



DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

DICIEMBRE 2024

ENERO 2025

OPINIÓN

EL 15 DE JULIO de 2021, en un pleno municipal que celebramos sobre el escenario del teatro del Palacio de la Audiencia (cosas del Covid), le requerí al alcalde de la ciudad a que retirara de su despacho la fotografía del Che Guevara. Él, ufano y fiel a su estilo, me contestó que cuando él llegó se encontró colgado un retrato del General Yagüe, y acabó el pleno espetándome esta aseveración que hoy suena premonitoria: «el Che mientras sea alcalde va a seguir ahí». A mí, que el alcalde tuviera una foto del Che siempre me la trajo al parir, de hecho, en unas navidades me fotografié con él y el Che de fondo. Ese día y en su contexto, solo quise poner sobre la mesa la incongruencia de la izquierda en algunos temas. Pero esa foto, en el fondo, ha sido también el ejemplo durante muchos años del aquí hago yo lo que me sale de los ejem, ejem, ya me entienden. Esta semana pasada y como se esperaba, Carlos Martínez ha

materializado su salto a la política regional. Ahora se abre un escenario de incertidumbres para unos y de esperanzas para otros. Estos últimos días, algunos ya se han lanzado a vaticinar futuros que en política es un error solo el hecho de darlos por ciertos. Como le he oído decir alguna vez a mi

**MÁS SE PERDIÓ
EN CUBA
IGNACIO
SORIA**

La foto del Che se muda

buen amigo y veterano político, Jesús Posada, «la política es impredecible». Y por ello —y esto lo digo yo—, hacer de la prudencia virtud, es siempre mejor aliado. Carlos se va, pero como ya escribí hace unas semanas, se queda. De momento y para beneficio del presidente Mafiueco, a Carlos le va a pasar lo que le pasó a Feijóo con Sánchez. El no ser procurador, no le va a dar opción al todavía alcalde soriano, de intentar sacar de quicio a Mafiueco —y en eso créanme que es experto—, en las sesiones de control de las Cortes regionales. ¡Primer punto para Mafiueco! Tan solo un posible adelanto electoral que quizás se produjera si Sánchez también pulsa el botón, beneficiaría al soriano en algo, aunque, por otro lado, puede que le pillara con el pie cambiado y todavía sin haber deshecho la maleta. También a Mafiueco le beneficiaría ligar unas generales con las autonómicas. Fue un error desligarlas de las municipales, pero el extinto partido Ciudadanos obligó a ello. En cualquier caso, un adelanto electoral o la celebración de éstas en su plazo establecido, obligará a todos a ponerse las pilas. A mi partido le tocará hacer una lista fuerte para tratar de recuperar los tres procuradores que históricamente siempre teníamos. Soria YA, podrá llevarse un grato recuerdo de su anodino paso por Valladolid, pero poco más. Pero el 'derbi', créanme, se jugará entre el PP soriano y el PSOE de Martínez Mínguez, y cuya sombra, puede dar algún sobresalto aquí, pero ni de coña allí. Después de casi 20 años mandando, no le vendrá mal un largo periodo de oposición y percibir el frío que la misma produce. Como consuelo, siempre podrá llevarse su querida foto del Che y decorar así su nuevo despacho. En ella podrá focalizar recuerdos de tiempos mejores, mientras repite como un mantra, estoy convencido, eso de, ¿por qué me fui?

Trasplantes como evidencia del avance de la Sanidad en Castilla y León

LOS AVANCES en cualquier materia o sector de la vida vienen fijados por hitos. Esos momentos en los que a raíz de una acción, de una decisión o de un proyecto finalizado se fija un momento que sirve de punto de partida para seguir creciendo y avanzando en cualquier materia. Eso sucede con los trasplantes cuando se habla de Sanidad.

La sanidad ha ido creciendo y mejorando, en lo que a trasplantes se refiere, y lo ha hecho desde éxitos como los de esos primeros trasplantes hepáticos. Son hitos que ahora, gracias a esos avances de la sanidad, parecen fáciles pero que en su momento suponían un reto que vinieron a demostrar la capacidad de afrontar y superar nuevas metas.

Avances que no se podían haber logrado sin el esfuerzo, la dedicación y el trabajo de los profesionales sanitarios de Castilla y León, pero tampoco sin la necesaria apuesta por las mejoras en investigación y tecnología sanitaria. Esos primeros trasplantes hepáticos, como otros primeros de riñón, corazón, pulmón... son la demostración palpable de que la base del éxito de la Sanidad reside en la perfecta unión de profesionales sanitarios con formación apropiada y los últimos recursos tecnológicos a su disposición. La administración debe dirigir los

pasos de sus políticas sanitarias en esa dirección. No puede haber una sanidad que busque la excelencia sin grandes profesionales, comprometidos, y de esos le sobran a la Comunidad, y sin que estos tengan a su alcance y en su mano el uso de lo último en investigación y en medios.

Los trasplantes, sean del tipo que sean y las cifras así lo evidencian, son la demostración palpable de que la conjunción de lo uno y lo otro es el pegamento perfecto del éxito. La sanidad de Castilla y León, en sintonía con la nacional, es una potencia cuando de hablar de donaciones y trasplantes se refiere. Y lo es, primero, por la solidaridad de tantas personas que deciden regalar una o varias vidas a personas a quienes no conocen. Las donaciones son cada vez más elevadas y el número de intervenciones, también.

