reorganizar mi vida. Utilicé el medicamento siempre con control médico y en dosis mínima, como apoyo temporal dentro de un método personalizado. Mi finalidad era recuperar el control, reducir el ruido constante alrededor de la comida y facilitar la adherencia a hábitos que pudiera mantener sin medicación. Perdí diez kilos en un año, pero el fármaco estuvo presente solamente durante cuatro meses. El resto fue un cambio radical y sostenido de estilo de vida. Esa transformación no solo repercutió en mi peso. Me permitió sentirme más fuerte, positiva y productiva; rendir más en mi trabajo y volver a disfrutar. Para mí, la clave no fue adelgazar, sino volver a cuidarme y a quererme".

Preguntamos a Revuelta sobre el nuevo efecto *antiaging* que se le asigna a Ozempic. "En pacientes seleccionados, pueden mejorar factores relacionados con un envejecimiento menos saludable: control de glucosa, resistencia a la insulina, presión arterial, perímetro abdominal, parámetros lipídicos e inflamación metabólica. Es decir, podemos hablar de protección cardiometabólica, lo que ayuda a envejecer mejor, pero no es un tratamiento antienvejecimiento propiamente dicho". También le consultamos por los comentados efectos adversos: "Los más frecuentes son digestivos: náuseas, sensación de plenitud, reflujo, estreñimiento, diarrea o vómitos, más intensos durante la escalada de dosis, por lo que individualizar el tratamiento y no precipitarse es esencial. También pueden aparecer deshidratación, alteraciones de la vesícula biliar y, con menor frecuencia, situaciones que requieren una valoración médica inmediata, como una sospecha de pancreatitis. Debemos extremar las precauciones en pacientes con determinadas enfermedades" Otro inconveniente importante según la doctora Revuelta es la pérdida de masa magra que acompaña a cualquier pérdida de peso significativa. "Este riesgo obliga a acompañar el tratamiento de proteína, entrenamiento de fuerza y seguimiento de la composición corporal".

Sobre que pocas personas reconocen recurrir al medicamento, se muestra empática. "Existe mucho estigma. Algunas personas temen que se les acuse de haber elegido "el camino fácil", de no tener fuerza de voluntad o de engañar al público. Otras pueden querer preservar su intimidad médica. También existe una industria basada en vender dietas y reconocer que ha existido ayuda farmacológica puede no encajar con el relato. Yo defiendo la libertad para contarlo y también para no hacerlo. Lo relevante es que, si se habla públicamente, se haga con responsabilidad y sin presentar estos medicamentos como un secreto de belleza o una solución trivial".

> "Exigimos que una persona sufra para legitimar el resultado'"

> "La clave no está en adelgazar. Está en cuidarte y quererte"

Para Revuelta, todo esto "parte de una visión moral de la obesidad: la idea de que una persona pesa más porque es débil, perezosa o carece de disciplina. La obesidad es una enfermedad en la que intervienen genética, hormonas, entorno, sueño, estrés, salud mental, medicación, situación socioeconómica y hábitos, entre otros factores. Exigimos que una persona sufra para considerar legítimo su resultado. Sin embargo, nadie diría que tratar la hipertensión con medicamentos es hacer trampa".

La doctora Ana Revuelta sumó a su tratamiento, como hace con sus pacientes, un plan integral para combatir el empeoramiento de la calidad de la piel tras la pérdida de peso con aparatología como Ultherapy. Al ver el resultado, lo tiene claro: "Yo no perdí diez kilos gracias a un medicamento. Perdí diez kilos porque cambié mi vida. El tratamiento me ayudó una parte del camino, pero lo que transformó mi salud fue priorizarme, entrenar, ordenar mi alimentación, gestionar el estrés, respetar mis tiempos y recuperar el equilibrio".

Claves para potenciar el cerebro de los niños

Correr, trepar, escuchar un cuento antes de dormir o mantener una conversación durante la cena son gestos cotidianos que pueden tener un impacto mucho mayor del que se imagina. Durante los primeros años de vida, el cerebro infantil atraviesa una etapa de plasticidad en la que millones de conexiones neuronales se crean y fortalecen a partir de las experiencias diarias.



57 **POR CIENTO** de los consumidores en todo el mundo ya compra productos o servicios vinculados a la nutrición, los suplementos y el cuidado personal. Además, casi la mitad sitúa la mejora del descanso entre sus principales metas de salud.

NEUROLOGÍA | UN IMPACTO SILENCIOSO EN EL ENTORNO

LA OTRA CARA DEL ALZHÉIMER

Los cuidadores son los rostros 'olvidados' de una patología cada vez más frecuente y sobre los que no se tienen en cuenta sus necesidades

EFE / VALENCIA

El impacto psicológico, físico y laboral que sufren los familiares de personas con alzhéimer es «devastador» ante la imposibilidad de llevar una vida normal por la atención constante que pueden llegar a requerir los afectados, lo que lleva a muchos de sus cuidadores a reducir su jornada laboral o a abandonar su puesto de trabajo. Así lo han destacado neurólogos, abogados y asociaciones de enfermos durante su participación en un reciente foro.

El presidente de la Asociación de Derecho Sanitario de la Comunidad Valenciana (ADSCV), Carlos Fornes, aseguró que el entorno de los pacientes «soportan gran parte de la carga asistencial, emocional y económica» y los cuidadores, sobre los que recae el peso de la atención diaria, «necesitan apoyo institucional, información y acompañamiento jurídico, además de apoyo sanitario. Cuidar a quien cuida es una obligación social y una inversión en bienestar».

En España, 800.000 personas tienen esta patología y se estima que en 2050 la cifra se habrá duplicado, una «epidemia para la que las familias, pacientes y el sistema sociosanitario todavía no estamos preparados», remarcó el neurólogo y presidente del Colegio de Médicos de Castellón, Carlos Vilar. El primer síntoma de esta enfermedad es la pérdida de memoria persistente y consistente en el tiempo, que influye en su vida cotidiana y llega a afectar tanto a la vida del paciente como a la de su familia.

Santiago Llopis, presidente de la Federació Valenciana d'Associacions de Familiars i Amics de Persones amb Alzheimer (FEVAFA), destacó especialmente la importancia del diagnóstico precoz y del acompañamiento posterior, porque conocer de forma temprana que una persona sufre la enfermedad «nos evitaría una gran cantidad de problemas».

Asimismo, incidió en que las familias suelen acudir a las asociaciones para que les ayuden a tramitar la solicitud de dependencia, pero los plazos de resolución tardan meses y la dolencia «no se toma vacaciones», de modo que cuando llega la ayuda económica o el recurso de la plaza pública, o bien el paciente ha fallecido o bien la situación familiar es tan crítica que se ha roto la convivencia, y «esa desconexión entre la burocracia y el ritmo biológico de la enfermedad genera una enorme frustración».

El cuidador, dos tercios de los cuales son mujeres, es «el gran olvidado en toda esta historia», pero necesita un nivel de apoyo, de relevo y de descanso y si está solo y sin recursos es «humanamente imposible de sostener», añadió.

De hecho, un 12 por ciento de los trabajadores asistenciales acaba dejando el empleo, muchos de ellos tienen que reducir su jornada laboral y se estima que más de dos de cada 10 acaba con algún tipo de problema de salud mental.



Las personas que velan por los pacientes a veces deben enfrentarse a episodios para los que no tienen pedagogía.

Por otra parte, Vilar hizo hincapié en que muchas veces se abusa de la «contención química» de los pacientes mediante sedantes «simplemente porque el sistema de cuidado en el hogar ha colapsado».

FORMAR A LAS FAMILIAS. Conforme la enfermedad avanza, la persona que se ocupa del paciente debe asumir responsabilidades y manejar situaciones para las que no cuenta con la formación necesaria y, según el neurólogo, el manejo conductual del afectado es «extremadamente complejo» porque no es solo que se olvidan de las cosas, sino que a veces aparecen episodios de agresividad.

Los ponentes coincidieron en que falta mucha pedagogía para el entorno de los afectados, ya que si el cuidador no sabe cómo reaccionar, puede derivar en un enfrentamiento que genera «más frustración en el paciente».

EL APUNTE

La preparación jurídica antes del deterioro cognitivo

Recibir un diagnóstico de alzhéimer obliga a la familia a prepararse jurídica y psicológicamente para los problemas que aparecerán y que hacen necesarias una serie de medidas preventivas para mantener la paz familiar e incluso preservar la economía del afectado.

Entre esas herramientas se encuentran los poderes preventivos o la autocuratela (designar a la persona que desea que le asista o represente si en el futuro pierde la capacidad de gobernarse).

Un problema habitual se produce cuando un paciente que tiene todos los ahorros en una cuenta empieza a perder el control de su propio patrimonio, pero como la cuenta está solo a su nombre y él ya no puede ir al banco ni firmar, la entidad bloquea el acceso y la familia ya no puede sacar el dinero ni para pagar la residencia, el cuidador o los gastos básicos.

El potencial de la melatonina para el dolor crónico

Una nueva revisión de 23 ensayos clínicos apunta que la melatonina podría tener un papel mucho más amplio del que se pensaba: reducir la dependencia de algunos de los analgésicos más comunes y potencialmente dañinos.

El estudio, realizado por la Universidad de Sídney, revela que esta sustancia puede reducir el dolor musculoesquelético crónico con efectos similares a los de fármacos como los opioides, los antiinflamantorios no esteroideos (AINE) y el paracetamol.

La investigación analizó los datos de 2.028 adultos de todo el mundo que padecían lumbalgia, artrosis y fibromialgia y halló que la melatonina redujo el malestar en aproximadamente nueve puntos en una escala de 0 a 100. No obstante, los efectos secundarios más frecuentes observados fueron naúseas, mareos y dolores de cabeza, con tasas similares a las del placebo y sin eventos adversos graves.

El diseño de las ciudades influye en el bienestar

Expertas como la arquitecta y profesora de la Universidad de Málaga, Susana García, y la socióloga y también profesora de este centro, Ana María López, indicaron recientemente que la forma en la que están diseñadas las ciudades influye en la actividad física diaria, en la conexión social y en la salud de quienes las habitan.

«Las mujeres caminan más, usan más el transporte público y se desplazan con patrones más complejos que los hombres», explicó García, que agregó que el urbanismo «genera una mayor carga de tiempo y estrés para las mujeres y una exposición a sistemas de transporte público a menudo deficientes, insuficientes o poco adaptados a estas necesidades de movilidad».

Así, el género femenino vive más que el masculino, pero la mayor parte de ese tiempo adicional transcurre con enfermedades crónicas o con limitaciones funcionales que, sin ser letales, reducen su autonomía y calidad de vida.

ASÍ ES EL ATLAS QUE MIDE LOS RIESGOS SANITARIOS DE VIAJAR POR MÁS DE 200 PAÍSES

Iniciativa. Manuel Linares, del Hospital Príncipe de Asturias, es el impulsor del 'Atlas Global de Riesgo', que reúne en tiempo real datos clínicos y climáticos

Por ***Cristina Ruiz***

El verano ya está aquí y con él las vacaciones que muchos llevan meses esperando. Son días en los que buena parte de nosotros preparamos ya el viaje, y no pocos los que han elegido como destino un país que visitan por primera vez, quizás exótico, a modo de recompensa tras 11 meses de trabajo. Pero, más allá de los intereses turísticos, ¿tenemos realmente toda la información que necesitamos antes de emprender ese soñado viaje? ¿Nos hemos informado o lo ha hecho el médico de familia o el farmacéutico comunitario de si hay algún riesgo de salud y de las vacunas que hacen falta llegado el caso?

Ahora esos profesionales, pero también los viajeros, disponen del *Atlas Global de Riesgo*, que recoge, a través de fichas, toda la información que se necesita y que responde a esas y otras preguntas. Manuel Linares, médico de familia, microbiólogo y director de Continuidad Asistencial del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares, es uno de sus impulsores. Se trata de una herramienta, tanto en versión web como ahora en formato libro, que reúne en fichas información sanitaria, climática, política y de seguridad de 207 países en tiempo real. Desarrollado por Fundación iO, de la que Linares es presidente, está conectado con la experiencia de plataformas como HRadar y GlobalRiskAtlas.com que recibió uno de los Premios Ennova que otorga *Diario Médico*, en 2025.

Las fichas de esos más de 200 países incluyen los riesgos que se pueden encontrar en el país que se visita en un simple vistazo: riesgos generales, sanitarios, vacunas necesarias, riesgos potenciales y hasta una *checklist* del viajero.

El proyecto, explica Linares, nació hace una década, cuando su equipo detectó que en España existía poca formación en medicina del viajero y que muchos de esos viajeros no acudían a los centros de vacunación internacional. A eso se sumaba la dificultad de acceso a información actualizada en ámbitos como atención primaria o la farmacia comunitaria. La idea, señala, era «reunir en una sola herramienta la información esencial para que cualquier profesional pudiera ofrecer un consejo al viajero útil, sencillo y basado en evidencia».

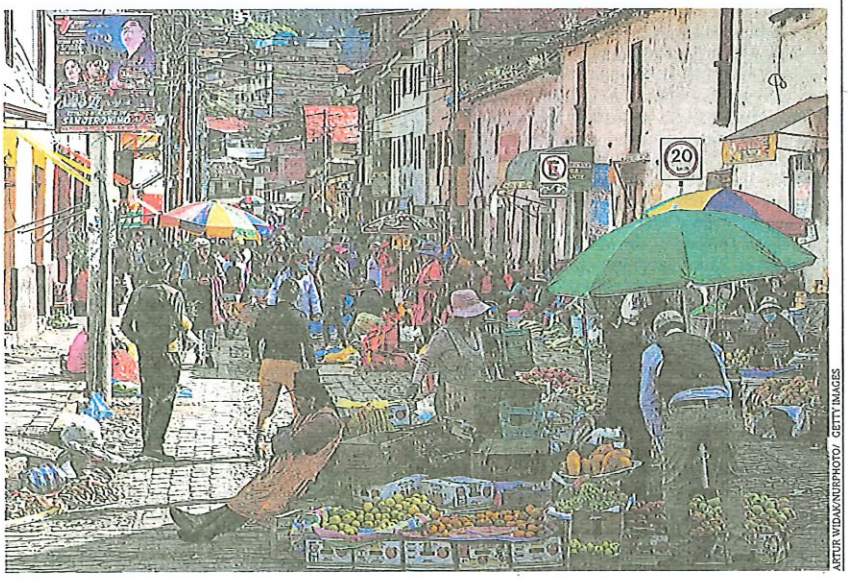
El objetivo principal, apunta, es facilitar el acceso a información fiable y actualizada, condensando en una sola mirada datos que normalmente exigen consultar numerosas fuentes oficiales.

El *Atlas Global de Riesgo* se apoya en fuentes como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y otros observatorios internacionales, y combina información sanitaria, riesgos climáticos, fenómenos naturales, situación política, seguridad personal y transporte. Linares insiste en que la herramienta no se limita a las enfermedades infecciosas: «Los viajeros no solo enferman por infecciones. También pueden sufrir accidentes de tráfico, problemas relacionados con fenómenos meteorológicos extremos o situaciones de inseguridad», afirma, motivo por el que quisieron incorporar todas esas dimensiones al tener un impacto directo sobre la salud.

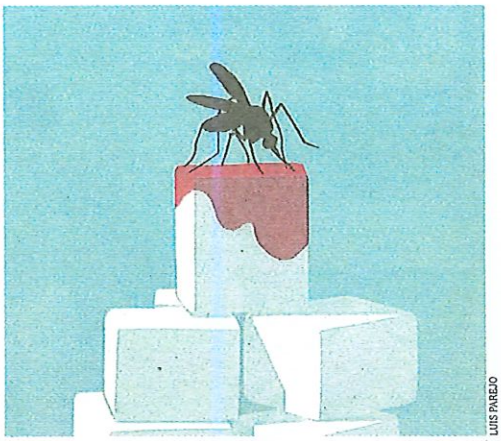
Actualmente la plataforma cubre 207 países, aunque el equipo ya trabaja en una siguiente fase para lograr una mayor zonificación, «porque no todas las regiones presentan los mismos riesgos ni las mismas condiciones climáticas o epidemiológicas».

¿Qué diferencia este *Atlas Global de Riesgo* de guías como las de la OMS o la de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)? Linares señala dos: «La accesibilidad y facilidad de visualización, y la actualización en tiempo real, de modo que si surge un brote o una alerta relevante en una zona concreta, la información puede incorporarse de forma inmediata».

Linares reconoce que la medicina del viajero ha sido tradicionalmente una asignatura pendiente en España, aunque considera que la situación ha mejorado «mucho» respecto a hace 15 años, con más formación, más recursos y mayor sensibilidad hacia estos temas. El problema que persiste, matiza, es «el tiempo y el acceso a la información, ya que mantenerse actualizado resulta complicado».



ARTUR WIDAK/NURPHOTO/ GETTY IMAGES



LUIS PAREJO

ENFERMERA SATURADA

MITOS Y REALIDADES SOBRE LAS PICADURAS DE MOSQUITO EN VERANO

Consejos. El olor corporal, la emisión de dióxido de carbono y el tipo de sangre nos hacen más o menos "atractivos" a las hembras de este tipo de insectos. Si quiere evitar las molestias, no vista ropa oscura

Aunque estos molestos insectos voladores llevan en el planeta Tierra desde el periodo Cretácico, hace más de 100 millones de años, su gusto por la sangre humana es mucho más reciente: comenzaron a picar a nuestros antepasados homínidos hace unos dos millones de años. Y desde entonces no han parado de hacerlo. Este verano también nos están picando... aunque a unos más que a otros.

¿Cómo eligen los mosquitos a sus víctimas?

Las mosquitas, ya que las hembras son las únicas que pican, emplean una combinación de su olfato y su vista para elegir a qué humano picar. Existe una serie de factores que te predisponen para ser una persona atractiva para su picadura:

–El olor de tu piel. Cada persona tiene un olor de piel de forma natural, que vendrá determinado por el tipo de bacterias que viven sobre nuestra superficie corporal de forma natural. Esos microorganismos se alimentan de nuestro sudor, lo descomponen, y al hacerlo producen un olor determinado que puede atraer más o menos a los mosquitos.