Hoy, 23 años después, los dos primeros trasplantados de un hígado en la Comunidad son la demostración de esos hitos históricos, junto a otros como el renal, que llegó antes, o el cardíaco, que fue casi a la vez, desde los que la sanidad castellana y leonesa ha ido creciendo. Y todo, bajo la misma premisa, la combinación de profesionalidad y últimos avances puestos al servicio de la Sanidad.

ABEL



REGALADO

Localizado el que asó la manteca

YA HAN LOCALIZADO al que asó la manteca. Trabaja en la Diputación de Valladolid a tiempo completo, aunque esté incompleto. No está identificado oficialmente ni el artista ni el departamento, pero había que tapiar su estancia con él dentro al menos hasta que a las ranas les salgan pelos en el escroto. No se les ha ocurrido otra genialidad que lanzar la campaña, en modo reto, que no retro, 'Enero sin alcohol'. Es decir, el sudoroso Abundio, que es al que achacan haber asado la manteca y vendido el coche para comprar gasolina, no sabe ni dónde habita ni por dónde le da el aire en la meseta castellana. Esta campaña está urdida y difundida por lista desde una institución que tiene uno de los mejores museos del vino del mundo, en Peñafiel. Fortaleza eriguida y arrogante en medio de una de las cinco denominaciones de origen que alberga Valladolid, Ribera del Duero, un paisaje de vides y bodegas incompara-

ble. Junto a la Milla de Oro del vino, esa que fueron a pregonar una semana a México y los mexicanos los *manitos* de la institución de la que cobra Abundio hace poco más de un mes. Cometido que también cometieron en Bruselas, como dios manda, alardeando del mejor vino del mundo. Y del más plural, con tintos, blancos, claretes y rosados. Orgullo de Valladolid y provincia. El mismo castillo que dentro de unos días, en pleno 'Enero sin alcohol' albergará otra edición de los alcaldes del vino, en el que figuras de la sociedad serán ungidas como embajadores de Valladolid y sus tesoros vinícolas, además de patrimoniales. Es de suponer que en el ágape que se servirá en el acto en el Museo del Vino despacharán Mirinda de garrafa para que sea un 'Enero sin alcohol'. No sabemos si cuenta el gran reto desde el día de Año Nuevo, con su noche de Reyes incluida, y sus festejos navideños. No cesen, por dios, tras 'Enero sin alcohol' que venga 'Febrero sin mamarrachos'. Cuánto Abundio abunda. Ya lo decía el cantante: «Si bebes, no conduzcas campañas».

MEDALLA DE ORO DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN, MEDALLA DE ORO DE LA PROVINCIA DE SORIA Y MEDALLA DE ORO DE LA CIUDAD DE SORIA

HERALDO-DIARIO DE SORIA
EL MUNDO
EDITORIA DE PRENSA SORIANA

PRESIDENTA:
ADRIANA ULIBARRI

DIRECTOR GENERAL EDITORIAL:
PABLO R. LAGO

GERENTE:
JOSÉ ANTONIO ARIAS

DIRECTOR:
FELIX VILLALBA

REDACTORES JEFE:
Victor Ferrnín Moreno
y Pilar Pérez

JEFS DE SECCIÓN:
Milagros Hervada (Local)
Félix Tello (Deportes)
José Ignacio Ruiz (Maquetación y
diseño).

DIRECTOR COMERCIAL:
José Ignacio Arganda

JEFA DE ADMINISTRACIÓN:
Laura Manzanares

IMPRESA: Henneo Print
Polígono San Miguel, Sector 4
Calle Albert Einstein, 44
50830 Villanueva de Gállego
(Zaragoza)

DEPÓSITO LEGAL:
SO-33-2006

ACTUALIDAD ECONÓMICA

DINERO FRESCO. Óscar López, ante el abismo de dejar sin cobertura médica privada a 1,5 millones de funcionarios por primera vez desde 1976

Asisa no garantiza seguir en Muface en una 'cumbre' en el Ministerio

Aunque el Gobierno evite poner el foco público en este asunto, se trata de uno de sus problemas políticos y económicos más endiablados, porque le enfrenta a 1,5 millones de personas, muchos de ellos potenciales votantes.



CARLOS SEGOVIA

En un espectáculo de gestión insólita en que ha tenido tres años para planificar una solución, el Gobierno se encuentra ante el abismo creciente de que 1,1 millones de funcionarios y sus 400.000 familiares puedan perder cobertura médica privada por primera vez desde 1976. Son los miembros de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (Muface) que ven agonizando este modelo privado que el Estado les ofrece y financia en gran parte.

Tras quedar desierta de aseguradoras privadas la primera licitación, el pasado 5 de noviembre, y pese a ofrecerles 4.478 millones de dinero público en esta segunda, el ministro responsable, el titular de Transformación Digital y Función Pública, Óscar López, ha tenido que renunciar ya a cerrar el plazo de candidaturas al próximo día 15 y lo extiende al 27. Es su segundo fracaso en dos meses y busca mientras soluciones contrarreloj para evitar un nuevo fiasco el 27.