–Emisión de dióxido de carbono (CO_2). El gas que todos los seres humanos exhalamos al respirar sirve para atraer a los mosquitos, y lo hará en mayor o menor medida en función de sus características y su cantidad en cada respiración.

–El grupo sanguíneo. Varias investigaciones recientes han llegado a la conclusión de que las personas con sangre del tipo O son estadísticamente más propensas a recibir picaduras, si las comparamos con los tipos A o B.

¿Si no veo mosquitos a mi alrededor puedo estar tranquilo?

Aunque no los veas, ellos te están viendo a ti desde muy lejos. Una mosquita puede localizarte a más de 50 metros de distancia y, si lo hace y le resultas atractivo, volará hasta posarse sobre tu piel y lograr un poco de tu sangre.

¿La ropa de color negro atrae a los mosquitos?

Verdadero. Aunque el 85% de las probabilidades de ser picado por un mosquito dependen de los factores ya explicados anteriormente, estos insectos tienden a sentirse atraídos por los colores de ropa oscuros y llamativos. Por el contrario, tienden a evitar los tonos más claros.

'MINICEREBROS' PARA LUCHAR CONTRA UN TUMOR INFANTIL LETAL

Oncología. El investigador Luciano Di Croce lidera desde Barcelona un prometedor proyecto contra uno de los cánceres cerebrales con peor pronóstico en los niños. Los organoides que ha desarrollado para investigar la enfermedad ya han permitido identificar dos posibles dianas a las que dirigir tratamientos

*Por **Cristina G. Lucio**. Fotografías de **Gorka Loinaz** (Araba Press)*



El mar es lo primero que ve Luciano Di Croce (Formia, Italia, 1969) cada día al llegar al trabajo. La ventana de su despacho en el Centro de Regulación Genómica de Barcelona (CRG) da directamente a la playa de la Barceloneta; una estampa de olas y arena muy similar a la que, desde la otra orilla del Mediterráneo, contemplaba de niño en su pueblo natal.

Di Croce creció en una pequeña localidad a medio camino entre Roma y Nápoles, «un lugar tranquilo, con influencia de las dos ciudades que ya los antiguos romanos elegían como ciudad de vacaciones». Allí su padre, un geólogo que enseñaba Matemáticas, le inculcó el amor por la Ciencia.

El científico italiano es hoy uno de los principales expertos en Epigenética y el líder de un prometedor proyecto contra el glioma difuso de línea media, un terrible tumor cerebral que afecta a los niños. Pero el camino que le llevó hasta el laboratorio no fue una línea recta. Porque en el bachillerato, en vez de Física, Química o Matemáticas, él estudió Latín, Griego, Filosofía y Arte... Optó por la formación clásica en lugar de seguir la rama científica. Y aunque pudo haber sido arqueólogo o filósofo, a la hora de pasar a la Universidad decidió matricularse en Biología.

«El primer año fue un poco más complicado, porque me faltaban algunos conocimientos. Pero en cuanto me puse al día me fue muy bien, incluso acabé antes de tiempo la carrera. Es lo que tiene haber lidiado con un texto en griego antiguo, tu cerebro se prepara para absorber lo que sea».

Los estudios clásicos, asegura, le han aportado dos perspectivas muy interesantes para hacer ciencia: «Por un lado la racionalidad, la necesidad de hacer las cosas de una forma estructurada y con calma. Y, por otra, haber estudiado toda la evolución de la Humanidad también da una motivación, una ilusión por seguir encontrando mejoras que puedan ayudar a las personas».

Ese es el objetivo que persigue su laboratorio con el glioma difuso de línea media, un terrible tumor cerebral infantil para el que no existe cura y que habitualmente resulta letal en solo unos meses.

Es un cáncer raro, que provoca al año entre 20 y 30 casos en España, y al que la industria farmacéutica apenas presta atención. Pero Di Croce se ha embarcado en una ambiciosa investigación para hacerle frente.

Además de desarrollar una estrategia de análisis que combina el estudio de la Epigenética y las proteínas del tumor, el equipo ha puesto en marcha un abordaje pionero en el campo. En colaboración con Jaume Mora, director científico del Centro del Cáncer pediátrico del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, su grupo ha desarrollado modelos de estudio a partir de muestras de pacientes que permiten analizar en el laboratorio el comportamiento de un tumor que es especialmente difícil de tratar, porque sus células malignas se infiltran y migran por todo el tronco cerebral.

En ese sentido, no solo han creado modelos de ratón de la enfermedad, sino que también han desarrollado neuroesferas –con células del propio paciente cultivadas de forma tridimensional– y, lo que es más innovador, una especie de minicerebros que permiten emular el ecosistema real en el que crece el tumor.

Di Croce muestra orgulloso estos organoides en el laboratorio, donde todos los cuidan con mimo. Porque en esas delicadas estructuras en miniatura, los científicos han sido capaces de reproducir el entorno del tumor y su crecimiento. Gracias a estos minicerebros, en los que han sembrado células del tumor procedentes de pacientes, los científicos han podido estudiar, de primera mano, cómo el tumor es capaz de diseminarse y migrar por un tejido previamente sano.

«Estos tumores no forman una masa, como sí hacen otros cánceres cerebrales como el glioblastoma, sino que se infiltran en el tejido. Por eso es un tumor que no se puede operar y que siempre ha sido difícil de estudiar», explica Di Croce.

El abordaje innovador de su grupo está permitiendo salvar ese escollo y ya ha hecho posible identificar dos posibles dianas terapéuticas a las que apuntar con tratamientos. De hecho, los primeros estudios que se han hecho en el laboratorio con inhibidores que actúan como un freno de esos mecanismos arrojan unos resultados muy prometedores.

Di Croce muestra con entusiasmo los datos en una serie de imágenes en las que las células tumorales pueden diferenciarse perfectamente del resto del minicerebro porque están teñidas de verde. En la





***ANÁLISIS.** Detalle de las células tumorales (marcadas en verde) en los minicerebros.*



pantalla se ve primero cómo el tumor empieza a crecer y a infiltrarse por el tejido, migrando prácticamente por toda la estructura y dejando marcas verdes a su paso. Pero, después, tras la administración del inhibidor, las imágenes muestran cómo las células malignas se van muriendo, de modo que, progresivamente, el color verde se borra de la pantalla.

«La primera vez que vimos ese efecto fue maravilloso», se emociona Di Croce al repasar la secuencia. «Fue un verdadero momento eureka», señala el investigador que, no obstante, enseguida recuerda que se trata sólo de un primer paso en una investigación que puede ser larga y, finalmente, infructuosa. No quiere crear falsas expectativas en los pacientes y subraya que, aunque esperan poder dar el salto a la fase clínica en unos años, todavía queda mucho por demostrar.

Esta línea de investigación, que Di Croce inició hace unos siete años, aúna gran parte del *expertise* que el científico italiano, afincado desde hace más de 20 años en Barcelona, ha acumulado a lo largo de su trayectoria. Experto en Epigenética, es uno de los científicos que mejor conoce el funcionamiento de la cromatina, la arquitectura genética que tiene una función fundamental en la expresión de los genes.

PIONERO. El investigador Luciano di Croce, en su laboratorio del CRG, en Barcelona.

Pero, además, también ha estudiado a fondo las proteínas del grupo Polycomb, que son claves para la expresión del ADN y a menudo se ven manipuladas por el cáncer. Y resulta que en la aparición del glioma difuso de línea media ambos factores cumplen un papel fundamental, apunta.

«La investigación básica que habíamos estado haciendo durante todos estos años tiene un reflejo claro en este terrible cáncer infantil. Pero es que, además, el Hospital Sant Joan de Déu tiene uno de los mayores biobancos con muestras de pacientes y también un clínico, Jaume Mora, que es un experto a nivel mundial. Por todo esto, no podíamos dejar de estudiar este tumor», subraya. El centro en el que trabaja es, además, uno de los pocos que dispone de los distintos recursos tecnológicos que esta investigación necesita para avanzar, añade.

"La primera vez que vimos el efecto del inhibidor que investigamos fue maravilloso. Un momento eureka. Pero todavía falta mucho por demostrar"

"Con estos tumores cerebrales, el pronóstico de vida de los pacientes, que son niños, es de solo unos meses tras el diagnóstico. Queremos cambiar eso"

Los resultados positivos obtenidos hasta ahora en el laboratorio «nos estimulan a seguir», continúa Di Croce, que tiene siempre presente una frase que Mora le dijo al principio del proyecto: «Hoy en día, cuando la biopsia muestra que es un glioma difuso de línea media, tengo que decirles a los padres de ese niño que no hay nada que hacer y que el pronóstico de vida es de sólo unos meses. Tenemos que cambiar eso, tenemos que conseguir que eso deje de pasar».

Por el momento, el equipo avanza en el conocimiento del tumor y en las dos posibles dianas terapéuticas que ha logrado identificar. «La idea es poder tener disponibles dos líneas de ataque, porque, lamentablemente, lo que muchas veces pasa con el cáncer es que el tumor genera resistencias al tratamiento. Muta y deja de responder a la terapia que se está administrando. Si en lugar de a través de una línea puedes atacarlo desde dos, las posibilidades de que funcione a largo plazo son mucho más altas», expone.

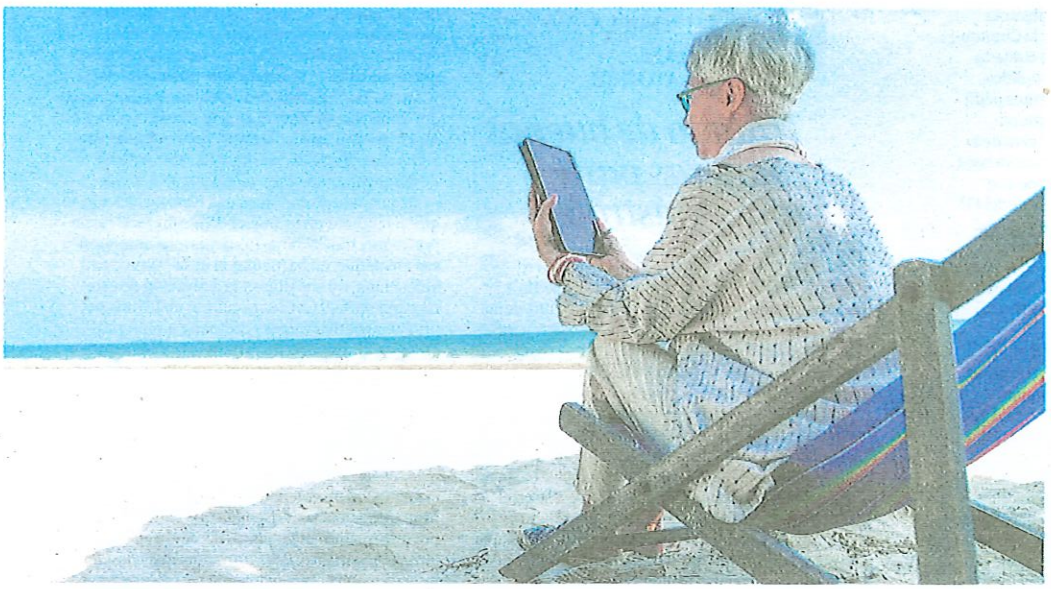
El investigador confía en las posibilidades del proyecto, pero echa en falta más recursos para poder impulsarlo. A día de hoy tiene el apoyo de la Fundación "la Caixa" y de FERO-Aladina, además del Ministerio de Ciencia, si bien el importe que recibe de este último «sigue siendo la misma cantidad de dinero que nos daba ya hace 20 años cuando la realidad es que hoy en día todo es más caro. Un experimento piloto con transcriptómica espacial, que es lo que te piden para cualquier publicación sólida en este campo, cuesta unos 25.000 euros», recuerda este científico, que aprendió de manera autodidacta a programar software y ha creado algunos programas útiles para su laboratorio.

Apostar por la Ciencia es apostar por el futuro, insiste. «Si no se apoya la investigación, corremos el riesgo de que finalmente sólo queden tres o cuatro centros, en Boston o en Cambridge, capaces de hacer investigación y de cuyos resultados dependa el resto del mundo», advierte Di Croce.

«Estamos viviendo un momento muy emocionante para la Ciencia, en la que se están abriendo nuevas posibilidades gracias a la inteligencia artificial y los múltiples avances tecnológicos, pero necesitamos inversión para seguir a la vanguardia», añade el científico, que fue uno de los primeros investigadores principales en incorporarse al CRG, en 2003, y acaba de ser nombrado vicedirector del centro. Siguiendo el ejemplo de los sabios renacentistas que tanto estudió en su adolescencia, subraya que las aspiraciones en Ciencia no deben tener límites. «Utilizamos mucho una expresión en inglés, *the sky is the limit*, para englobar esa idea de la libertad y la curiosidad que deben guiarla».

«Como investigadores nuestra curiosidad es infinita y queremos resolver todas esas preguntas que siguen sin respuesta», subraya el investigador, que recuerda que algunas de las principales innovaciones tecnológicas recientes nacieron gracias a un descubrimiento de Ciencia básica y cita el caso de las *tijeras* CRISPR, que ya están haciendo posible la edición del genoma y en cuyo desarrollo fue clave el hallazgo que hizo el español Francis Mojica estudiando un tipo de bacterias en las salinas de Santa Pola.

ATENCIÓN CONTINUADA



La salud también se cuida en verano: las patologías crónicas no se van de vacaciones

El cambio de hábitos en alimentación u horarios durante los periodos estivales supone un reto añadido para los pacientes con enfermedades cardiovasculares, respiratorias o renales. La atención continuada en vacaciones con herramientas digitales que acercan a profesional y paciente en cualquier lugar ayudan a evitar sustos innecesarios

Por UE Studio

Todos esperamos con ilusión la llegada de las **vacaciones de verano**, un periodo de descanso tan necesario como beneficioso que, cada año por estas fechas, interrumpe la rutina de millones de personas. Sin embargo, esa misma ruptura que para muchos supone **bienestar y desconexión** puede convertirse en un **reto añadido** para quienes conviven con **enfermedades crónicas**, ya que su estabilidad depende en gran medida de hábitos cotidianos muy estructurados.

Tal y como explica el doctor **Nicolás Rhyman, especialista en Medicina Interna del Hospital Universitario Quirónsalud Pozuelo**, "viajar y descansar no representa un riesgo en sí mismo", pero "el cambio de horarios de medicación, alimentación o seguimiento médico" sí puede introducir una **"cierta vulnerabilidad"**, que conviene tener en cuenta para **disfrutar del verano con seguridad**.

La falsa sensación de "pausa médica", un riesgo invisible

El olvido o la interrupción de la medicación, los cambios en la alimentación, el calor o el esfuerzo físico son algunos de los **riesgos más comunes** a los que se enfrentan los **pacientes con enfermedades crónicas** durante la época estival. En cuanto a las **dolencias** que **más afectadas** pueden verse por las interrupciones en los cuidados, se encuentran las **enfermedades cardiovasculares y la diabetes**, además de las **afecciones renales, respiratorias o psiquiátricas**, entre otras.

Si hay un aspecto que merece especial atención durante las vacaciones, precisamente porque suele pasar más desapercibido, es la **falsa sensación de "pausa médica"**. El doctor Nicolás Rhyman describe la amenaza de que **"muchos pacientes retrasen analíticas o consultas porque 'ya lo verán a la vuelta'**: "Algunas enfermedades crónicas se descompensan de forma silenciosa y, cuando aparecen los síntomas, **puede que el problema lleve días o semanas evolucionando"**.

La planificación clínica

Nosotros podemos irnos de vacaciones, pero nuestras patologías no lo harán. Por eso, **también en verano** resulta fundamental mantener la **continuidad asistencial**, la **adherencia terapéutica** y el **seguimiento médico**, incluso cuando el paciente se encuentra bien y sin síntomas.

Como recuerda el doctor Nicolás Rhyman, una **buena planificación** previa al periodo vacacional puede **reducir "muchísimo" los riesgos en pacientes crónicos** durante el verano. "La clave es no improvisar. Un paciente bien planificado puede viajar y disfrutar de sus vacaciones con seguridad, pero conviene preparar el viaje con la misma naturalidad con la que se prepara el alojamiento o el transporte", enfatiza.

La consulta de siempre

En este sentido, el papel de la **accesibilidad y de las herramientas digitales impulsadas por Quirónsalud** resulta clave para garantizar el **acompañamiento continuo al paciente**, facilitar el contacto con los profesionales y evitar interrupciones en la atención. Todo ello contribuye a una **mejor evolución clínica y calidad de vida**.

Para **Francisco Perales, director médico de Hospital Quirónsalud Digital**, "la digitalización ha cambiado completamente las reglas del juego al romper la **barrera física entre el paciente y su atención sanitaria"**. Un claro ejemplo es el **portal del paciente MiQuirónsalud**, del que ya son usuarios activos **más del 70% de los pacientes** que se atienden en la red asistencial del grupo. En total, superá los **9 millones de personas en España**.

Ante cualquier imprevisto, la telemedicina se convierte en aliada gracias a la **Consulta Médica Inmediata**, disponible **las 24 horas del día, los 365 días del año**, que permite hablar con un médico por teléfono o videoconsulta en el momento en que surge cualquier necesidad. Además, el entorno digital MiQuirónsalud incorpora la herramienta **Urgencias Connect**, que agiliza la atención en Urgencias con una consulta digital previa, reduciendo esperas y mejorando el diagnóstico gracias al acceso inmediato al historial.

De este modo, una persona que está pasando el verano en otra comunidad o, incluso, fuera de España, puede seguir teniendo acceso a toda su historia clínica y a una comunicación directa con su médico. "No hace falta esperar a volver a casa ni buscar un centro médico n el lugar de vacaciones; **cada persona tiene a un profesional a un clic de distancia, esté donde esté"**, redunda Francisco Perales, que resume "en una palabra" el enorme salto de calidad que todo ello supone para los pacientes: **"Tranquilidad"**.

La **asistencia sanitaria ya no depende de un lugar físico**, sino de la **capacidad de ofrecer un acompañamiento continuo y personalizado**. "La verdadera transformación digital **no consiste en sustituir consultas presenciales por pantallas**, sino en lograr que el paciente nunca deje de estar acompañado", explica el director médico de Hospital Quirónsalud Digital. **Lejos de reemplazar las relaciones personales, la tecnología contribuye a enriquecerlas**: "Nos ayuda a estar más presentes y a dedicar más tiempo a aquello que aporta verdadero valor".

Un modelo asistencial proactivo

Durante décadas el modelo sanitario ha sido fundamentalmente reactivo. Hoy, gracias a herramientas como el **portal del paciente MiQuirónsalud** se avanza hacia un **modelo de acompañamiento proactivo y continuo**, que permite que no haya que esperar para detectar que algo no va bien. Un valor añadido que cobra **especial sentido en verano**, cuando muchos pacientes crónicos relajan sus rutinas de control.

En palabras del doctor Nicolás Rhyman: **"Las vacaciones no están reñidas con una enfermedad crónica**, pero sí exigen **sentido común**. Mantener la medicación, hidratarse bien, evitar los excesos, adaptar la actividad física al calor y consultar antes de hacer cambios son medidas sencillas que pueden **evitar** muchos **sustos"**.

EL RIESGO DE CÁNCER QUE ESCONDE LA CARNE PROCESADA

Análisis. Un estudio español pone el foco en los embutidos y las salchichas y vincula el aumento en el consumo diario de carne procesada con un mayor riesgo de desarrollar tumores esofágicos y gástricos

Por ***P. Jiménez*** *(Madrid)*

Son el plato estrella de las barbacoas y de los menús veraniegos: embutido, jamón, salchichas o beicon. Sin embargo, no solo dejan huella en el paladar, sino que un abuso de los mismos nos hace acumular más *papeletas* de dañar nuestro organismo. Un nuevo estudio europeo liderado por el grupo de investigación en Nutrición y Cáncer del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge y el Instituto Catalán de Oncología (IDIBELL-ICO) amplía la evidencia sobre la necesidad de moderar el consumo de carne procesada.

No es la primera vez que se pone el foco en las carnes ultraprocesadas: más que la carne en sí, a los expertos les preocupa su contenido en ingredientes artificiales y altos niveles de azúcar, grasa o sodio, que no se encuentran en una cocina casera. Y es esa composición nutricional y sus procesos de transformación los que influyen en la salud de cada uno de manera distinta.

Este trabajo –uno de los mayores estudios prospectivos del mundo en nutrición y cáncer, con más de 450.000 participantes europeos y un seguimiento medio de más de 14 años– proporciona datos a gran escala que amplían el espectro de evidencia en otros tipos de cáncer: según los resultados, por cada aumento de 30 gramos de carne procesada al día, el riesgo de adenocarcinoma gástrico aumenta un 9% y el de adenocarcinoma esofágico un 13%. «Estos resultados amplían la evidencia disponible sobre la relación entre la dieta y el riesgo de desarrollar cáncer y, por tanto, destacan la importancia de la alimentación en la prevención de los tumores», explica Paula Jakszyn, directora del estudio a través de un comunicado. «La generación de este tipo de evidencia contribuye a mejorar el conocimiento disponible en el campo de la prevención primaria y proporciona información relevante para orientar futuras recomendaciones de salud pública», añade.

Según su origen y procesamiento, la carne puede clasificarse en tres grupos principales: la roja, que incluye la de los grupos de mamíferos como la carne de vacuno, cerdo o cordero; la blanca, que se refiere principalmente a aves como el pollo o el pavo; y por otro lado, la procesada que es la que ha sido modificada, ya sea para mejorar su sabor o su conservación, mediante diversos mediante diversos mecanismos (curado, ahumado, salazón o adición de conservantes). En el análisis, se han observado resultados adicionales que deberán confirmarse, como una posible asociación entre el consumo de carne blanca y el riesgo de cáncer gástrico en ciertos subgrupos, especialmente en mujeres.



Un hombre asa salchichas en una parrilla durante un festival en Ontario. GETTY IMAGES

EL LABORATORIO QUE ESCONDE LA MUERTE DE UNA NIÑA CHINA

Experimento fallido. Una investigación revela que una menor de seis años falleció tras recibir una terapia génica en Shanghái. El suceso que ahora se examina nunca apareció en el estudio científico que impulsó el tratamiento

Por ***Lucas de la Cal*** *(Shanghái)*

Mei nunca llegó a cumplir los siete años. La pequeña, nombre ficticio con el que sus padres han pedido preservar su identidad, entró en marzo de 2025 en uno de los hospitales pediátricos más prestigiosos de Shanghai convencida de que comenzaba una aventura. Había metido en la maleta sus peluches favoritos, plastilina y una tableta cargada con capítulos de *Peppa Pig*. Les dijo a sus padres que parecía que se iban de vacaciones. En realidad, estaba a punto de convertirse en la primera persona del mundo en recibir una terapia de edición genética dirigida al cerebro.

Siete días después estaba muerta. Su fallecimiento nunca fue comunicado públicamente. Tampoco apareció reflejado en un artículo científico que meses más tarde presentaba este paso como un importante avance en la lucha contra las enfermedades genéticas raras. La tragedia permaneció enterrada hasta que una investigación conjunta de la revista *Science* y el portal especializado *Retraction Watch* reconstruyeron el caso a partir de documentos oficiales, registros hospitalarios, conversaciones grabadas por los padres y decenas de entrevistas. El resultado dibujaba un preocupante retrato sobre la falta de transparencia que todavía rodea a los ensayos clínicos de vanguardia en China.

La niña padecía el síndrome de Snijders-Blok-Campeau, una enfermedad genética extremadamente rara causada por una mutación en el gén CHD3, que provoca alteraciones en el desarrollo neurológico y se convierte en una discapacidad intelectual. Para Mei, sin embargo, la esperanza llegó envuelta en una promesa revolucionaria: corregir directamente el error genético en las células de su cerebro mediante una sofisticada técnica de edición de bases. El proyecto estaba liderado por Qiu Zilong, uno de los neurocientíficos chinos más reconocidos en el campo de las enfermedades del neurodesarrollo. Sus investigaciones situaban a China en la carrera mundial por desarrollar terapias genéticas personalizadas para niños con patologías raras, un terreno en el que Pekín le disputa liderazgo científico a EEUU.

Los padres de Mei abrazaron esa posibilidad. Durante casi dos años reunieron alrededor de seis millones de yuanes (cerca de 755.000 euros) de sus ahorros y de familiares para contribuir al desarrollo del tratamiento, convencidos de que ofrecían a su hija la única oportunidad de mejorar su calidad de vida. La terapia había superado experimentos en animales y el Hospital Xinhua de Shanghai autorizó un ensayo clínico tras la aprobación de su comité ético.



Sin embargo, según reveló *Science* y *Retraction Watch*, el comité nunca llegó a revisar el informe final de toxicidad en primates, donde ya aparecían daños hepáticos y renales significativos asociados al tratamiento.

Las consecuencias para los responsables por ahora han sido mínimas: el Hospital Xinhua fue sancionado con una multa de apenas 24.000 yuanes (unos 3.000 euros) por deficiencias en la supervisión del ensayo, mientras que el médico responsable recibió solo una amonestación. Y, por su parte, la familia no ha recibido ninguna compensación económica.

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA | Miércoles 29 de Julio de 2026. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA | AÑO CXIII. Número: 19679

El paro desciende en Soria un 30% y se reduce la tasa al 6,3%

La provincia registra 2.800 desempleados en el segundo trimestre del año, según la EPA, 1.200 menos que en el primero ● La tasa de actividad se sitúa en el 55,5% con 40.600 ocupados

MILAGROS HERVADA SORIA

Soria registra 2.800 parados en el segundo trimestre del año, según los datos de la Encuesta de Población Activa, EPA, un 30% menos que en el primero. De este modo, la tasa de desempleo se coloca en un 6,3%, una caída desde el 9,3% anterior, lo que pone a la provincia como la segunda más baja de Castilla y León. En lo que concierne a la ocupación, en Soria se contabilizan 40.600 ocupados, un incremento de 1.300 personas con respecto al último dato de enero a marzo (un 3,2% más). La tasa se coloca en el 55,5%.

Pág. 3

CONSEJOS DE LOS OFTALMÓLOGOS POR PROTECCIÓN ANTE EL ECLIPSE

«Nos podemos estar quemando la retina y no sentir ningún dolor», advierten los oftalmólogos ante la inminencia del eclipse solar que en Soria se verá durante más tiempo por su posición geográfica. Avisan de la importancia de proteger los ojos con gafas y filtros para telescopios homologados para evitar la retinopatía solar, una lesión que se produce al mirar al sol, tanto directamente como durante un eclipse, y que es irreversible. El jefe del servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Santa Bárbara, Carlos Hijar, explicó los consejos más prácticos en una sesión informativa de prevención sobre el eclipse, abierta a toda la ciudadanía, en el centro hospitalario. Los especialista también recomiendan hacer descansos durante el proceso del eclipse pues puede haber sobreexposición. Además, en la culminación total, la radiación solar es más fuerte y por lo tanto más peligrosa.

Pág. 7



MARI O TEJEDOR

El PP acusa a Antón de «doble cara» por pedir ayuda a la Junta con el tren

Le recrimina votar en el Senado en contra de iniciativas populares en favor del ferrocarril

SORIA

El senador y candidato del PP por Soria, José Manuel Hernando, acusó al alcalde, Javier Antón, de «doble cara» por pedir un tren directo con Madrid y un convenio con la Junta, en primer lugar porque es una línea interrumpida, con varios retrasos, y además por el papel que ha jugado el regidor, también senador, porque «recoge la antorcha del tren de Soria cuando como senador se ha ocupado de torpedear todas y cada una de las iniciativas planteadas por los senadores sorianos del PP en torno a las conexiones ferroviarias de la provincia».

Pág. 4



Asaja insta a tomar pruebas para reclamar tras prohibirse cosechar

SORIA

Asaja anima a los agricultores que iban a cosechar desde ayer en adelante a reunir pruebas ante una posible reclamación patrimonial a la Administración por el daño que les acarree el cumplimiento de la prohibición de la Junta de no realizar actividades de cosecha y empacado entre las 12.00 y las 20.00 horas desde el 28 hasta el 31 de julio incluidos. La Junta restringe el uso de maquinaria a menos de 400 metros de terreno forestal.

Pág. 5

CASTILLA Y LEÓN

El fuego da una tregua y permite realojar cinco municipios de Ávila con la ola de calor al acecho

VALLADOLID

El incendio de Burgohondo, en la provincia de Ávila, dio ayer una pequeña tregua que permitió a los servicios de extinción garantizar el realojo de cinco municipios de la provincia. Los trabajaos, sin embargo, se realizan a contrareloj con la amenaza de una nueva ola de calor que arranca hoy.

Págs. 9 y 10

El PSOE reitera su petición del parque de bomberos en Covaleda

Pág. 8

OTOÑO MUSICAL



Nakariakov, Paco de Lucía for Bing Band y Rodrigo Cuevas, en la 34 edición

Pág. 6

Los oftalmólogos avisan, el eclipse sin filtro quema la retina aunque no duela

Recomiendan hacer descansos durante el proceso pues puede haber sobreexposición / En la culminación total, la radiación solar es más fuerte y por lo tanto más peligrosa

MILAGROS HERVADA SORIA

«Nos podemos estar quemando la vista y no sentir ningún dolor», advierten los oftalmólogos ante la inminencia del eclipse solar que en Soria se verá durante más tiempo por su posición geográfica. Avisan de la importancia de proteger los ojos con gafas y filtros para telescopios homologados para evitar la retinopatía solar, una lesión que se produce al mirar al sol, tanto directamente como durante un eclipse, y que potencialmente puede ser irreversible para toda la vida, como destacó el jefe del servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Santa Bárbara, Carlos Hijar, en una sesión informativa de prevención sobre el eclipse, abierta a toda la ciudadanía, en el centro hospitalario.

«La lesión que puede aparecer por mirar el eclipse solar es una quemadura que no duele, porque la retina no tiene sensibilidad», explicó Hijar, poniendo de relieve que el síntoma de alerta natural del ser humano es el dolor «para avisarnos de que es un peligro», y si éste no existe las consecuencias son irremediables.

Si algo ha ido mal, los síntomas como visión borrosa en el centro, «una manchita», pueden aparecer incluso a las 24 ó 48 horas después. Ante eso, acudir a un especialista médico para intentar poner medicación, pero simplemente paliativa.

Hijar también indicó la importancia de colocarse las gafas antes de dirigir la mirada hacia el sol, para que la protección sea correcta, y hay que tener especial cuidado de que los niños lo hagan correctamente pues son el colectivo más vulnerable porque su cristalino, más transparente, deja pasar más la radiación.



Personal del servicio de Oftalmología comprueban la gafas homologadas. MARO TEJEDOR

La mesa informativa instalada en el hall del hospital forma parte de una campaña divulgativa hacia la ciudadanía que lleva a cabo la Junta de Castilla y León en Soria y que se ha complementado también con charlas en los colegios del personal de Atención Primaria, además de en el Hospital Virgen del Mirón y en las asociaciones de vecinos, como recordó la delegada territorial, Yolanda de Gregorio.

FARMACIAS

Asimismo, colabora el Colegio de Farmacéuticos de Soria, ya que en las farmacias, además de en las ópticas, es posible adquirir las gafas homologadas. Su presidente, Javier Alonso destacó: «Conviene hacer un poquito de descanso, no estar 20 minutos con las gafas del eclipse mirando al sol porque también puede haber sobreexposición. Mejor hacer un descansito de tres minutos. El eclipse va a durar desde las ocho menos cuarto hasta casi las nueve, y el total es minuto y medio, por lo que hay tiempo de sobra para poder disfrutar del eclipse con toda seguridad». Alertó igualmente de protegerse durante la ocultación del sol, porque se forma el llamado anillo de diamantes «y ahí la radiación solar es muy potente y hace más daño».

Llega a Soria la contaminación por partículas del incendio de Ávila

SORIA

La Consejería de Agricultura, Ganadería, Medio Rural y Política Ambiental informó de que se mantiene el episodio de contaminación por partículas en la provincia de Ávila y amplía su zona de influencia en la zona centro y este de Castilla y León en las provincias de Segovia, Soria y Valladolid, como recoge Ical.

El departamento que dirige Joaquín Antonio Pino recomienda tomar medidas de precaución ante las altas concentraciones de partículas como consecuencia de la meteorología prevista para estos días y de los incendios forestales en el sur de Castilla y León. Además, estas mismas condiciones afectarán a las concentraciones de ozono troposférico alcanzando niveles bastante elevados.

Los datos de la Red de Control de la Calidad del Aire de Castilla y León evidencian niveles elevados de partículas en la zona centro, sur y este de Castilla y León como consecuencia directa de las emisiones ocasionadas por los incendios forestales en el sur de la Comunidad y la meteorología. A su vez los modelos predictivos anuncian elevadas concentraciones de ozono troposférico en esas mismas zonas atribuibles a las mismas causas.

En este contexto, la Consejería de Agricultura, Ganadería, Medio Rural y Política Ambiental recomienda tomar medidas de precaución ante estas concentraciones elevadas.

El Procurador insta a analizar los estacionamientos y cumplir ratios para personas con movilidad reducida

El Consistorio, que ya se había reunido con asociaciones, aceptará la recomendación

J.A.C. SORIA

La capital cuenta con plazas de aparcamiento para personas con movilidad reducida y es sensible a las peticiones de instalación de estas reservas que facilitan la movilidad de personas con discapacidad. Otra cosa es el cumplimiento de los ratios normativos y el conocimiento detallado de la oferta y la demanda de estos estacionamientos. El Procurador del Común se fija en una actuación de oficio en esta realidad e insta al Consistorio de la capital a revisar la dotación de plazas con las asociaciones y crear las que sean necesarias para dar cumplimiento a las proporciones legales.

Si bien la institución que vela por los derechos de los administrados espera una respuesta por parte del Ayuntamiento a fecha de publicación de su informe anual, fuentes municipales expresaron que se aceptará la recomendación y que incluso ya había comenzado a reunirse con asociaciones para abordar la cuestión.

De manera general, el Procurador reconoce el esfuerzo de los municipios, «pese a los avances experimentados en esta materia, todavía la gestión del espacio público por parte de algunas administraciones locales no se corresponde plenamente con las necesidades de aparcamiento de las personas de este grupo social con limitaciones de movilidad». De esta manera, «son frecuentes las reclamaciones de la ciudadanía ante esta institución, e incluso las manifestaciones de colectivos representativos de la discapacidad en medios de comunicación pública, en defensa de su derecho a estacionar en automóvil en cualquier punto de las ciudades».

Y es que si bien los municipios manifiestas con políticas de discriminación positiva el interés por la materia, este grupo de población «suele enfrentarse a la insuficiencia de plazas de estacionamiento específicas en algunas localidades, limitando sus oportunidades de desplazamiento».

Tanto la normativa nacional como autonómica regulan esta clase de aparcamientos, de manera que establecen que se cree una plaza por cada cuarenta o fracción. Y una, en todo caso, cuando el número sea de diez. «El aparcamiento de los vehículos destinados a esta población se ha regulado, pues, desde una perspectiva de discriminación positiva, tanto desde el punto de vista de las plazas asignadas, como de las oportunidades de aparcamiento en zonas vedadas a otros vehículos o de la tarificación del mismo, con el propósito de buscar un mayor equilibrio en las condiciones de acceso de la población con discapacidad a los lugares, bienes y servicios, respecto al resto de la población», señala el Procurador en los argumentos de su resolución.