La ampliación por sorpresa del plazo se hizo pública tras una cumbre previa, según ha podido confirmar

este diario, con el último posible aspirante: Asisa.

Tras el plantón de Adeslas y DKV Seguros, la secretaria de Estado de Función Pública del Ministerio, Clara Mapelli, se reunió el jueves con los máximos responsables de

Asisa para pulsarles en la segunda licitación, pero ni el presidente, Francisco Ivorra, ni el consejero delegado, Enrique de Porres, dieron garantías al considerar la oferta insuficiente, según fuentes conocedoras. Si quisiera pidieron más tiempo, aunque Mapelli y López lo extienden para intentar salvar el concurso.

Que el convocante de una licitación se reúna antes del cierre de candidaturas con un aspirante da idea del nerviosismo en el Ministerio de López, pese a la «confianza» que éste intenta trasladar en público.

El grupo Asisa es una cooperativa de médicos que no cotiza en Bolsa ni siente presión de beneficios a corto plazo, pero se juega su viabilidad. En el concierto con Muface que acaba de concluir para el período 2022-2024 y que el Gobierno intenta renovar hasta 2027, sólo Asisa ha perdido más de 200 millones, a falta de cierre final de cifras. Unidos a los 250 millones declarados por Adeslas y los 70 de DKV, el concierto actual se ha saldado con una ruina de más de 500 millones para las tres aseguradoras que no huye-



El ministro de Transformación Digital y Función Pública, Óscar López, en un acto del PSOE. JAVIER BARBANCHO

ron del Gobierno como Mapfre o Sanitas. Pese a este pozo sin fondo, el consejo de administración de Asisa, que se reúne este lunes, aún no ha cerrado la puerta. «Tienen que cuadrar los números. Es verdad que nosotros disponemos de grupo hospitalario y unas circunstancias que nos permiten sufrir menos que Adeslas y DKV, pero la oferta del Gobierno es insuficiente también para nosotros. Que

La secretaria de Estado recibe a la cúpula de Asisa sin lograr ya un sí

Se reúne hoy el consejo del grupo, que ha perdido 200 millones

quieran además un compromiso de tres años nos complica todo. Nuestros beneficios en otras áreas nos están sirviendo para compensar las pérdidas de Muface pero no podemos comprometer la viabilidad de Asisa. Lo ideal sería una tercera licitación con mejoras que permitan seguir a distintas aseguradoras», afirma un gestor próximo a la cúpula de Asisa. Fuentes oficiales del grupo se limitan por ahora a que aún siguen analizando los pliegos y declinan hacer comentarios sobre la reunión en el Ministerio. Y en el equipo de López atribuyen la insólita ampliación de plazo otros 12 días a que el período actual coincidía con «fechas navideñas». ¿Lo descubren ahora?

En la poderosa cooperativa de médicos —más de 1.700 millones de ingresos anuales— hay opiniones divididas entre partidarios de seguir mejorando condiciones y los de dar ya portazo. De Porres se declara defensor del modelo mutualista, pero el Gobierno no puede exigir a una empresa que pierda otros 200 millones.

Una tercera licitación ahondaría el

ridículo para López y quien le marca los límites, María Jesús Montero, pero evitaría la huelga y movilizaciones con la que amenaza el sindicato de funcionarios CSIF. La tensión es tal que, si Isabel Díaz Ayuso quiere minar las posibilidades de López en la región, le basta con remitirse a Miguel Borra, presidente del CSIF, y lo que dice del ministro y el Ejecutivo: «Dejación de funciones», «falta de respeto absoluto a los funcionarios»...

La ministra de Sumar, Mónica García, quiere zanjar y pasar a los mutualistas a la sanidad pública, pero López asegura que su prioridad es intentar que sigan con la privada y aplacar así a los funcionarios. El ministro conoce el informe secreto de la AIREF que anima a reformar el modelo de Muface por ineficiente, pero asegura que lo prioritario ahora es salvar el concierto. Un plan al revés, reformar con tiempo y luego licitar, habría sido más factible y menos costoso para el erario, pero, en el actual deterioro, «Gobierno» y «planificar» son términos que parecen encajar menos incluso que las cuentas de Muface.

LA EFEMÉRIDE CON ESCRIVÁ NO, EN LA CNMV, SÍ



Un centenar de días después de la toma de posesión de José Luis Escrivá como gobernador del Banco de España, el ministro de Economía, Carlos Cuerpo, sí pudo asistir e incluso intervenir en otro acto similar en otro organismo teóricamente independiente: la Comisión Nacional del Mercado de Valores. Escrivá votó cualquier protagonismo de Cuerpo en su toma de posesión para intentar marcar distancias con sus antiguos compañeros. Lo hizo incluso antes de que Cuerpo intentara después echar a una consejera del Banco de España, Judith Arna, en la peor actuación hasta la fecha del ministro. En contraste, el nuevo presidente de la CNMV y ex número dos de Nadia Calviño antes que Cuerpo, Carlos San Basilio, no puso trabas a que el ministro presidiera e incluso clausurara el acto. San Basilio promete en todo caso «independencia».