La institución ha indagado en las ciudades de Castilla y León y en el caso de Soria «se ha podido constatar la existencia de plazas de aparcamiento reservadas en distintos puntos o zonas de su ciudad para vehículos destinados al desplazamiento de personas con movilidad reducida. Sin embargo, de la información facilitada a esta institución no se infiere el cumplimiento de la ratio establecida legalmente o que exista una cobertura plena de las necesidades de estacionamiento de esta población».

Por ello reclama al Consistorio que «analice o estudie con más detalle la situación concreta de su municipio con el fin comprobar estas cuestiones y, de esta forma, responder, si fuera el caso, a las deficiencias o carencias que puedan existir en lo que a esta materia se refiere para garantizar el ejercicio del derecho a la movilidad segura y sin obstáculos». Para conocer la demanda es preciso «primero conocer las necesidades reales» del colectivo.

LOCOS POR CONSEGUIR LA CARA MASCULINA PERFECTA

Looksmaxxing. Mandíbulas más angulosas, ojos más simétricos, pómulos más marcados... Esta tendencia viral ha convertido el rostro varonil en un proyecto de optimización permanente

Por ***Susana F. Marimón*** *(Madrid)*

Hace no tanto, la receta para mejorar el físico era bastante sencilla: apuntarse al gimnasio, comer algo más sano y, con suerte, acordarse de echarse crema hidratante de vez en cuando. Hoy internet propone un camino bastante más ambicioso. TikTok está lleno de adolescentes que analizan el ángulo de sus ojos, comparan la longitud de su mandíbula con la de modelos profesionales, recomiendan masticar chicle durante horas para ensanchar el rostro o se graban golpeándose suavemente la cara con la esperanza de estimular el crecimiento del hueso. La belleza masculina ya no se cultiva: se optimiza. O, al menos, eso promete el *looksmaxxing*.

El término podría confundirse con otro de los miles de neologismos que nacen y mueren en internet. Pero detrás hay algo bastante más interesante; y oscuro. El *looksmaxxing* no consiste simplemente en verse mejor. Propone entender el atractivo como una suma de variables medibles, corregibles y, en teoría, mejorables. Como si el cuerpo fuera un personaje de videojuego y cada rasgo facial, una estadística susceptible de sumar unos puntos más. «Aunque la presión estética sobre los hombres siempre ha existido, nunca había tenido el alcance ni la intensidad que vemos actualmente», cuenta Lara Ferreiro, psicóloga y autora de *¡Ni un capullo más!: El método definitivo para quererte y encontrar a tu pareja perfecta.*

"Aunque la presión estética sobre los hombres siempre ha existido, nunca había tenido este alcance"

"Es muy peligroso transmitir el mensaje de que el atractivo físico depende únicamente del esfuerzo"

El concepto nació hace más de una década en foros vinculados a la llamada *manosfera*, especialmente en comunidades cercanas a los *incels* y a la ideología *blackpill*, donde la apariencia física se presenta como el principal factor que determina el éxito social y sentimental.

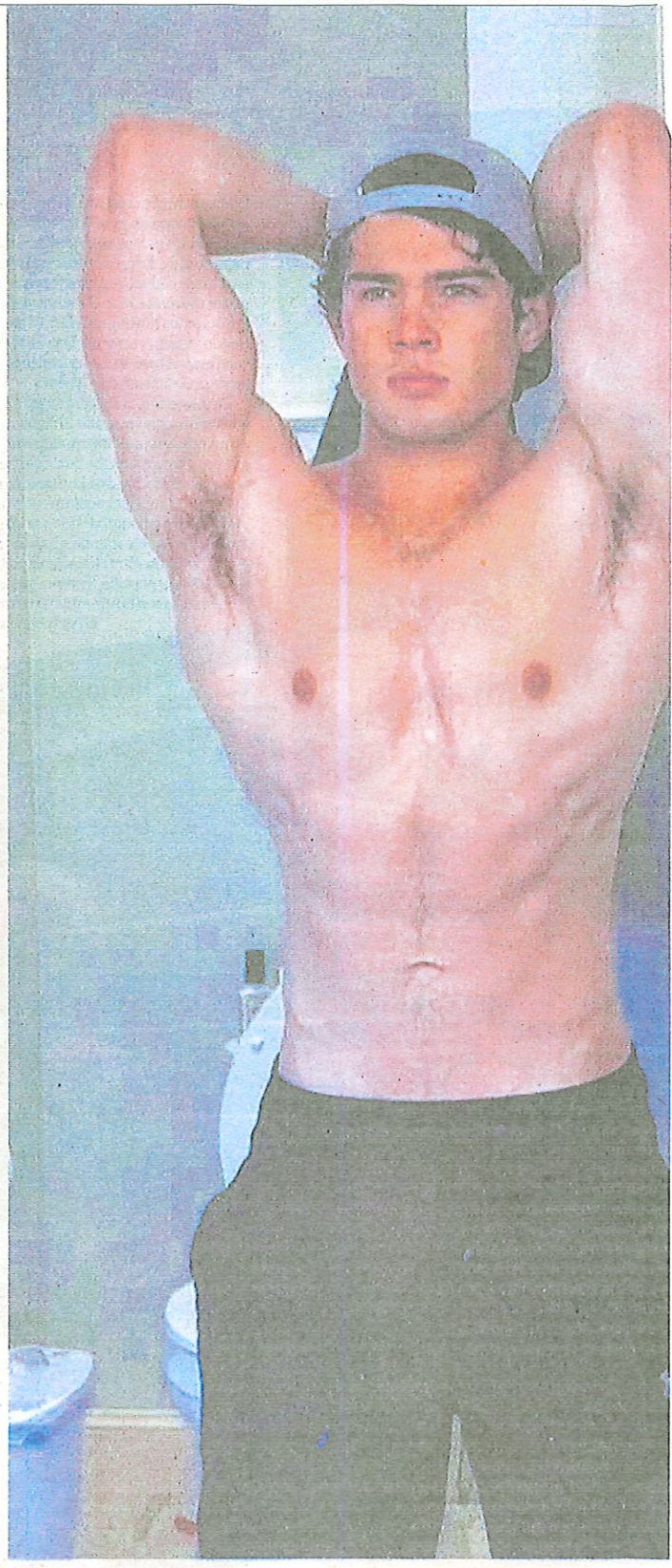
Por la consulta de Ferreiro pasan mares de jóvenes con problemas de todo tipo. Eso sí, Ferreiro ha notado un cambio drástico en las preocupaciones de los chicos jóvenes a los que atiende. Mientras que hace unos años los jóvenes solían acudir a consulta por ansiedad, baja autoestima o problemas de pareja sin que ese malestar estuviese necesariamente relacionado con su imagen, ahora «cada vez llegan más pacientes cuya principal preocupación gira en torno a su físico: la musculatura, el porcentaje de grasa, la mandíbula, la altura, el cabello o incluso pequeños detalles de su rostro».

El *looksmaxxing* distingue entre el *softmaxxing* –gimnasio, alimentación, cuidado facial o un mejor corte de pelo– y el *hardmaxxing*, donde aparecen rellenos, cirugías, operaciones para alargar las piernas o modificar la mandíbula y prácticas tan cuestionadas como el *bonesmashing*, que propone golpear el rostro para remodelar el hueso. No existe evidencia científica de que funcione. Pero, ¿y qué? Estamos en la era del algoritmo.

Basta una búsqueda rápida en TikTok para encontrar vídeos de adolescentes golpeándose la mandíbula con pequeños martillos de goma o herramientas similares con la esperanza de conseguir un rostro más anguloso. Los vídeos acumulan cientos de miles de reproducciones y presentan la práctica como un paso más dentro de la rutina de autooptimización masculina, pese a que, además, los especialistas advierten de que pueden provocar lesiones.

La escena resulta casi surrealista, pero resume hasta qué punto algunos jóvenes han asumido la idea de que cualquier rasgo físico puede (y debe) optimizarse.

Ferreiro habla sobre un fenómeno curioso: *el síndrome de la Barbie*. «Si una muñeca de silicona es perfecta, yo también puedo serlo», parece ser la mentalidad de un gran porcentaje de jóvenes. Este síndrome, cuenta la psicóloga, se entiende como un «miedo intenso e irracional a no ser lo suficientemente perfecto. Aunque no constituye un diagnóstico clínico oficial, muchas personas experimentan un nivel de autoexigencia tan elevado que viven cualquier imperfección física como un fracaso personal, lo que alimenta la ansiedad y la insatisfacción permanente».



El 'streamer' Braden Peters es el gran gurú del looksmaxxing en internet.

Entre las chicas arrasan Alorah Ziva, Ashley Dalton y That Girl Concept. A pesar del eco mediático de la reciente operación de la estrella brasileña del Real Madrid, Vinicius Jr., que ha querido realzar sus rasgos faciales mediante una mentoplastia –una intervención cada vez más demandada para mejorar el perfil y la armonía del rostro–, el gran referente masculino del *looksmaxxing* es el *streamer* Braden Peters (alias Clavicular).

El polémico creador de contenido, involucrado en un incidente con un arma de fuego en Florida y denunciado por cosificar a las mujeres cuando convocó un concurso para embarazar modelos, dedica sus publicaciones y retransmisiones casi exclusivamente a ofrecer consejos para la mejora del atractivo físico. En sus



vídeos analiza rostros de famosos y seguidores, explica conceptos como los *hunter eyes*, la armonía facial o el *canthal tilt*. También recomienda rutinas para maximizar la apariencia y comenta procedimientos estéticos con un lenguaje técnico que presenta el rostro como un conjunto de variables susceptibles de mejorarse.

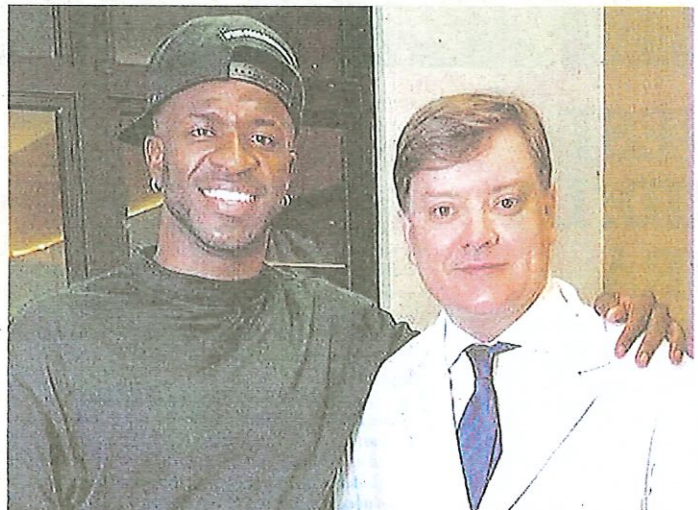
Basta con ojear durante unos minutos su perfil para encontrarse con títulos como *Cómo parecer más atractivo, Los errores que arruinan tu cara, El rasgo que tienen todos los hombres guapos*. O con una clasificación de famosos en función de su potencial estético. El formato recuerda al de un entrenador personal, pero los ejercicios del gimnasio han sido sustituidos por ocurrencias de inspiración espartana sobre la mandíbula, los pómulos y la simetría facial.

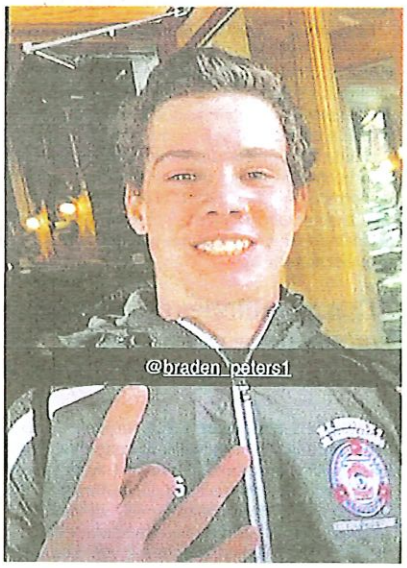
Esta cascada de términos, incomprensibles para la mayoría, le resultaba igual de confusa a Ferreiro, aunque el contacto prolongado le ha permitido familiarizarse con ella. El lenguaje, analiza, «nunca es neutro». «La forma en que una persona habla de su cuerpo influye en cómo lo percibe y se relaciona con él. Cuando un adolescente incorpora términos como *hunter eyes, facial harmony, glow up* o *mogging*, no sólo describe rasgos físicos: adopta una forma de entender la belleza casi científica, en la que el valor personal queda estrechamente ligado a la apariencia», cuenta.

El *looksmaxxing* ha desarrollado un vocabulario propio que convierte la belleza en una disciplina matemática. Ya no basta con decir que alguien es atractivo. Ahora se analiza la inclinación de sus ojos, la prominencia del arco superciliar, la proporción entre los tres tercios del rostro, la longitud del surco subnasal o la simetría facial... La conversación recuerda más a un plano arquitectónico que a una charla sobre estética. Nunca tantos adolescentes habían hablado con tanta soltura de antropometría sin haber abierto un manual de anatomía.

La cantidad de pacientes con inseguridades que emergen de este tipo de contenido, confirma la psicóloga, es apabullante. «Las inseguridades han cambiado mucho», explica. Y sigue: «Hace unos años la mayoría de los chicos se preocupaban principalmente por el peso o por tener un cuerpo más atlético. Hoy las preocupaciones son mucho más específicas y detalladas».

En ese universo también abundan términos que funcionan como categorías sociales. El *Chad* representa el ideal masculino prácticamente inalcanzable; el *Normie* es el hombre corriente; hacer *mog* significa superar físicamente a otro; la *blackpill* resume la creencia de que la genética determina por completo el destino sentimental de una persona. El atractivo deja de ser una percepción subjetiva para convertirse en una clasificación permanente, casi como una liga deportiva donde cada rostro ocupa un puesto determinado.





A la derecha, Braden Peters. Arriba, Vinicius Jr, junto al doctor Alessandro Alarcão, tras someterse a una mentoplastia. INSTAGRAM

El salto de estos códigos a plataformas masivas ha sido especialmente rápido. Un informe publicado por Ofcom recoge cómo muchos jóvenes llegan a este contenido a través de vídeos aparentemente inocentes sobre cuidado personal, ejercicio o moda masculina. El algoritmo se encargará del resto. Lo que empieza con una rutina de limpieza facial puede terminar, apenas unas semanas después, mostrando recomendaciones sobre cirugía mandibular, implantes de mentón o procedimientos experimentales para modificar la estructura del rostro. El recorrido no suele ser brusco; precisamente ahí reside parte de su eficacia.

La popularidad del fenómeno ha dado lugar incluso a una nueva generación de creadores especializados en evaluar rostros ajenos: Alpha M (Aaron Marino), Brad Mondo, 1stMan... Algunos acumulan millones de seguidores analizando fotografías de famosos o de usuarios anónimos, puntuando rasgos faciales y proponiendo mejoras concretas. El mensaje resulta seductor porque convierte algo tan incierto como el atractivo en una lista aparentemente objetiva de tareas pendientes. «Es un mensaje muy peligroso», advierte Ferreiro. «Que el atractivo físico depende únicamente del esfuerzo y que, si no alcanzas ese ideal, es porque no te has cuidado lo suficiente. Esa idea instala una sensación de insuficiencia permanente, porque siempre parece existir una nueva versión de uno mismo que hay que alcanzar».

Desde la Psicología se sabe, cuenta la experta, que este tipo de creencias favorecen el «perfeccionismo disfuncional y una autoestima condicionada». Así, la valía de uno acaba midiéndose en «cuánto consigue acercarse a un estándar estético que, además, es cambiante e inalcanzable».

Varios investigadores advierten de que el fenómeno va mucho más allá de una moda estética. Otro estudio publicado en 2025 en *Sociology of Health & Illness* analizó más de 8.000 comentarios publicados en una de las principales comunidades de *looksmaxxing*, con millones de visitantes mensuales. Los investigadores observaron una presión constante hacia la insatisfacción corporal, una normalización de procedimientos médicos cada vez más invasivos y una tendencia a presentar la cirugía como una consecuencia lógica del deseo de resultar más atractivo. El cuerpo deja de ser suficiente tal y como es: siempre aparece un defecto nuevo que corregir.

En cierto modo, el *looksmaxxing* representa una evolución de la cultura del bienestar que lleva años expandiéndose por internet. Si durante la última década el cuerpo femenino fue sometido a una vigilancia constante a través de filtros, rutinas de belleza y estándares imposibles, ahora una parte creciente del contenido dirigido a hombres aplica esa misma lógica sobre el rostro masculino. La diferencia es que el gimnasio ya no basta.

Más que de belleza, el *looksmaxxing* habla de una generación que ha aprendido a mirar su reflejo como si fuera un proyecto permanentemente inacabado. Porque internet ya no vende únicamente la posibilidad de reinventarse. Ahora también promete rediseñarse.

Ensayos 'in vitro' para evaluar la crema solar

La Comisión Europea respalda el uso de ensayos *in vitro* para evaluar el factor de protección solar de las cremas frente a las pruebas en humanos. El nuevo mecanismo elimina la necesidad de exponer a las personas a la radiación ultravioleta y consiste en aplicar el producto sobre dos tipos de placas acrílicas que reproducen una textura similar a la piel.



11

NUEVAS PATOLOGÍAS, como la espina bífida o el párkinson, se unieron la pasada semana al listado de supuestos que permiten acceder a la jubilación anticipada de las personas trabajadoras con discapacidad con un grado igual o superior al 45 por ciento.

ANESTESIOLOGÍA | UNA SOLUCIÓN QUE CAMBIÓ LOS PARTOS

LA EPIDURAL, UN INVENTO ESPAÑOL OLVIDADO

Fidel Pagés, un médico militar destinado en Melilla, ideó la técnica con el fin de reducir la mortalidad de la anestesia general, un hito por el que apenas ha sido reconocido

PAQUI SÁNCHEZ (EFE)

Hay inventos que transforman la vida de millones de personas y, sin embargo, apenas ocupan unas líneas en los libros de historia. Cada día, miles de mujeres dan a luz con anestesia epidural e innumerables pacientes afrontan intervenciones quirúrgicas con una técnica que reduce el dolor y los riesgos asociados a la anestesia general. Pocos saben que ese procedimiento nació en España hace más de un siglo y que fue concebido por un médico militar oscense destinado en Melilla. Su nombre era Fidel Pagés y, pese a haber revolucionado la medicina moderna, continúa siendo uno de los grandes olvidados de la ciencia española.

Así lo defiende el comandante médico retirado Ignacio Velázquez, presidente de la Fundación Andaluza del Dolor y responsable de la Unidad del Dolor del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, convencido de que Pagés «es el médico peor tratado en la historiografía médica del mundo».

Velázquez lo dice con conocimiento de causa tras casi 40 años estudiando la figura de Pagés, que descubrió cuando fue destinado en los años 80 a Melilla, lugar donde este médico militar ideó la que él denominó *anestesia metamérica* en 1921 buscando una menor mortalidad anestésica, que en aquellos tiempos era del 50 por ciento.

Pero, aunque ha cambiado de nombre y ahora todos la llaman epidural, la técnica sigue siendo exactamente la misma que Pagés plasmó en un artículo tras cosechar 43 casos exitosos, algo que hace más de un siglo era «verdaderamente llamativo», y que el médico militar consideró como «un buen inicio» para seguir experimentando en este campo.

No fue posible porque Fidel Pagés murió sólo dos años después en un accidente de tráfico, con apenas 37 años, cortando de raíz una prometedora carrera que ya entonces despuntaba, pues este contemporáneo de ilustres como Ramón y Cajal y Gómez Ulla era también médico de la Familia Real, de beneficencia y de la Plaza de Toros de las Ventas.



El descubrimiento del profesional oscense tardó 34 años en publicarse en una revista española pese a ser pionero.

A su muerte, noticia nacional que lloró todo el mundo por el trato humano del doctor Pagés, le siguió el olvido en el que cayó su labor porque su artículo no había sido traducido, lo que frenó su divulgación internacional, sumado al aislacionismo político español que vino posteriormente durante medio siglo, que tampoco facilitó las cosas.

Así es cómo la revolución de la anestesia epidural se quedó en el dique seco hasta que un cirujano de Módena, Achille Mario Dogliotti, publicó 10 años después su propio artículo con el título *Anestesia peridural segmentaria*, popularizando a nivel mundial esta técnica, hasta el punto de que adquirió su nombre, el *método de Dogliotti*.

Que nadie le rebatiera que la epidural la había inventado Fidel Pagés una década antes, ni siquiera cuando el médico italiano habló de su experiencia en el IX Congreso de Cirugía Internacional celebrado en Madrid en 1932, es para Ignacio Velázquez una de las grandes injusticias cometidas hacia el médico oscense, aunque no la única. Su artículo tardó 34 años en reproducirse en una revista española, pese a ser pionero e inventar una técnica que dura ya más de un siglo, siendo actualmente la única técnica anestésica que se aplica tal y como fue concebida por la claridad y el detalle con el que Pagés la plasmó.

> Un cirujano de Módena se apropió del estudio y lo popularizó a nivel mundial

ESCASO PRESTIGIO. A ello se une la falta de reconocimiento actual en España, donde apenas le han dedicado un sello de Correos en 2024 y sendas calles en Madrid; en Huesca, su ciudad natal, y en Melilla, donde ejerció como médico militar en sus tres grandes conflictos bélicos (1909, 1912 y el Desastre de Annual de 1921), además de en la Primera Guerra Mundial.

«Si Pagés fuera americano, hoy tendríamos una serie en Netflix dedicada a su vida y varios monumentos», asegura Velázquez.

NEUMOLOGÍA

El humo de los incendios puede afectar a las personas en zonas alejadas

EUROPA PRESS / MADRID

La neumóloga Laura Álvarez, especialista en el Hospital Universitario HM Montepríncipe, advierte de que el humo de incendios puede afectar a las vías respiratorias de personas que se encuentran en zonas alejadas del foco activo. Esto se debe a las partículas finas PM2.5, que son capaces de permanecer en suspensión y llegar a grandes distancias.

«Muchas personas creen que si no ven las llamas o están a varios kilómetros, no existe riesgo cuando en realidad las partículas pueden desplazarse y afectar a la calidad del aire en territorios alejados», indica la experta, quien precisa que la exposición a las mismas puede provocar distintos efectos en personas sanas.

«Tras la inhalación pueden producir inflamación de ojos, nariz, boca y garganta, pero también alcanzar los bronquios donde pueden desencadenar una respuesta cuyo impacto dependerá tanto de la intensidad como del tiempo de exposición», apunta.

INFECCIONES

La financiación global frente al VIH cae a su nivel más bajo en casi dos décadas

EP / MADRID

La financiación internacional para hacer frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha reducido un 18 por ciento, pasando de 7.700 millones de euros a 6.400 millones, lo que supone su nivel más bajo en casi dos décadas, según se desprende de un informe publicado por la ONU.

Junto a los problemas de financiación, el organismo advirtió de un «retroceso continuado» en materia de derechos humanos y «graves perturbaciones» humanitarias a escala mundial que pusieron aún más en peligro la respuesta al VIH.

ESPAÑA

España iguala el peor mayo-julio de la década en muertes por calor

Los más de 3.000 fallecimientos de este año duplican las cifras de 2025 y nos acercan al verano de 2022, el más mortífero hasta ahora

PILAR PÉREZ MADRID

Las elevadas temperaturas del último lustro llevan consigo un aumento de la mortalidad asociada a este incremento. Desde mayo a julio, España acumula 3.096 fallecimientos por exceso de calor, el doble que en 2025. Entonces, en el ecuador estival se registraban 1.481. El dato casi alcanza al verano más mortífero de la década hasta la fecha, a los 3.102 de 2022 en el mismo periodo. Esto deja entrever que se superará la cifra estival de 2025 (3.832), y podría batir el récord de 2022 (4.792). Aún está lejos de alcanzar al verano de 2003, considerado el verano más mortal del siglo con 6.534 muertes, 4.363 solo en el mes de agosto.

José Chen, investigador de ISGlobal y Lancet Countdown in Europe, manifiesta que «las muertes relacionadas con el calor ya igualan o superan el número de muertes por gripe durante el invierno, lo que requiere una respuesta proporcional. Deben tratarse como una emergencia de salud pública, movilizando recursos de todos los sectores para responder adecuadamente a ella».

Con los datos del Instituto de Salud Carlos III, a través del MoMo (Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria), se observa el impacto de las altas temperaturas. Desde la Agencia Estatal de Meteorología (Aemet) ya se han analizado los registros climáticos de los meses de mayo y junio, donde los termómetros ya marcan entre 1,4 °C y 3,2 °C de media por encima del promedio del período de referencia 1991-2020. Y, cada grado de más tiene repercusiones, ya que, según el Ministerio de Sanidad, el riesgo de mortalidad se eleva entre un 9,1% y un 10,7% por cada grado que se supera los umbrales de riesgo establecidos.

La sucesión de períodos de temperaturas elevadas es clave: la primera ola de calor de 2026 empezó el 21 de junio y duró cuatro días; la segunda se registró entre el 5 y el 9 de julio; la tercera, entre el 21 y el 23 de julio; y la última –hasta ahora la cuarta– arrancó el pasado miércoles 29 y hasta ayer. Este año, el registro de muertes ya fue elevado en mayo, cuando se llegó a los 123 fallecimientos, mucho más alto incluso que en 2022 (57). Las cifras de junio también alertaban del impacto del termómetro: 937, frente a las 407 de 2025 y las 828 de 2022. Las 2.036 muertes de julio no llegan a las 2.217 de 2022, pero el mayor peso de mayo y junio permite que el acumulado total de 2026 se equipare al de aquel año.

Las CCAA que más han lamentado la pérdida de vidas han sido Cataluña (676), País Vasco (344) y Andalucía (335). Mientras, Baleares no ha registrado ninguna. Las temperaturas más altas de junio se registraron en Lleida, donde se alcanzaron 42,9 °C el día 22, mientras que en Bilbao se midieron 42,7 °C el día 24. Chen apunta que no solo los grados del día influyen: «Esto significa que la exposición prolongada, tanto de día como de noche, es importante».

El número de noches en las que no se baja de los 20°C empieza a acumularse. La Aemet estima que se han cuadruplicado con respecto a las que había en los años 80 en las principales ciudades españolas. «Las temperaturas nocturnas afectan porque las personas carecen de una ventana de recuperación tras el calor diurno», cuenta Chen. Esto es perjudicial, sobre todo, para los adultos mayores y las personas con enfermedades crónicas. «En las ciudades costeras mediterráneas, este riesgo suele verse amplificado por la humedad y el efecto isla de calor urbana, que puede mantener los barrios más cálidos hasta bien entrada la noche», añade Chen.

MEDIDAS PARA LA ADAPTACIÓN CLIMÁTICA

«El continente europeo se está calentando el doble de rápido que el resto del mundo», advierte Chen. Por ello, exige a los gobiernos acciones sólidas de adaptación para afrontar las olas de calor, «incluyendo planes de adaptación al calor y la salud, mejoras en infraestructuras y planificación urbana», añade.

Aquí, Fluixá enumera una lista de necesidades: «Las medidas más eficaces son las que combinan salud pública (contaminación atmosférica), atención sanitaria (reforzar la primaria y atención urgente, incrementar seguimiento de pacientes en domicilio, implantar protocolos específicos de golpe de calor y deshidratación), urbanismo (arbolado, cubiertas, aislamiento de viviendas) y protección de las personas vulnerables (personas mayores y/o con enfermedades crónicas, aclimatación en deportistas...)».

El investigador del ISGlobal argumenta que «la mortalidad relacionada con el calor no solo está impulsada por la temperatura absoluta alcanzada, sino también por la prolongación de la exposición al calor, la fisiología y el comportamiento de una población determinada, así como por el nivel de infraestructuras y urbanización».

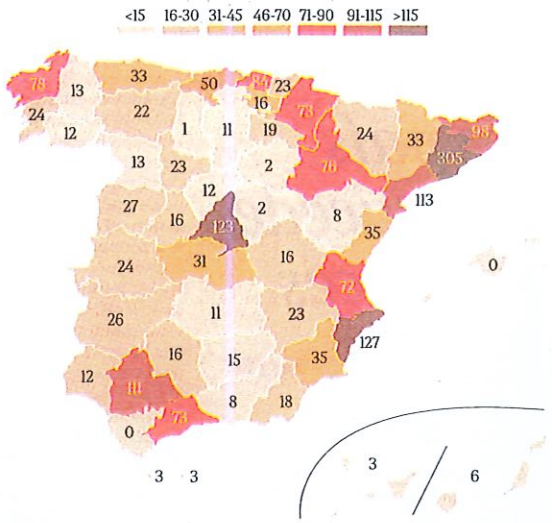
Aquí, Carlos Fluixá, miembro del Comité Editorial de la Guía Terapéutica de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), explica que «las muertes por calor son principalmente consecuencia de las altas temperaturas, pero no se explican únicamente por el estrés térmico». Si bien aumentan mucho cuando el calor «coincide con niveles elevados de contaminación atmosférica, especialmente ozono y partículas», incide Fluixá, quien detalla que «estos eventos compuestos tienen un impacto mucho mayor sobre la mortalidad que cada factor por separado».

De hecho, Julio Díaz, profesor de investigación y codirector de la Unidad de Referencia en Cambio Climático, Salud y Medio Ambiente Urbano del Instituto de Salud Carlos III, apunta que un 18% de las muertes en esta época tienen su origen «en los efectos potenciadores que el calor provoca en la contaminación». Con motivo de una sesión informativa de *Science Media Center*, Díaz indicó que las medidas de salud pública contra el calor, «deben tener en cuenta los efectos en los sistemas respiratorios y cardiovasculares de los niveles de determinados compuestos en las grandes ciudades». Fluixá, que ejerce en el Centro de Salud Santa María del Camí, de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, describe a los más vulnerables: «Una persona mayor, frágil y con enfermedades crónicas, cuya situación clínica se descompensa durante varios días de calor intenso».

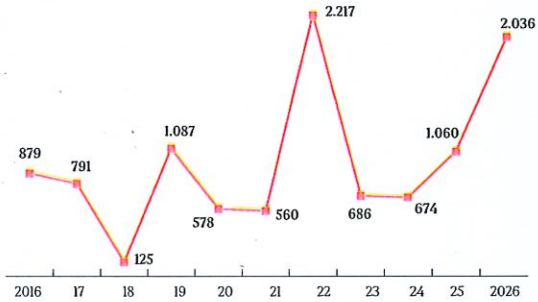
El 96% de las muertes del mes de julio corresponde a mayores de 65 años. El 30% de esta población consume cinco o más medicamentos crónicos al año, proporción que se eleva al 45% en el grupo de 85 a 94 años. Esto es clave porque hay fármacos que distorsionan las percepciones: menos sensación de sed, disminuye la sudoración, se reduce la capacidad de disipar calor o se favorece la deshidratación. Entre ellos, «diuréticos, anticolinérgicos, neurolépticos y antihipertensivos», enumera Fluixá.

EL MES DE JULIO DEJA 2.036 FALLECIDOS POR LAS ALTAS TEMPERATURAS

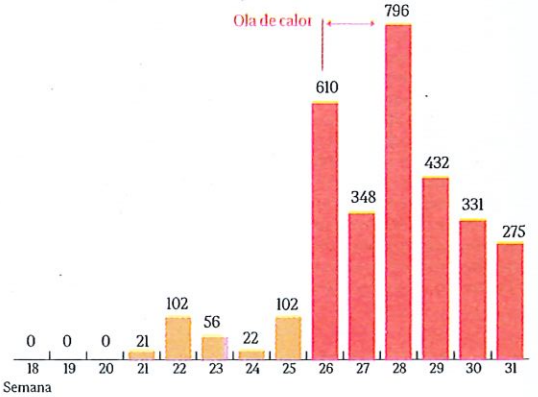
MUERTES POR CALOR EN JULIO DE 2026



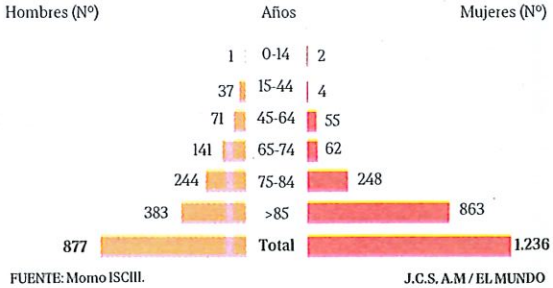
EVOLUCIÓN DE DEFUNCIONES EN EL MES DE JULIO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS



DEFUNCIONES EN ESPAÑA POR SEMANAS



VÍCTIMAS MORTALES SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD



FUENTE: Momo ISCIII. J.C.S. A.M / EL MUNDO

ASÍ SUSTITUYE LA INDUSTRIA EL AZÚCAR EN MILES DE ALIMENTOS EN NUESTRO PAÍS

Radiografía. Un estudio liderado por el CIBEROBN analiza más de 2.400 productos y revela el auge de los edulcorantes en dulces, postres y procesados

Por ***Covadonga Díaz***

Cada vez es más habitual encontrar productos *zero*, sin azúcares... En los etiquetados aparecen nombres de sustitutos del azúcar como acesulfamo K, sorbitol, sucralosa y aspartamo. Esto lleva a un uso de edulcorantes bajos y sin calorías (LNCS, por sus siglas en inglés) cada vez mayor. Este aumento en los últimos años en España responde, entre otros factores, a la reformulación de alimentos y bebidas para reducir su contenido en azúcares. Ahora, un trabajo español refleja novedades significativas en las pautas de la industria.

Saber qué alimentos tienen estos ingredientes es importante para los consumidores de cara a una toma de decisiones alimentarias más informada, sobre todo en personas que buscan controlar su ingesta de azúcares o que presentan necesidades dietéticas específicas. Para las autoridades sanitarias es clave para tener una visión actualizada de las tendencias de uso de los edulcorantes, lo que puede contribuir al seguimiento de la reformulación de alimentos, a la evaluación de las prácticas de etiquetado y al desarrollo de futuras políticas nutricionales.

La investigación, llevada a cabo por personal investigador del área de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición del CIBEROBN –liderado por el grupo de María Puy Portillo, de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y directora científica del CIBEROBN–, ha servido para actualizar la información sobre la presencia de edulcorantes bajos en y sin calorías en los alimentos y bebidas comercializados en España.

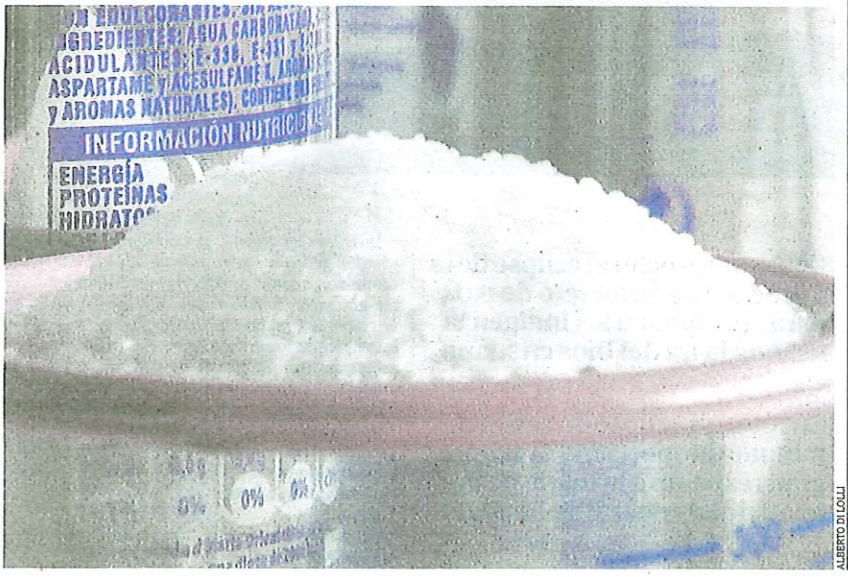
El estudio se ha desarrollado en colaboración con la Sociedad Española de Nutrición (SEN) y ha contado con la participación de tres grupos del CIBEROBN pertenecientes a la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), al Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) y a la Universidad Politécnica de Madrid (UPM).