EL PERSONAJE LA AEAT, «DEBATE TÉCNICO»...



El conflicto de interés de María Jesús Montero es creciente en su fundamental cargo de ministra de Hacienda, el dinero de todos. Ya lo era compatibilizarlo con un cargo tan político como el de ser «número dos» del PSOE, que le empujar a tragar con privilegios a Cataluña, pero ser líder del partido en Andalucía quien es responsable de un reparto justo de la financiación regional supera cualquier acrobacia. Por ejemplo, relativizó en La Ser la importancia de que la Agencia Tributaria, que depende de ella, «sea única en todo el Estado», porque eso son «debates técnicos». ¿Cómo que técnico? La Organización de Inspectores de Hacienda advierte de que la fragmentación pactada con ERC favorece el fraude fiscal y, en un trabajo en Fedea, el que fuera director general de Tributos incluso con Montero, Albero García Valera, descalifica su troceo.

PARA SEGUIR ...Y MÁS RETRASO EN LOS PGE



La obligación constitucional de presentar presupuestos del Estado para 2025 sigue dilatándose desde el pasado septiembre y hay un nuevo obstáculo: el congreso de Esquerra de mediados de marzo. El debilitado líder, Oriol Junqueras, ha visto que no ha habido aún ni un avance en lo que pactó con Félix Bolaños hace año y medio: la condonación de 15.000 millones de deuda. No puede plantearse ni negociar los PGE sin eso, entre otras peticiones. Pedro Sánchez ha prometido un primer movimiento antes de este congreso de ERC con un Consejo de Política Fiscal y Financiera. Pero el acuerdo de todas las CCAA es utópico sin cambiar el modelo para todos, según dio a entender Feijóo este domingo. Tras las elecciones de 2023, Sánchez no ha sacado ningún presupuesto ni la senda de déficit previa.

CASTILLA Y LEÓN

Los primeros con un hígado 'prestado', 23 años de vida extra

LOS VALLISOLETANOS CARMEN Y MIGUEL ÁNGEL FUERON LOS DOS PRIMEROS EN RECIBIR UN TRASPLANTE DE HÍGADO EN CASTILLA Y LEÓN, EN 2001 EN EL RÍO HORTEGA: «TUVE OTRA OPORTUNIDAD PARA VIVIR» / LOS MÉDICOS QUE PARTICIPARON RECUERDAN ESE CRUCIAL ESTRENO: «FUE UN HITO BRUTAL»

ALICIA CALVO

En la casa de Miguel Ángel, en el municipio vallisoletano de Geria, aquel día había ajetreo para preparar la cena especial. Era Nochebuena y todos pensaban ponerse de punta en blanco para la reunión familiar, hasta que sonó el teléfono y lo trastocó todo. Un regalo de Papá Noel inesperado: el de una vida 'extra' para Miguel Ángel del Caño, que estaba «muy enfermo» y sólo le quedaba la opción de un trasplante para sobrevivir en tiempos en los que esa intervención quirúrgica era asunto de hospitales de otras comunidades.

Ese 24 de diciembre de 2001 este vecino de Geria no esperaba recibir noticias del Hospital Río Hortega, y mucho menos tan alentadoras como que había un hígado para él, sobre todo porque una semana antes se había llevado «un chasco» cuando le avisaron de que había un órgano disponible, pero tras las pruebas pertinentes se descartó por incompatibilidad. Al poco, la suerte le sonrió: «Me operaron por la noche muy tarde». Tan de madrugada que su mujer y sus hijas pudieron irse a casa a cenar y regresar a tiempo. A sus 88 años resume desde su sofá todo este periplo desde aquel día a la actualidad en una breve afirmación: «Estaba muy fastidiado y ahora estoy muy bien».

El suyo fue el segundo trasplante de hígado de la historia en Valladolid y en Castilla y León, puesto que el Río Hortega es hospital de referencia autonómico en trasplantes hepáticos. La también vallisoletana Carmen, hoy con 76 años, estrenó el programa en la Comunidad apenas un mes antes que Miguel Ángel.

Ella, a sus 53 años y con un cuadro clínico con pronóstico muy grave, recibió la noticia «con mucha ilusión», pero también con «miedo por lo que pudiera pasar». «Lo que más me preocupaba era que mi cuerpo no aceptara el trasplante. Tenía una enfermedad del hígado que no había notado nunca y cuando me diagnosticaron ya estaba

muy avanzada», relata a este periódico. «Los primeros días asustan, pero en mi caso todo fue bien, no he tenido ninguna complicación y nunca he vuelto a ingresar. Por desgracia, no todos los casos son así».

El martes 20 de noviembre de 2001 los nervios estaban a flor de piel en la antigua 'Residencia', el viejo Río Hortega, hoy conocido como edificio Rondilla. Era el día clave. Decisivo. El primero de una nueva era. Hasta ese momento sólo

primer trasplante fue mucho más que el primer trasplante». Hubo un inmenso trabajo previo de todo el hospital. A través de un convenio con el Gregorio Marañón, donde yo estaba, se empezó a formar a los profesionales. Personal de Anestesia, Enfermería, Cirugía y hepatólogos rotaron unidades de Madrid para completar su formación. También practicamos con unos 40 trasplantes en cerdos. Me propusieron venir a Valladolid a montar el programa y fue complicado al principio captar enfermos candidatos a trasplante hepático desde otros centros de Castilla y León al tratarse de un equipo nuevo que empezaba», expone sobre lo costoso de los comienzos, de los que guarda valiosos recuerdos.