El trabajo, publicado en *Journal of Food Composition and Analysis*, ha incluido el análisis de alimentos y bebidas representativos del 85 % del mercado español, con la identificación de la presencia de uno o más edulcorantes bajos en calorías y sin ellas autorizados en la UE en 2.469 alimentos y bebidas, lo que pone de manifiesto su uso habitual por parte de la industria alimentaria en las diferentes categorías de alimentos y bebidas, explica María Puy Portillo.

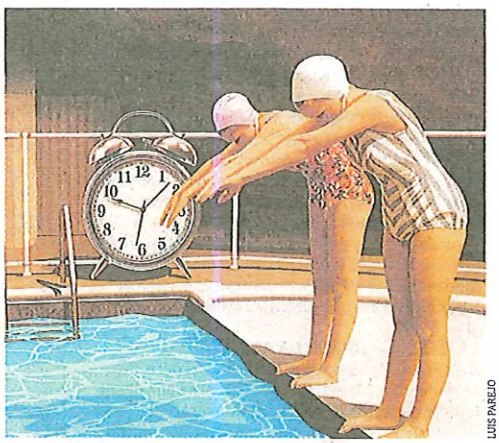
Además, puede interpretarse como un indicador de la reformulación que se ha llevado a cabo en los productos alimenticios por parte de la industria alimentaria en los últimos 15 años. «En el contexto europeo, muchas empresas han sustituido parcial o totalmente los azúcares añadidos por edulcorantes para reducir el contenido energético o cumplir objetivos de reducción o eliminación de azúcares en la alimentación». La presencia de LNCS en casi 2.500 productos certifica su uso habitual por parte de la industria alimentaria en las diferentes categorías de alimentos y bebidas, según detalla Puy Portillo.

Esta radiografía también muestra cambios en el tipo de edulcorantes utilizados. El acesulfamo K se convierte en el más empleado en los productos analizados –sustituyendo al sorbitol–, seguido de la sucralosa y el aspartamo. «La reformulación de los alimentos modifica el perfil de edulcorantes usados en distintas categorías de productos», apunta Asier Léniz, primer autor del estudio.

También se ponen de manifiesto cambios respecto a investigaciones previas, realizadas en los últimos ocho años. Mientras que la categoría de refrescos se mantiene como principal y concentra el 36,65 % de los productos con estos ingredientes, «barras de chocolate y confitería, coberturas dulces y postres» pasa a ocupar el segundo lugar, sustituyendo a los zumos y néctares de frutas. Esto indica que el empleo de los sustitutos se está extendiendo más allá de las categorías tradicionales, como las bebidas, señala la experta, e indica una evolución de las estrategias de reformulación dirigidas a reducir o eliminar el contenido de azúcares en un espectro más amplio. «Esto puede tener relevancia desde el punto de vista de la exposición. Si los LNCS están cada vez más presentes en alimentos y bebidas de consumo cotidiano, y no solo en bebidas, las fuentes potenciales de exposición se diversifican».



ALBERTO DI LOLLI



LUIS PAREJO

ENFERMERA SATURADA

QUÉ HAY TRAS EL MITO DE ESPERAR DOS HORAS ENTRE LA COMIDA Y EL CHAPUZÓN

Prevención. La idea de no meterse en el agua hasta hacer la digestión viene de principios del siglo XX, pero la realidad médica no lo sustenta y advierte de que el verdadero peligro es la hidrocución

No hay verano en el que no se repita la misma escena, ya sea en el *camping*, en la playa o en la piscina municipal. Una familia termina de comer, los niños salen corriendo de inmediato hacia el agua y algún familiar pronuncia la frase «todavía no, que hay que esperar a hacer la digestión».

El origen del mito

El mito de esperar dos (o tres) horas para poder bañarse nació a principios del siglo XX, impulsado por manuales de seguridad y primeros auxilios para familias y jóvenes, que advertían de que nadar con el estómago lleno provocaba accidentes en el agua debidos a calambres o «parálisis», ya que durante la digestión una gran cantidad de sangre se dirigía al aparato digestivo y apenas quedaba para los músculos. Para evitarlo, proponían esa regla.

La realidad médica

Es cierto que después de comer nuestro cuerpo aumenta el flujo sanguíneo hacia el sistema digestivo para realizar la digestión y absorber los nutrientes, pero eso no significa que el resto de los órganos y tejidos del cuerpo dejen de funcionar con normalidad. Hay sangre suficiente para todo, se puede nadar suavemente, caminar o realizar actividades físicas moderadas sin ningún problema mientras se está haciendo la digestión.

El verdadero peligro: la hidrocución

Cuando hablamos de verano, calor y baño, el verdadero peligro es el choque térmico. Ese *shock* por la diferencia brusca de temperatura es el que sí nos puede costar la vida. Pongamos que llevamos una hora tumbados sobre la toalla a pleno sol, a unos 35º C, y de pronto nos zambullimos en el agua de la piscina que puede estar a unos 20º C. Por ese cambio tan brusco de temperatura en apenas segundos podemos sufrir mareos, alteraciones del ritmo cardiaco o una pérdida de conciencia... y si nos desmayamos estando en el agua, llega el ahogamiento.

Lo que sí hacer antes del baño

Para no sufrir problemas digestivos ni desmayos es fundamental entrar al agua poco a poco, adaptando nuestro cuerpo al cambio de temperatura de forma progresiva, mojando primero manos, nuca y pecho. No realizaremos ejercicio físico intenso inmediatamente después de comer y evitaremos el consumo de alcohol antes del baño.

La prevención, «clave» para poner coto en los contagios en las guarderías

El estudio del equipo dirigido por el pediatra Rafael Peñalver ha recogido datos de una veintena de guarderías y unos 400 niños durante dos cursos completos

IRENE LLORENTE YOLDI SORIA

El estudio sobre los contagios en las guarderías impulsado por el pediatra Rafael Peñalver confirma un «descenso significativo» de las infecciones en los centros infantiles donde se ha llevado a cabo una intervención mediante el refuerzo de las medidas preventivas de un curso para otro, sobre todo en el aula de cero a un año, donde se registran menos otitis y menos fiebre sin foco.

Para conocer los resultados de este proyecto que lleva por título 'Incidencia y factores de riesgo de enfermedades infecciosas en escuelas de Educación Infantil de la provincia de Soria', se han recogido datos de una veintena de guarderías y unos 400 niños durante dos cursos completos (2023-2024 y 2024-2025), a raíz del incremento de infecciones entre los más pequeños que los sanitarios constataron en el invierno de 2023, con derivaciones incluso a la UCI pediátrica de Burgos.

El objetivo del equipo de Peñalver, formado por cinco pediatras, tres médicas de familia y dos enfermeras, era reducir al máximo los contagios entre los más pequeños mediante la realización de un protocolo. Y es que hasta la fecha no existen estudios que analicen la incidencia de infecciones en la provincia de Soria. Tampoco se han realizado estudios en los que se evalúe el impacto de establecer una formación reglada en el profesorado y los padres de los alumnos para prevenir los diversos tipos de infecciones más frecuentes. Otros informes sí evalúan la eficacia de una medida aislada o en situaciones muy concretas o periodos muy cortos, pero no se han encontrado estudios que evalúen la eficacia de introducir un conjunto de medidas simultáneo en los centros educativos.

Los sanitarios participantes en el estudio constataron que del primer año al segundo las infecciones bajan en general en todas las guarderías, ya que hay años con menos infecciones y otros con más, lo que dificulta la interpretación de los resultados.

Sin embargo, el estudio confirma que subieron las visitas a Urgencias, que según Peñalver puede deberse a que las infecciones, aunque menores en número, han podido ser más graves o que se hayan registrado en niños más pequeños, por ejemplo. «Tampoco se puede valorar si la intervención con las medidas de higiene y demás preventivas fue eficaz. Es decir, no podemos decir que ese descenso de infecciones sea por la intervención».

«Sí que el resultado da una mejoría del número de infecciones en los centros con intervención respecto a los de sin intervención, sobre todo en las aulas de cero a un año, con reducciones en infecciones por contacto, en días de antibiótico, visitas a Urgencias y uso de recursos, pero en la de uno a dos años no es clara la mejoría y en la de dos a tres años es al revés», sostiene el pediatra, quien lo vincula con el hecho de que los niños más pequeños se ponen malos muchas más veces que los de dos a tres años en los centros infantiles. «Y ahí se puede observar mejor el efecto de la intervención».



Centro infantil Gloria Fuertes de Soria, uno de las participantes en el estudio. HDS

También se ve una reducción global de todas las infecciones en los centros con intervención en el primer trimestre del curso, de septiembre a noviembre, que luego aumenta en el segundo trimestre, mientras que en el tercero no queda claro.

Comparando las tasas estimadas por periodo y curso se registran más infecciones totales, subtipos, visitas a pediatría y urgencias de septiembre a noviembre que de diciembre a febrero, si bien en el registro se plasma que se pierden días de vacaciones. «En los días de antibiótico el periodo diciembre a febrero es claramente superior, pero el uso de recursos en global es mayor de septiembre a noviembre».

Uno de los problemas que han tenido en el estudio es que se han quedado algo escasos de sujetos participantes, sin olvidar la dificultad para la recogida de los datos. En este sentido, han observado inconsistencia en los diagnósticos percibidos por parte del profesorado y un descenso generalizado de infecciones de una temporada a otra, lo que dificulta la capacidad para detectar diferencias. «Al tener pocos niños y pocas guarderías, y además se reducen de un año a otro, necesitas que el efecto sea muy fuerte para que se detecte en los números. Si además las infecciones bajaron de forma global entre el primer curso y el segundo, es aún más difícil demostrar el efecto de las intervenciones».

Pese a esto, el equipo de Peñalver concluye que las intervenciones realizadas «tienen constatada evidencia para reducir las infecciones en las escuelas de educación infantil». En su muestra no han logrado detectar ese efecto más que en los alumnos de 0-1 años y sobre todo en los meses de septiembre a noviembre, probablemente por las limitaciones mencionadas. «Este descenso permitió reducir las infecciones en el grupo de edad que más enfermedades padece en la guardería, además de ser el más vulnerable. Al reducir sus infecciones, se reduce también el uso de recursos sanitarios, como visitas al pediatra, urgencias, uso de antibióticos...».

Por ello, «los profesionales sanitarios seguimos recomendando encarecidamente las medidas realizadas en la intervención, tales como lavado de manos, ventilación frecuente, fomento de actividades al aire libre o respetar los periodos de aislamiento domiciliario, entre otros».

En el primer curso del estudio también se demostró que los centros infantiles donde hay más de un 50% de docentes vacunados de la gripe registran una disminución significativa de las infecciones respiratorias entre los alumnos.

Reconoció Peñalver que el equipo esperaba «más diferencia en cuanto a que las medidas que ya se sabe que previenen infecciones redujesen más los contagios en las guarderías». A su juicio, «sí parecen útiles, pero no descienden con tanta contundencia en nuestra muestra como en estudios previos» que ya están publicados.

PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN 2023 DE LA GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA

En 2023 la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria distinguió el proyecto impulsado por Peñalver con el premio de Investigación. Y a finales de 2024 en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), con el fin de darlo a conocer a la comunidad pediátrica y que pueda así 'exportarse' a otras provincias.
Lo cierto es que el proyecto tiene una aplicabilidad inmediata una vez analizados los resultados, algo que pusieron de manifiesto durante la presentación en el Congreso de Valencia para que pueda ser de utilidad para la comunidad pediátrica en todo el país. Porque hasta la fecha no existían estudios que analizaran la incidencia de infecciones en la provincia de Soria.

La profilaxis frente al Sida beneficia a 19 personas en la provincia

SORIA

La profilaxis preexposición (PrEP) frente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha beneficiado a 913 personas en Castilla y León desde su implantación en noviembre de 2019, con un aumento en los últimos tres años en los que la comunidad ha sumado 441 usuarios de ese tratamiento preventivo, que suponen un repunte de cerca del 94% desde mediados del 2023. En el caso de Soria ascienden a 19 personas.

Estos datosconfirman la progresiva implantación de una herramienta considerada clave para reducir nuevas infecciones por VIH. Si en junio de 2023 el programa acumulaba 472 beneficiarios, tres años después la cifra se sitúa en 913, lo que supone 441 usuarios más y un crecimiento cercano al 94%. Valladolid a la cabeza con 253 usuarios.

La provincia de Valladolid lidera el número de personas incluidas en el programa con 253 usuarios, seguida de Salamanca, con 173, y Burgos, con 153. León ocupa el cuarto lugar de la comunidad con 124 beneficiarios, mientras que Segovia registra 76, Palencia 41, Ávila 38, Zamora 36 y Soria, los citados 19. Los datos también reflejan cambios significativos respecto al balance conocido en 2023.

La información de la Junta actualiza la fotografía de una prestación sanitaria que ha ganado peso en Castilla y León durante los últimos años. El crecimiento registrado desde 2023 apunta a una mayor implantación de este tratamiento preventivo en la comunidad y a una ampliación progresiva de su alcance entre las personas con mayor riesgo de exposición al VIH.

La PrEP consiste en la administración de fármacos antirretrovirales a personas que no tienen VIH pero presentan un elevado riesgo de contraer la infección. La combinación autorizada en el Sistema Nacional de Salud se basa en tenofovir disoproxil fumarato (TDF) y emtricitabina (FTC) en una única pastilla que, tomada una vez al día y con una correcta adherencia al tratamiento, presenta una eficacia cercana al 90% en la prevención del contagio. Su utilización requiere además un seguimiento médico continuado y un consejo preventivo reiterado para reducir riesgos y daños, por lo que los especialistas insisten en que no sustituye a otras medidas de protección, sino que forma parte de una estrategia integral frente al VIH.

CASTILLA Y LEÓN

4

SORIA

Sanidad privatiza 185 operaciones de trauma y ojos por 114.300 euros

Los pacientes que no quieran esperar podrán operarse en el Hospital Latorre en el caso de las cataratas y en el Sanatorio Sagrado Corazón de Valladolid para trauma

MILAGROS HERVADA SORIA

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria externaliza por importe de 114.300 euros un total de 185 operaciones de traumatología y oftalmología en centros privados, con un plazo de ejecución de cuatro meses.

La realización de procedimientos quirúrgicos de cataratas, con extracción y colocación de lente intraocular (LIO), se adjudicó a la empresa Eubelama SL, correspondiente al Hospital Latorre, por la cantidad de 68.600 euros. El contrato contempla la realización de un centenar de procedimientos quirúrgicos, que deberán realizarse en el plazo de cuatro meses.

El pasado mes de junio, la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria invitó al contrato a tres empresas que resultaron adjudicataria de uno de los lotes del Acuerdo Marco que determina la contratación de mercantiles externas para este tipo de operaciones. Finalmente resultó la más valorado el Hospital Latorre.

En el caso de la especialidad de traumatología, la adjudicataria es una clínica de Valladolid, Sanatorio Sagrado Corazón, que recibirá 45.700 euros para la realización de 40 procedimientos de liberación de túnel carpiano (22.782 euros), otros 20 de escisión de lesión de vaina de tendón de la mano (7.103 euros), y otros 25 para escisión de Hallux Valgus (15.815 euros). El plazo que tiene para hacerlo es de cuatro meses. El Sanatorio Sagrado Corazón resultó igualmente elegida como mejor oferta del resto de empresas invitadas al contrato.



El Hospital Universitario Santa Bárbara. MARIO TEJEDORS

El objeto de los contratos es conseguir la mejora y estabilización de las listas de espera quirúrgicas, dentro del Plan Integral de Reducción y Mejora de las Listas de Espera y Optimización de la Atención, orientado a incrementar la eficiencia de los recursos disponibles, reducir las diferencias existentes entre áreas de salud y garantizar una respuesta más homogénea, ágil y equitativa en toda la Comunidad Autónoma, prestando especial atención a aquellos procesos que requieren una actuación rápida por su gravedad, complejidad o impacto sobre la calidad de vida de las personas, avanzando en la implantación de tiempos máximos garantizados para determinados procedimientos. La tramitación de los expedientes se inició el pasado 19 de junio mediante solicitud de oferta a los adjudicatarios del acuerdo marco valorándose, además de la oferta económica, otros criterios como la proximidad geográfica, los recursos humanos aportados y la reducción de plazos en los procedimientos quirúrgicos.

El programa 'Cheque Comercio Rural' distribuirá 1,2 millones

VALLADOLID

La Junta de Castilla y León, a través de la Consejería de Industria, Universidades, Empleo y Comercio, presentó ayer la convocatoria del programa Cheque Comercio Rural, una iniciativa dotada con 1,2 millones de euros que busca apoyar al pequeño comercio de proximidad como elemento esencial para mantener los servicios básicos, favorecer la cohesión territorial y contribuir a la lucha contra la despoblación en las localidades del medio rural.

En la Comunidad existen 2.007 localidades con una población igual o inferior a 1.000 habitantes, de las que 974 carecen de cualquier establecimiento comercial. Asimismo, de las 1.282 las localidades con menos de 200 habitantes, 900 no disponen de ningún comercio. Con el objetivo de ayudar a revertir esta situación, la Junta ejecuta esta línea de ayudas específica para favorecer el mantenimiento y la modernización de los pequeños comercios del medio rural y facilitar la implantación de nuevos establecimientos.

El PSOE pedirá en las Cortes que la Junta «cumpla lo que se acuerda»

VALLADOLID

El Grupo Parlamentario Socialista presentará en los próximos días una iniciativa en las Cortes de Castilla y León, la 486 en los apenas tres meses y medio de legislatura, para tratar de obligar a la Junta a «cumplir lo que se acuerda en los plenos» por la mayoría de la Cámara.

Así lo anunció ayer la viceportavoz socialista en las Cortes autonómicas, Patricia Gómez, al señalar que la iniciativa que presentará su grupo tiene como objetivo, en esta ocasión, que la Junta devuelva «de oficio» el copago cobrado a los dependientes de grado 3 y sus familiares para «dar cumplimiento a la sentencia del Tribunal Supremo».

Se trata de una iniciativa que se aprobó «por la unanimidad parlamentaria» el pasado 17 de diciembre en las Cortes de Castilla y León y que trataba de evitar que los dependientes y sus familiares tuvieran que acudir a los tribunales a solicitar la devolución del dinero «que la Junta les había cobrado ilegalmente».

CASTILLA Y LEÓN

El calor acumula 232 muertes en el segundo peor verano de los últimos diez

● Salamanca, Valladolid y León concentran más de la mitad de los fallecimientos por altas temperaturas, que se disparan entre los grupos de edad a partir de 65 años y son más frecuentes en mujeres que en hombres

RICARDO GARCÍA VALLADOLID

El verano en Castilla y León ha estado marcado este año, prácticamente desde su inicio, por varias olas de calor casi consecutivas que han disparado los termómetros y elevado una de las peores estadísticas de la época estival: los fallecimientos por exceso de temperatura. Desde el 15 de mayo, en la Comunidad han muerto 232 personas por este motivo, lo que sitúa el presente año en el segundo peor de los últimos diez, solo por detrás de 2022.

Como es habitual, el Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MoMo) del Instituto de Salud Carlos III recoge las cifras de aquellas personas que han perdido la vida por causas vinculadas al exceso de temperatura, ya sea por frío en verano o por calor en invierno. Y en esta ocasión, el informe sitúa el intervalo que va de verano como uno de los peores para la comunidad castellana y leonesa en la época más reciente.

No en vano, esos 232 fallecidos que se han contabilizado entre el 15 de mayo, fecha que el Instituto de Salud Carlos III fija como inicio del verano por ser aquella a partir de la cual se ponen en marcha planes nacionales de actuaciones preventivas de los efectos del exceso de temperaturas sobre la salud, y el 2 de agosto, suponen una cifra inédita en la Comunidad desde 2022, que dejó un dato aún más trágico con 472 óbitos. Lo que va de verano supera, además, los 230 fallecidos de 2017.

Hasta lo que podría considerarse la mitad del periodo estival que contempla el MoMo y que va hasta el 30 de septiembre, las altas temperaturas han vuelto a situarse en Castilla y León como una causa importante de mortalidad. No solo eso, sino que en comparación con los registros de otros años resulta especialmente llamativo el de 2026, puesto que en 2018, por ejemplo, fueron solo siete los fallecimientos que hasta esta fecha tenía contabilizados el Instituto de Salud Carlos III.

En todo caso, el ejemplo de 2018 puede considerarse como algo excepcional, puesto que lo habitual es que a estas alturas del verano la mortalidad por exceso de altas temperaturas suponga algunas decenas de personas. Solo como contexto, la media de muertes por esta causa en los últimos diez años roza los 143, lo que al mismo tiempo supone que 2026 está siendo un año especialmente letal en este sentido.

Por otro lado, en el conjunto nacional, hasta este 2 de agosto, última fecha disponible en el MoMo, más de dos mil personas han perdido la vida por el calor excesivo. Concretamente, la cifra que arroja el Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria es de 3.201, lo que significa que Castilla y León representa solo una pequeña parte de la mortalidad que acumula todo el país.

En cuanto al perfil de las víctimas por el calor excesivo, en el caso de la comunidad castellana y leonesa predominan las mujeres y con una edad superior a los 65 años. Concretamente, según los datos que ofrece el Instituto de Salud Carlos III y consultados por este periódico, por las altas temperaturas han fallecido en lo que va de periodo estival 89 hombres y 142 mujeres, lo que sitúa a estas últimas como más sensibles a esta causa.

Por otro lado, también se pone de manifiesto que la edad es un factor determinante en este caso, puesto que del total de víctimas de la Comunidad, 145 tenían 65 años o más. Conviene señalar, no obstante, que las cifras que maneja el MoMo pueden incluir algún error que hace que no concuerden por completo, puesto que al sumar los hombre y las mujeres el resultado es de 231 víctimas, mientras que si se suman los fallecidos de cada provincia el resultado es de 233, aun cuando el dato global es de 232. En todo caso, y al tratarse de una variación mínima, sirve perfectamente para ofrecer una imagen fiable.

Por otro lado, otra de las lecturas que permiten los datos del Instituto de Salud Carlos III es acotar en que momento de lo que va de verano se ha identificado una mayor mortalidad por el exceso de calor. En este sentido, la semana 26 del año, comprendida entre el 22 y el 28 de junio, es la que hasta ahora peores datos arroja con 35 muertes. Le sigue de cerca, con 30 fallecimientos, la semana 28, en este caso comprendida entre el 6 y el 12 de julio.

Igualmente, descendiendo hasta los datos diarios, la peor jornada de este periodo estival fue 25 de junio, precisamente en medio de la semana con peores registros y en el que se contabilizaron hasta siete fallecidos por exceso de calor en solo 24 horas.

Frente al dato autonómico de fallecimientos por temperaturas excesivamente altas, en el reparto por provincias se puede ver un evidente desequilibrio entre algunas que acaparan buena parte de las estadística y otras que arrojan cifras prácticamente testimoniales. De hecho, en algunos casos una alta mortalidad por exceso de calor coincide con los territorios con más población de la Comunidad, como pueden ser Salamanca, Valladolid o León.

Sin embargo, también figuran algunas excepciones como la de Burgos, que pese a ser una de las provincias con más población de Castilla y León, sus datos de mortalidad por exceso de calor en lo que va de verano se sitúan incluso por debajo de otros territorios menos poblados, como Segovia e incluso Ávila. Además, como provincias con menor mortalidad de la tabla autonómica se sitúan Palencia y Soria, que apenas llegan a cinco óbitos en cada caso.

▶ÁVILA. En el caso de la provincia de Ávila, sus cifras de mortalidad por exceso de calor en lo que va de verano alcanzan las 24 personas, lo que la sitúa en la parte intermedia de la tabla e igualando el dato que arroja Zamora. En cuanto al reparto por sexos, en la provincia abulense está bastante igualado, con once hombres y tres mujeres fallecidas. Igualmente, y de acuerdo con la tendencia de la comunidad autónoma, los decesos se concentran en las personas de más de 65 años.

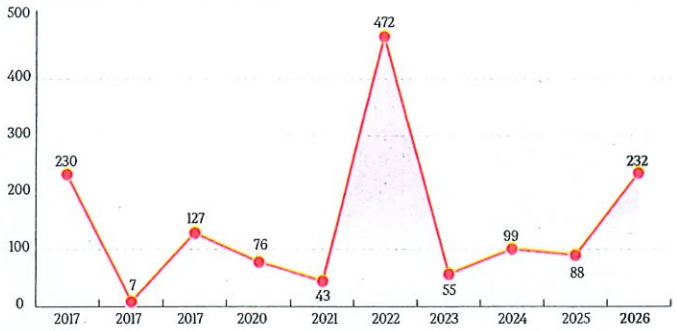
▶BURGOS. Por parte de Burgos, se trata de una provincia con unas cifras relativamente bajas en comparación con su población, lo que significa que la mortalidad por calor excesivo ha golpeado este verano aquí con menor intensidad que en otros lugares. Anota 20 óbitos por esta causa en lo que va de verano, de los que seis corresponden a hombres y los catorce restantes a mujeres. De nuevo en concordancia con la tendencia autonómico, los 20 muertos tenían 65 o más años.

▶LEÓN. En lo que respecta a León, es una de las tres provincias de la Comunidad donde este periodo estival se concentra buena parte de la mortalidad por exceso de calor junto a Salamanca y Valladolid. El territorio leonés acumula 42 fallecidos, de los 15 son hombres y 27 mujeres y que pone de manifiesto que, en términos generales, esta causa de mortalidad afecta más al género femeni-

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

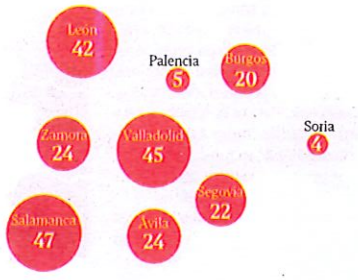
MUERTES POR EXCESO DE TEMPERATURA EN LO QUE VA DE VERANO

EVOLUCIÓN EN LA ÚLTIMA DÉCADA



FUENTE: Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MoMo)

POR PROVINCIAS EN 2026



EL MUNDO

EL MUNDO MUNDO AGRARIO
Todos los lunes en su kiosko

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECANO DE LA PRENSA SORIANA | Miércoles 5 de Agosto de 2026. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA | AÑO CXIII. Número: 19686

La empresa Ondara solicita concurso de acreedores ahogada por las deudas

La dirección comunicó la medida a los representantes de la plantilla, ya muy mermada, con apenas 30 trabajadores, la mayoría de ellos en ERTE ● La compañía entró en preconcurso en abril para buscar inversores pero sin éxito 3 meses después

JOSÉ SOSA SORIA

No funcionaron las rosas y tampoco el cannabis con uso medicinal. La empresa Ondara se ve abocada al concurso de acreedores por las deudas adquiridas. Ya lo solicitó el 26 de julio y está a la espera del pronunciamiento judicial. La firma ya ha comunicado el paso dado a los representantes de los trabajadores, cada vez más mermados en número pues sólo quedan 30 vinculados a la empresa, la mayoría en ERTE y sólo ocho en activo. Ondara abrió preconcurso de acreedores sin publicidad en abril para ganar tiempo en busca de inversores. A pesar del trabajo realizado tanto en Soria como en EEUU, donde se encuentra la propiedad, no se ha logrado el impulso económico. Pág. 2



MARIO TEJEDOR

NUEVA AMBULANCIA DE URGENCIAS EN ÓLVEGA

La Gerencia de Emergencias Sanitarias de la Junta puso ayer en marcha una ambulancia de soporte vital básico para la Zona Básica de Salud de Ólvega que dará cobertura a las más de 4.200 tarjetas sanitarias que tiene asignadas. Durante el pasado año, la zona básica de salud generó 392 llamadas al Centro Coordinador de Urgencias de Sacyl, lo que se tradujo en la atención de 391 pacientes. Págs. 7

Detenido por causar con una radial un fuego forestal en Monteagudo

SORIA

Un vecino de Monteagudo de las Vicarías ha sido detenido como presunto causante de un incendio forestal ocurrido el pasado viernes en la localidad. Estaba utilizando una sierra radial en las horas centrales del día a pesar de que todo Castilla y León estaba en alerta por riesgo meteorológico de incendios forestales, una declaración que conlleva prohibiciones. Pág. 5

FOES alega contra la ZBE y pide limitarla a episodios de contaminación

Avisa que la ordenanza presenta «importantes deficiencias jurídicas» Pág. 7

Soria registra la mayor alza del paro del país pero bate récord de afiliación

La Comunidad consolida el millón de afiliados en el mejor julio pese a la subida del desempleo

SORIA

Al término del mes de julio en Soria había 2.592 personas apuntadas en el Ecyl como demandantes de empleo. Son 153 más que hace un mes con un incremento del 6,27%, lo que coloca a la provincia como la de mayor subida porcentual del país. Los datos de afiliación son bastante positivos, con récord incluido, con 43.367 personas cotizando a la Seguridad Social, 495 más. Castilla y León por su parte consolida el millón de afiliados en el mejor julio de la historia pese a la subida del desempleo hasta los 96.313. Pág. 3



BODEGA DEL ABAD www.bodegadelabad.com

DE VENTA EN: EXCLUSIVAS OMEÑACA - 975 231 843

NUMANCIA



El club recibirá compensación por el traspaso de Palacios al Fulham

Pág. 14

PROVINCIA

La nueva ambulancia para Ólvega cubre a 4.200 usuarios

● El pasado año, la zona básica de salud generó 392 llamadas al Centro Coordinador de Urgencias de Sacyl / La base para los trabajadores acabó de instalarse tras la presentación

M.H. SORIA

La Gerencia de Emergencias Sanitarias de la Junta de Castilla y León ha puesto en marcha un nuevo dispositivo asistencial de atención a las urgencias en la provincia de Soria, concretamente una ambulancia de soporte vital básico (SVB) que dará cobertura a la Zona Básica de Salud de Ólvega y a las más de 4.200 tarjetas sanitarias que tiene asignadas. Llega con meses de retraso pero antes de finalizar el plazo comprometido por la empresa encargada, Direxis Salud.

La delegada territorial, Yolanda de Gregorio, junto a la alcaldesa, Elia Jiménez, responsables sanitarios y el presidente de la Diputación, Benito Serrano, visitaron ayer el Centro de Salud de Ólvega, donde tiene su base la nueva ambulancia. Conocieron las características y el funcionamiento de este nuevo recurso asistencial, que permitirá reforzar la capacidad de respuesta ante situaciones de urgencia y emergencia sanitaria en la comarca, mejorando la atención que reciben los ciudadanos y acercando los servicios sanitarios a la población del medio rural.

La base para la estancia de los dos trabajadores, técnico y conductor, que realizarán las guardias de 24 horas, se fue completando a lo largo de la mañana, con dos habitáculos en el propio centro de salud, uno para el descanso y otro de sala de estar para atender sus necesidades. Se fueron instalando las camas y una mesa, entre otros enseres para el primer día de la puesta en servicio.

La Zona Básica de Salud de Ólvega es la cuarta zona rural de la provincia de Soria con mayor número de tarjetas sanitarias asignadas, junto con la de San Esteban de Gormaz. Está integrada por diez municipios y once localidades, concentrándose en el municipio de Ólvega el 88 % de las tarjetas sanitarias de la zona.



Presentación de la nueva ambulancia de urgencias en Ólvega. MARIO TEJEDOR

Durante el pasado año, esta zona básica de salud generó un total de 392 llamadas al Centro Coordinador de Urgencias de Sacyl (CCU), con una media diaria de 1,1 avisos, lo que se tradujo en la atención de 391 pacientes.

La distribución geográfica de los recursos de Emergencias Sanitarias tiene como objetivo garantizar la máxima cobertura posible en el menor tiempo de respuesta. No obstante, ninguno de estos recursos tiene limitada su movilidad a una zona geográfica o sanitaria concreta, por lo que pueden ser activados para atender incidencias en cualquier punto de la Comunidad cuando las necesidades asistenciales así lo requieran.

En la actualidad, el dispositivo de Emergencias Sanitarias de Sacyl en la provincia de Soria está integrado por 15 unidades asistenciales destinadas prioritariamente al transporte sanitario primario, es decir, a la atención de urgencias y emergencias en el medio extrahospitalario. Este dispositivo cuenta con una Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) ubicada en la capital soriana, un helicóptero sanitario con base en el aeródromo de Garray y 13 unidades de soporte vital básico operativas las 24 horas del día, distribuidas en las localidades de Soria (dos unidades), Ágreda, Almazán, Arcos de Jalón, Berlanga de Duero, El Burgo de Osma, Covaleda, Gómara, Ólvega, San Esteban de Gormaz, San Leonardo de Yagüe y San Pedro Manrique.

A estos recursos se suman dos unidades asistenciales de soporte vital avanzado destinadas al transporte sanitario secundario, que prestan atención a pacientes que requieren medidas de soporte vital avanzado durante traslados interhospitalarios.

El Burgo y Almazán 'tiran' en julio del turismo provincial

SORIA

El pasado mes de julio se cierra con un total de 28.802 consultas atendidas en las 16 oficinas de turismo repartidas por la provincia de Soria, lo que supone un ligero aumento del 4,43% en comparación con el mismo mes del año pasado, que se atendieron 1.221 consultas menos.

Encabeza el ranquin la oficina de El Burgo de Osma con 4.505 consultas atendidas, seguida de Almazán con 3.986, Ágreda con 3.481, Berlanga de Duero con 3.455, Vinuesa con 2.250, Ólvega con 1.914, Medinaceli con 1.717, Monteagudo de las Vicarías con 1.651, San Leonardo con 1.501 y cierra San Esteban de Gormaz con 1.438 las oficinas que superan el millar de turistas atendidos. Las seis oficinas restantes son Duruelo con 925, San Pedro Manrique con 839, Langa de Duero con 499, Villar del Río con 278, Yanguas con 199 y cierra la lista la oficina de Garray con 164 consultas atendidas.

La práctica totalidad de las oficinas ve aumentar la afluencia de turistas buscando información personal, destacando que diez superan el millar de consultas.

El mes de julio, junto con agosto, «son los meses veraniegos que mayor número de visitas aportan a la provincia a lo largo del año, sobre todo centradas en las numerosas actividades culturales y festivas que se viven en la gran mayoría de los municipios provinciales», según apuntó la diputada responsable del área, Elia Jimenez, destacando que «el turismo cultural como el que se potencia con los cursos de verano de Santa Catalina, ayuda a impulsar El Burgo de Osma como foco de atracción turística».

El balance anual de los siete primeros meses del año «es positivo», apuntó Jiménez, puesto que la suma arroja un total de 154.545 consultas atendidas, lo que supone un incremento del 6,23% en comparación con el mismo periodo del año anterior, cuando se atendieron un total de 145.485.

La diputada de Turismo hizo un especial llamamiento para el próximo día 12 de agosto por la gran afluencia de visitantes que se espera con motivo del eclipse pidiendo que se respeten las indicaciones de los agentes de seguridad y que se acuda a los lugares habilitados con las gafas homologadas. «Que ninguna imprudencia nos impida disfrutar de un día histórico, por lo que todos debemos colaborar para que salga lo mejor posible y los visitantes disfruten de nuestra provincia, que es la primera y única en disponer de certificado Starlight», concluyó.