«Me acuerdo de aquella primera intervención con mucha responsabilidad. Era un proyecto muy grande, una apuesta por el hospital, y no podíamos defraudar. Sabíamos que estábamos preparados, pero aunque ahora parece una cosa natural, casi una rutina, entonces fue un hito brutal», señala.

836
Trasplantes de hígado ha realizado el Río Hortega desde que se aprobó el programa en 2001. De ellos, 46 fueron en 2024. Y este 2025 ya lleva uno, el 3 de enero

lo se llevaban a cabo trasplantes renales y se autorizó, prácticamente a la vez, el hepático (en julio) y el cardíaco. Es más, cuando le dieron un nuevo hígado a Carmen tan sólo se había realizado un trasplante de corazón en Valladolid.

El verano de ese año aprobaron los trámites definitivos y en noviembre se dieron las dos condiciones necesarias: una familia donó los órganos de su ser querido recién fallecido y una paciente, Carmen, recibíala, para ella, feliz y esperanzadora noticia. Porque en el trasplante, ya saben, se da esa dualidad, la tristeza más absoluta por una pérdida y, a la vez, la única oportunidad para otra persona. O para varias.

Dos de los profesionales que se embarcaron en aquella experiencia recuerdan aún esas primeras operaciones con detalle y cierta emoción. El cirujano David Pacheco, en la actualidad jefe de Cirugía General y Digestivo del Río Hortega y coordinador de la Unidad de Trasplante Hepático, resalta que «el

coincide en las sensaciones y en la repercusión la hepatóloga Gloria Sánchez Antolín, ahora jefa de la Unidad de Hepatología del mismo hospital vallisoletano, que también formó parte de aquel 'dream team', de aquel equipo que protagonizó el acontecimiento que suponía un salto de gigante. «Hasta ese momento los pacientes se trasladaban al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Cantabria, para estos trasplantes», indica la doctora, y agrega que fue «un día de muchos nervios y era muy importante que todo saliera bien». «Duró en torno a 10 horas. Había que demostrar que aquello se hacía bien y teníamos un compromiso con la paciente. Lo tenemos siempre, aunque esta vez era especial porque esa persona había confiado en un equipo nuevo. Estuvimos muy pendientes de Carmen y todo salió fenomenal».

Gloria ya había aprendido en el Hospital de Valdecilla durante su especialización, pero en el Río Hor-

tega no había podido ponerlo en práctica aún. Un año antes de iniciar el proyecto, se marchó con una beca, junto a un cirujano (Miguel Ángel Citores) y a un intensivista (José María Martínez), a formarse a Pittsburg, «la cuna del trasplante».

La doctora destaca que «es importantísimo que el trasplante esté bien hecho, por supuesto», pero puntualiza que «no termina tras la intervención y el manejo posttrasplante resulta también decisivo». «Ni Carmen ni Miguel Ángel han vuelto a estar ingresados. Los hemos cuidado lo mejor que hemos podido», comenta con orgullo. Un orgullo ampliamente correspondido. Es más, Miguel Ángel no duda en mencionarla, y para bien, cuando se le pregunta cómo se encuentra. «Gloria me ha cuidado mucho, es bien maja y se apellida como yo», afirma Miguel Ángel, Sánchez de segundo apellido.

Si el trasplante de Miguel Ángel

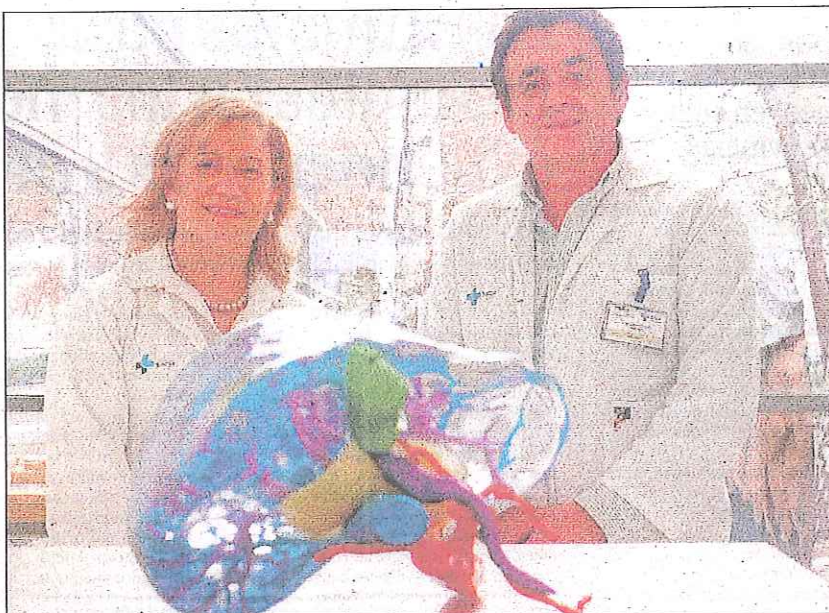
se produjo en Nochebuena, el del tercer paciente, llamado Fernando, sucedió en Nochevieja. La jefa de Hepatología reconoce que coincidir con cualquier fecha señalada es parte lógica del programa. «Estamos las 24 horas del día de los 365 localizados porque no se puede elegir cuando hay un órgano disponible. Cómo se me va a olvidar, cualquier actividad médica tiene su atractivo porque mejoras la calidad de vida del paciente, pero un trasplante... Es la última oportunidad que tienen. Es casi magia. Personas condenadas a morir que siguen vivos muchos años después. Emocionalmente impacta y recuerdo a todos, sobre todo de los primeros quince años, con nombres y apellidos. Es una relación muy especial con los pacientes y el cariño y el agradecimiento es altísimo».