Casi un millar de personas accede al tratamiento preventivo del VIH

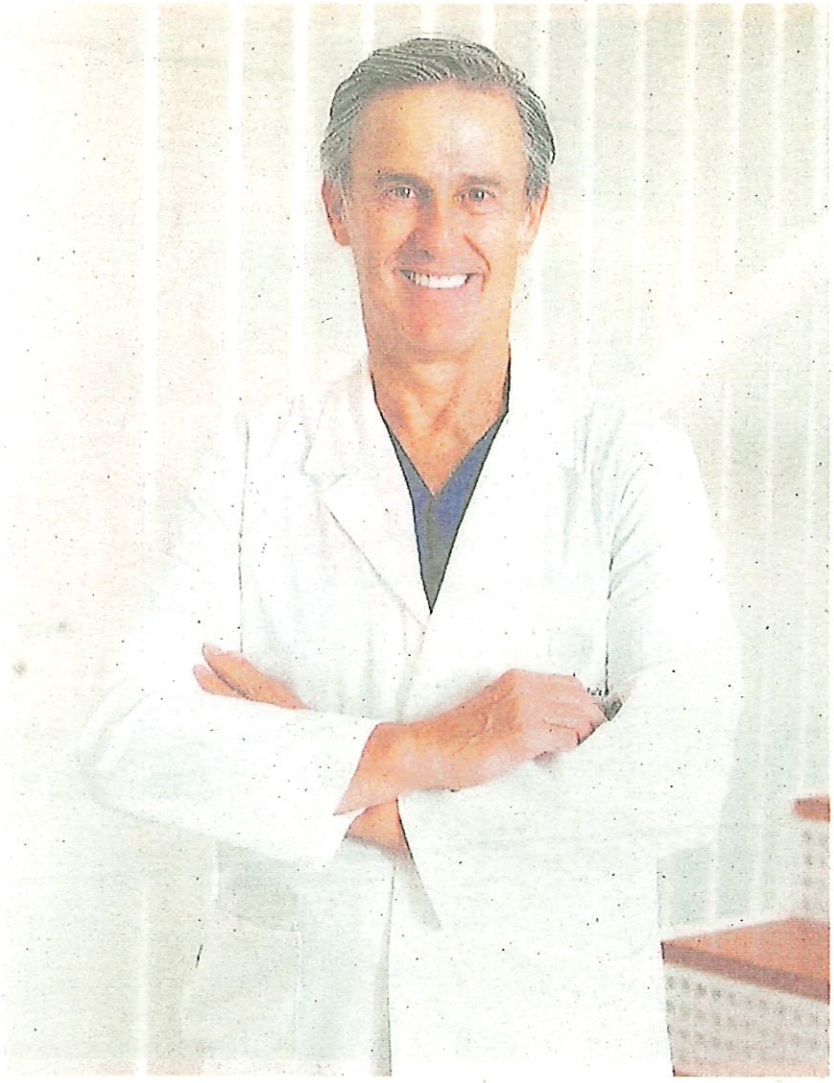
VALLADOLID

La profilaxis preexposición frente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), conocida como PrEP, ha beneficiado a 913 personas en Castilla y León desde la incorporación de este tratamiento preventivo al sistema sanitario público. La Consejería de Sanidad impulsó el programa en los hospitales de la Comunidad en octubre de 2020 como una intervención destinada a reducir la transmisión del VIH entre las personas con mayor riesgo de infección, una prestación que forma parte de la cartera farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y que se ha convertido en una de las principales herramientas de prevención frente al virus.

Desde la puesta en marcha del programa en Castilla y León, el número de beneficiarios ha aumentado de forma progresiva. En estos momentos, Valladolid concentra el mayor número de usuarios, con 253 personas, seguida de Salamanca (173), Burgos (153), León (124), Segovia (76), Palencia (41), Ávila (38), Zamora (36) y Soria (19), según los datos conocidos por Ical.

La PrEP consiste en la administración de fármacos antirretrovirales a personas que no están infectadas por el VIH, pero presentan un elevado riesgo de adquirirlo. Su finalidad es evitar la infección antes de que se produzca y forma parte de una estrategia de prevención combinada que incluye revisiones médicas periódicas, pruebas diagnósticas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), además de educación sanitaria y promoción de prácticas sexuales seguras. La prestación se incorporó a la cartera común del Sistema Nacional de Salud en septiembre de 2019 y desde entonces todas las comunidades autónomas han ido desarrollando sus programas específicos.

Inicialmente, el programa estaba dirigido a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transexuales mayores de edad con prácticas de alto riesgo, como mantener relaciones sexuales sin preservativo, haber tenido múltiples parejas sexuales, practicar chemsex, haber precisado profilaxis postexposición en varias ocasiones o haber sido diagnosticados de alguna infección de transmisión sexual. Desde finales de 2021, los criterios se ampliaron para incluir también a otras personas especialmente vulnerables a la infección, entre ellas mujeres y hombres heterosexuales y personas que consumen drogas por vía inyectada cuando cumplen los requisitos clínicos establecidos.



Ricardo Ruiz, fundador de la Clínica Dermatológica Internacional.

RICARDO RUIZ
"LA IA EMPUJA HACIA ROSTROS CADA VEZ MÁS PERFECTOS Y ARTIFICIALES"

Dermatología. Este especialista reflexiona en 'Larga vida a tu piel' (La Esfera de los Libros) sobre el impacto de la cultura digital y el auge de las promesas antiedad

*Por **María Sánchez-Monge** (Madrid)*

Los estudios han mostrado que la rapamicina prolonga la vida en ratones. Pero tú no eres un ratón». El dermatólogo Ricardo Ruiz, fundador y director médico de la Clínica Dermatológica Internacional, reflexiona en su último libro, *Larga vida a tu piel* (La Esfera de los Libros, 2026), sobre la longevidad desde la perspectiva de la piel. Considera que la piel «se ha convertido en un escenario en el que se libra una batalla entre la ciencia, el mercado, la tecnología y el relato emocional». Incluso ha aparecido un término clínico para calificar la obsesión por prolongar la vida a toda costa: síndrome de fijación por la longevidad.

En un momento en el que proliferan los negocios que venden promesas de vivir más y parecer más jóvenes mediante suplementos, péptidos, pruebas médicas y terapias de moda (crioterapia, saunas, inyecciones, luz roja...), Ruiz apela a la evidencia científica, que proporciona herramientas muy eficaces (y baratas) para alcanzar una longevidad saludable sin recetas mágicas.

Reivindica el papel fundamental de la medicina estética dentro de la dermatología, con todos los medios que sean necesarios. Pero recalca que la piel no es un producto, sino un órgano, y considera que lo mejor de un tratamiento estético «es que no reclame autoría». En su opinión, «la cultura digital y la inteligencia artificial empujan hacia rostros cada vez más perfectos y artificiales, y paradójicamente más extraños».

P. Las siguientes palabras están directa o indirectamente relacionadas con su trabajo. Dígame brevemente lo primero que le viene a la cabeza sobre cada una de ellas. Empezamos por longevidad.

R. En primer término, la longevidad es un proceso complejísimo, muy difícil de entender. Segundo, cuando actúas sobre ella tienes que tener mucho cuidado porque puede tener una serie de implicaciones peligrosas. La mayor célula longeva es la célula cancerígena. En tercer lugar, los estudios de longevidad en animales a veces no son extrapolables a los humanos.

P. Envejecimiento.

R. Un proceso natural que hay que aceptar y para el que estamos programados.

P. Transhumanismo.

R. Son tendencias que ocurren, pero lo que yo creo que hay que hacer es intentar aceptar el paso del tiempo. Es verdad que a veces dejamos de hacer cosas no porque seamos viejos, sino porque simplemente dejamos de hacerlas. La clave está en seguir haciendo cosas y aceptar lo que decía Clint Eastwood: «No dejar entrar al viejo, pero no dejar salir al niño».

P. Estética.

R. Para cuidar la mente hay que cuidar la piel. Una estética razonable es sentirte a gusto con tu físico. Y si hay cosas sencillas que pueden hacer que tu piel esté mejor o que te sientas mejor con tu físico, es una forma razonable de mejorarlo. Para mí la estética es mejorar estéticamente una cicatriz, un angioma, una malformación...

P. Usted apela a una medicina estética natural, adaptada a las circunstancias de cada persona... Pero señala que en los últimos años se ha producido una tendencia a la uniformización, que se traduce en unos rostros que parecen todos iguales.

R. Es verdad que, misteriosamente, algunas mujeres a partir de cierta edad se empiezan a parecer. Es básicamente por un exceso de materiales de relleno, de inyectables. Ha habido una fatiga de rellenos, cada vez se venden menos y la gente ya no quiere inyectarse porque lleva a esas caras con unos pómulos excesivos y unos labios grotescos. Se nos vendía la promesa de que estos rellenos duraban poco tiempo, pero se ha demostrado que permanecen. Hace falta un poco de sentido común y por eso la tendencia actual es hacia una medicina estética regenerativa y preventiva. Se trata de que sea el paciente el que genere su propio ácido hialurónico, su propio colágeno y su propia elastina. Y por eso hay nuevos láseres y otras técnicas innovadoras.

P. Por lo tanto, apuesta por utilizar todas las herramientas disponibles, pero con sutileza.

R. Me gusta la frase que dice: «Lo natural no es lo que no se toca, sino lo que no se nota».

P. ¿Cómo considera que hay que reconducir la relación de la piel con la estética y la longevidad para que se deje de considerar como un producto?

R. Es cierto que la piel ha sido considerada un producto: hay que quitar la arruga, la vena, la mancha... Y es mucho más que eso. Es un órgano que tiene muchísima influencia en nuestro envejecimiento interno; un termómetro del envejecimiento. Además, genera proteínas inflamatorias que hacen que envejezcamos peor. Por ejemplo, las personas con psoriasis tienen más enfermedades coronarias. Esto implica que toda la inflamación de la piel tiene influencia a nivel interno. Además, la piel está muy unida a la mente. De hecho, las células de la piel vienen de las mismas células embrionarias que las neuronas. Por eso cuando estamos nerviosos se nos cae más el pelo, empeora la dermatitis o nos ponemos rojos. Y también sucede en el sentido inverso: cuando una persona tiene un problema de piel se siente con la autoestima más baja. En conclusión, la piel y la mente están muy relacionadas. Y hay que tener en cuenta que el 30% de los pacientes que acuden a la consulta de dermatología tienen alguna alteración emocional.

P. Al igual que en otras especialidades médicas, ¿cree que se han centrado demasiado en procesos agudos y no en la cronicidad y en la prevención?

R. Cada vez se tiende más a una medicina más proactiva que reactiva. Hasta ahora tratábamos las complicaciones, pero hoy sabemos que dependemos menos de nuestra genética y más de nuestros hábitos.

"La piel y la mente están relacionadas: el 30% de los que vienen a la consulta tiene alguna alteración emocional"

"Para mí la medicina estética es mejorar estéticamente una cicatriz, un angioma, una malformación..."

CLAVES PARA VER BIEN EL ECLIPSE SIN QUEMARSE LA RETINA

Prevención. Muchas personas asocian el descenso de la luminosidad con poco riesgo del sol y esa falsa sensación de seguridad puede llevar a mantener más tiempo la mirada y acabar con lesiones

*Por **Rocío R. García-Abadillo***

El conocimiento científico actual permite saber que los eclipses no son malos augurios ni manifestaciones de dioses enfadados. Se trata de espectáculo único –aunque es un fenómeno frecuente y matemáticamente regular– porque poder verlo desde puntos específicos del globo es algo excepcional. En la península ibérica no se presencia uno desde 1912, pero ahora vamos a vivir varios seguidos: el eclipse total del 12 de agosto, otro total el 2 de agosto de 2027 y uno anular en enero de 2028.

Concretamente el del miércoles que viene se verá como total en parte de la península. Hay que aprovechar esta circunstancia para observar el fenómeno, pero debe hacerse con la protección adecuada para evitar lesiones irreversibles en la vista. Muchas veces la gente asocia ese descenso de la luminosidad que se produce en un eclipse con poco riesgo del sol, pero la radiación solar sigue siendo lo suficientemente intensa como para dañar la retina. «Precisamente esa falsa sensación de seguridad puede llevar a mantener la mirada durante más tiempo y provocar lesiones irreversibles en la retina», explica el presidente del Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas (CGCOO), Andrés Gené Sampedro.

Los daños producidos en la vista ocurren en el mismo instante de mirar el sol, aunque los síntomas pueden tardar horas o días en manifestarse y no existe un tratamiento específico para revertir esas lesiones, por lo que la mejor forma de proteger los ojos es prevenirlas.

¿Podremos observar el algún momento el sol sin protección?

«El sol emite una radiación peligrosa incluso cuando está parcialmente cubierto por la luna. En ese momento, la radiación de alta energía es especialmente intensa y puede afectar de forma directa a las estructuras oculares. La única forma segura de observar el eclipse total o parcial es utilizar gafas homologadas», remarca Jesús Merayo, director del Instituto Universitario Fernández-Vega.

¿Qué puede pasar si se observa el sol sin protección?

«La exposición al sol puede hacer una quemadura y destruir el tejido expuesto. Esto es conocido para la exposición de otros tejidos como la piel, pero el ojo además tiene un sistema de enfoque (cornea y cristalino) que concentra la energía del sol en el punto donde estamos mirando y multiplica el efecto térmico y el riesgo de daño permanente e irreversible», argumenta Merayo.

La observación directa del sol puede provocar retinopatía solar, una lesión sobre la mácula (donde están la gran mayoría de las células que ven color o nos permiten leer) que puede causar la pérdida total de la visión. «Este riesgo existe tanto si se mira al sol sin protección como si se utilizan métodos inadecuados», añade el director del Instituto Fernández-Vega, quien señala que ese daño puede pasar desapercibido en el momento de la exposición porque la retina «apenas tiene receptores del dolor, lo que hace que muchos no relacionen los síntomas con el eclipse», apunta.

Otras lesiones por exposición al sol pueden dañar tejidos oculares como la piel de los párpados, la córnea y la conjuntiva que requieren también prevención de las mismas y tratamiento. Por ejemplo, puede causar fotoqueratitis, una quemadura de la córnea que se manifiesta horas después con dolor, escozor, picor, rojez, lagrimeo y mucha molestia con la luz.

¿Se puede observar el eclipse a través de telescopios, prismáticos, cámaras fotográficas o el móvil?

«No tenemos constancia de que las cámaras, el móvil o los instrumentos ópticos tengan filtros adecuados para la exposición al sol», recalca Merayo, por lo que recomienda proteger la vista con gafas homologadas.

¿Qué gafas son las recomendadas?

La única forma segura de observar el eclipse total o parcial es utilizar gafas homologadas que cumplan la norma ISO 12312-2:2015, comprobando que no presente arañazos, perforaciones o cualquier otro deterioro. Merayo advierte de que deben evitarse las gafas de sol convencionales y los métodos caseros como CD o DVD, radiografías, negativos fotográficos, cristales ahumados o filtros improvisados, muchos de los cuales «reducen el deslumbramiento y generan una falsa sensación de seguridad, pero no bloquean la radiación». El experto recomienda observar en tramos de no más de 30 segundos, alternándolos con descansos.

¿Qué notaríamos en caso de dañarnos la retina?

Los síntomas más frecuentes son aparición de una mancha central (como un punto oscuro o borroso en el centro de la visión), distorsión de las líneas, visión borrosa y dificultad para leer, distinguir los colores o enfocar detalles. «Ante cualquiera de ellos, hay que acudir cuanto antes al oftalmólogo», concluye.



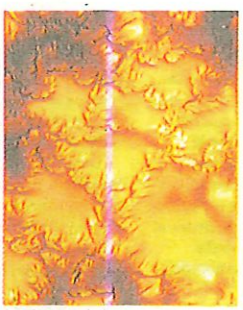
Cientos de personas con gafas de sol especiales reunidas para ver un eclipse solar. REUTERS

ASTRONOMÍA

LA IMAGEN MÁS NÍTIDA DE LA CARA VISIBLE DEL SOL

*Por **Raquel Díaz***

A pocos días de que España mire al cielo para disfrutar del eclipse total de Sol del 12 de agosto, una nueva investigación ha permitido observar lo que ocurre bajo ese disco luminoso a través de las imágenes de mayor resolución de su cara visible obtenidas hasta ahora.



Las imágenes de la fotosfera fueron tomadas por el telescopio solar Daniel K. Inouye, en Hawái. NSF/NSO/AURA/MPS

La superficie solar no es una llanura tranquila, sino un océano de plasma en movimiento. El telescopio Daniel K. Inouye de Hawai ha captado diminutos remolinos en la fotosfera, la capa visible del Sol. El hallazgo, publicado ayer en la revista Nature, confirma las llamadas inestabilidades de Kelvin-Helmholtz, un fenómeno que aparece cuando dos corrientes se desplazan a distinta velocidad y la frontera entre ambas comienza a ondularse hasta formar torbellinos.

Gracias a la enorme resolución del telescopio, identificaron 47 remolinos de entre 25 y 170 kilómetros, algunos desplazándose a velocidades de hasta tres kilómetros por segundo.

Las simulaciones reprodujeron estructuras casi idénticas y ayudaron a explicar su origen. El plasma se mueve junto a regiones dominadas por campos magnéticos intensos; cuando las capas vecinas avanzan a ritmos distintos, la frontera se retuerce y genera vórtices que mezclan plasma y favorecen la turbulencia.

Su importancia puede ir mucho más allá. Los remolinos podrían contribuir a retorcer las líneas del campo magnético y a acumular la energía que alimenta llamaradas y eyecciones de masa coronal. Si estas alcanzan la Tierra, pueden alterar satélites, comunicaciones, GPS y redes eléctricas. Pero también podrían ayudar a explicar por qué la corona alcanza temperaturas de millones de grados mientras la superficie ronda los 5.800.

El hallazgo no resuelve por completo estos enigmas, pero revela un proceso hasta ahora oculto. Parte de la energía de las grandes erupciones solares podría comenzar en remolinos de unas decenas de kilómetros.