Hace poco, una joven treintañera trasplantada unos años atrás llevó la foto de sus dos hijos al Río Hortega. «Son un poco los niños de la



Miguel Ángel, segundo trasplantado de hígado en Castilla y León, con su hija Estela, que está en lista de espera para un trasplante renal. PHOTOGENIC

CASTILLA Y LEÓN



La hepatóloga Gloria Sánchez y el cirujano David Pacheco participaron en el primer trasplante. PHOTOGENIC

unidad, un poco nuestros también, y eso es muy bonito», afirma la jefa de servicio.

La misma gratitud siente Carmen. «He tenido otra oportunidad para vivir y seguir con mi familia. Estoy también agradecida a mi familia que estuvo a mi lado, a mis médicos, que han estado muy pendientes de mí, y al donante que me dio su hígado».

No es sólo que el trasplante cambiara su vida, sino algo todavía de mayor magnitud: le dio una. Porque Gloria Sánchez subraya que es «la única oportunidad que les queda a estos pacientes», y David Pacheco añade que, «mientras cuando necesitan un riñón tienen la posibilidad de la diálisis, aquí no hay nada más, se trasplantan o mueren».

La primera en recibir un hígado 'prestado' en Valladolid es muy consciente de ello. «Me dio esperanza. Llevo trasplantada 23 años y desde hace mucho tiempo hago una

vida normal. Pude cuidar a mi marido que falleció, disfruto de mis hijos y nietos, paseo... Una vida normal para mi edad». En definitiva, una vida.

También Miguel Ángel y los suyos saben que era eso o nada. «No había otra. Nada más que hacer, ya no aguantaba más», expone Estela, la hija de este octogenario que dedicó su tiempo al campo, incluso después de estrenar hígado nuevo. «Tenemos agradecimiento infinito para toda la vida a quienes donan y en especial a quien le donó el hígado a él».

Estela relata cómo el caso de su padre sirvió de ejemplo en Geria y tuvo una gran repercusión. «En aquel momento cambió el chip en el pueblo sobre las donaciones. Después, otras familias que perdieron a un ser querido donaron sus órganos».

El doctor Pacheco incide en dar «gracias a los donantes, que son lo más importante y dan vida a alguien que no conocen». Todos ellos sin

excepción. «Hay algunos donantes a veces olvidados que son los de sangre y, sin embargo, no se puede realizar un trasplante sin reservas de sangre. Es algo fundamental».

En ellos, en esos donantes anónimos, piensa a menudo Estela, la hija de Miguel Ángel. Y lo hace doblemente, por quienes le permitieron seguir compartiendo tiempo con su padre y también porque ahora es ella la que permanece en lista de espera, aunque para un trasplante renal. «Llevo un año en diálisis y estoy muy tranquila, no lo pienso mucho... Pero sé que los que donan ayudan inmensamente y a mi padre lo ayudaron de verdad. Regalaron a nuestra familia una nueva oportunidad. Es duro porque alguien se muere, pero cambian muchas vidas y se puede vivir muchos años con un trasplante. Aquí está mi padre como ejemplo», señala.

Y es que aunque Miguel Ángel no recuerda todos los detalles de aquella larga jornada de Nochebuena, Estela lo mantiene fresco en su memoria. «Estábamos un poco inquietos, pero contentos a la vez. Al principio pensábamos que habría que irse a otra comunidad, pero no. Empezaron con los trasplantes aquí y fue una suerte. El principal temor que teníamos era el rechazo y ese miedo nunca se te quita del todo, pero esa noche nos sentimos aliviados. Fue como un regalo de Navidad y estábamos encantados».

Hasta llegar a ese momento crítico, a Miguel Ángel no le dio tiempo a agobiarse porque no pasó demasiado esperando. Un mes antes sufrió un episodio que hizo que requiriera atención médica y fue entonces cuando se lo comunicaron: su única esperanza sería un

trasplante de hígado. Apenas pasaron unas pocas semanas y consiguió el objetivo. Igual que un mes antes lo había logrado Carmen en una cita imborrable para quienes tuvieron algo que ver en ello.

La hepatóloga Gloria Sánchez se acuerda de quienes estuvieron en aquellas primeras intervenciones y seguimiento: «Como cirujanos,

tal engranaje de todos, una labor conjunta que involucra a muchos profesionales, «anestesiólogos, enfermeras, hematólogos, analistas, microbiólogos, endoscopistas... Un hospital entero».

Desde aquellas primeras intervenciones los cambios han sido significativos en varios frentes. «Después llegó el doble trasplante de riñón e hígado. Se han dado grandes avances, los trasplantes son una locomotora para un hospital y lo impulsa a ser mejor», sostiene Pacheco.

Sánchez incide en otros adelantos: «Ha cambiado el proceso y la parte médica del manejo de la inmunosupresión también. Desde el 2000 surgieron nuevos fármacos para manejar mejor la supervivencia de estos pacientes», puntualiza.

Pese a la relevancia de este programa y los innumerables casos de éxito, Sánchez reconoce «que no siempre se logra un resultado positivo». «No somos perfectos y los resultados positivos no son el 100%. Desgraciadamente hay limitaciones y no podemos

resolver todos los casos. Para nosotros es muy duro perder a un paciente, pero ponemos todo de nuestra parte. La supervivencia al año es de entre el 80 y 90%», precisa.

Para ese mayoritario porcentaje que sí lo supera, el trasplante lo supone todo. Y si no, que le preguntan a Carmen o a Miguel Ángel. Ahora, cada 24 de diciembre, además de brindar por la fiesta navideña como en el resto de hogares, tras las ventanas de una casa del pueblo vallisoletano de Geria, un octogenario celebra su segundo cumpleaños. Y ya van unas cuantas efemérides brindando por su vida extra.

RÉCORD DE TRASPLANTES

La donación de órganos es una asignatura en la que Castilla y León y el resto del país aprueban con muy buena nota, con tasas superiores a la media europea. La Comunidad alcanza los 137 donantes de órganos en 2024, frente a los 109 del ejercicio anterior. En el último año, Castilla y León ha registrado un récord de trasplantes de hígado: 46, que se practican en el hospital Río Hortega de Valladolid, al ser un centro hospitalario de referencia autonómica.

Desde 2001, en el que se empezaron a realizar esta intervención, el centro vallisoletano ha efectuado 836 trasplantes hepáticos. El último de ellos para estrenar 2025 el pasado 3 de enero.

Asterio Barrera, coordinador quirúrgico de trasplantes; y los médicos adjuntos Miguel Ángel Cítores y David Pacheco; como hepatólogos, Rosario Velicia, coordinadora médica de trasplantes, y yo, que ya era adjunta; el intensivista José María Martínez o el anestesista César Aldecoa». Reserva una especial mención para quien era en ese momento el gerente del Río Hortega, Fernando Uribe, ahora jefe de Psiquiatría del Clínico de Valladolid. «Realmente él empujó el proyecto, tuvo el valor de proponerlo como un objetivo para el hospital».

Tanto Gloria Sánchez como David Pacheco destacan el fundamen-

PAPEL | SALUD

ESTIMULACIÓN CEREBRAL FRENTE A LA DEPRESIÓN RESISTENTE

Salud mental. Esta técnica avanzada se usa con éxito en pacientes donde ha fracasado la terapia farmacológica o en mujeres embarazadas

Por Pilar Pérez (Madrid) Foto de Javi Martínez

Más de 20 pastillas diarias han acompañado en su día a día a Elena Martín. «Han sido 15 años con recaídas, con crisis más agudas y menos que han venido de una depresión persistente». Ahora, cuenta que está mejor y que puede llevar una vida «casi normal», con menos medicación, «la menos posible». Su psiquiatra dice que «hay que dejarla en lo mínimo para que el tratamiento funcione y tenga más efecto».

¿Qué ha provocado la mejoría de Elena? Su inclusión en el programa de tratamiento para pacientes con depresión resistente que incorpora técnicas avanzadas de neuroestimulación, como la estimulación transcraneal eléctrica y magnética. Este programa del Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre (Madrid), implantado hace varios años, ha sido fundamental en la mejora de la calidad asistencial y en el tratamiento de esta compleja patología.

«Noté los efectos en la segunda y la tercera sesión», recalca Elena, que venía arrastrando desde hacía años la enfermedad. «Me estancqué, porque pensé que todo iba a ser mucho más progresivo». Con todo, Elena considera que le ayudó a vencer la apatía y la melancolía. «Antes todo se me hacía un mundo. Ahora he vuelto a trabajar», asegura.

Muchos son los pacientes que reconocen sus beneficios. «En mi caso, debido a la severidad de mi trastorno, tardé unas semanas en notar mejoría, pero vuelves a tener vida: hacer la comida, coger un libro para leer...», recuerda C.M., que recibió el tratamiento en sustitución de la farmacoterapia cuando estaba embarazada de sus gemelos.

Ambos testimonios son la exposición de las dos indicaciones de la neuroestimulación transcraneal: se trata de pacientes con diagnóstico de depresión en los que fracasa el tratamiento farmacológico habitual y en aquellos en los que la medicación está contraindicada, como el embarazo y posparto, «por la toxicidad de sus efectos en el feto», recuerda Gabriel Rubio, jefe de servicio de Psiquiatría.

En los últimos años, más de 80 pacientes con depresión resistente han sido tratados con esta

herramienta en el centro, obteniendo resultados altamente favorables. Más del 65% de los pacientes han experimentado una notable mejoría en los síntomas de la depresión, acompañada de un aumento significativo en la funcionalidad y en la calidad de vida.

«Se acude a ella cuando se han dado tres fracasos terapéuticos previos», indica Rubio. El psiquiatra detalla que esto se mide cuando si a los tres meses de poner una terapia farmacológica «el paciente no ha mejorado y se prueban otros compuestos. Se espera de nuevo unos meses para ver si tienen impacto en la situación del paciente. Si tampoco, se reajusta de nuevo. Si persiste la situación, se considera una depresión resistente y la derivamos al programa». Las técnicas biológicas son efectivas «en la mayoría de los pacientes», asegura Rubio. «Sabemos que cuanto antes se apliquen, mejor es su impacto». Pero el psiquiatra comenta que es importante seguir los protocolos, «ya que se reserva para los casos más complejos».

Después de las 30 sesiones que se prescribe, se diseña un programa de mantenimiento a lo

habrá más efectos si hay menos fármacos».

Esta técnica innovadora no es reciente. Ya fue aprobada en 2017 por la FDA (Agencia del Medicamento de EEUU) y posteriormente en Europa. «Lo que sí han cambiado son las técnicas de su aplicación», subraya Rubio. Las pacientes también lo atestiguan. Mientras C.M. debía estar casi 30 minutos recibiendo la estimulación, «todos los días acudía a la magnetoterapia». «Estaba una media hora, entre que te preparan y demás. No se me hacía largo», rememora esta mujer, que pasó por la estimulación hace ya cuatro años

“Noté los efectos en la segunda sesión. Antes todo se me hacía un mundo, ahora he vuelto a trabajar”

para hacer frente a su trastorno obsesivo compulsivo. «La psicoterapia que recibía durante el embarazo no era suficiente».

Sin embargo, Elena disfruta de las mejoras técnicas: «Son unos tres minutos y listo». El engorro de este tratamiento es que al igual

verdad es que no noté nada después de las descargas. Esas sí las notas», dice C.M., que recuerda con especial cariño a la persona que la acompañaba durante el proceso. «Carmen era maravillosa, te ayudaba y resolvía dudas». Pero, «una vez que salía, no notaba nada de nada».

La experiencia acumulada en el tratamiento de patologías complejas y resistentes a través de la aplicación de terapias de última generación en salud mental «nos sirve para ofrecer un abanico de soluciones eficaces y personalizadas a pacientes que han agotado otras alternativas. Además, los resultados obtenidos demuestran el impacto positivo que estas técnicas pueden tener en su recuperación», argumenta el jefe del Servicio de Psiquiatría.

¿Cómo funciona a estimulación magnética transcraneal? Esta herramienta terapéutica se aplica de forma ambulatoria, es indolora, no requiere anestesia y no se han descrito hasta el momento efectos secundarios relevantes. Se aplican campos magnéticos sobre determinadas zonas del cráneo con el fin de mejorar los síntomas. Como describe el jefe de Psiquiatría «sobre la cabeza se coloca una bobina electromagnética».



largo del tiempo. Pero, «también hay casos en los que se revisa si se ha de volver a repetir», sostiene Rubio. Elena da fe de ello: «Soy muy optimista. Noté mucho alivio al principio y vamos a bajar la medicación que tomo al mínimo porque mi psiquiatra dice que

que una pastilla es diario. «Son unas 30 sesiones de lunes a viernes en las que se tiene que acudir al centro», apunta Rubio. A su favor, además de la mejoría que experimentan los pacientes, también se encuentran los escasos efectos secundarios. «La

Elena Martín, en una sesión reciente que recibió en el 12 de Octubre.

ca que emite estímulos con una determinada intensidad y cadencia, lo que permite activar las áreas cerebrales implicadas en la depresión». El servicio hospitalario ha atendido en su mayoría a mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 70 años.

SORIA

La Cátedra de Caja Rural profundiza en la visión de las enfermedades

Participarán representantes de la Universidad de Roma, Kansas, Messina o Carolina del Sur

VÍCTOR F. MORENO SORIA
La Facultad de Educación del Campus de Soria y la Cátedra de Conocimiento e Innovación Caja Rural y Parque Científico desarrollan hoy y hasta el 16 de enero el Congreso Internacional 'Visiones de la enfermedad IV', que se celebrará en el Salón de Grados de las instalaciones universitarias con un doble formativo, presencial y online, y en el que tomarán parte representantes de la Universidad de Roma, Kansas, Messina, o Carolina del Sur, entre otras.

Los codirectores del evento y editores son Blanca García Gómez, Ricardo de la Fuente Ballesteros y Elena Jiménez García, y se trata de un congreso abierto a estudios culturales, literatura, ciencias de la salud, sociología, economía, ciencias del deporte y disciplinas afines.

En el programa previsto para hoy, De la Fuente, de la Universidad de Valladolid, será el encargado de abrir las jornadas con su ponencia sobre 'Almas y cerebros de Gómez Carrillo y la enfermedad finisecular', al que seguirá Emanuele Isidori, de la Universidad de Roma Foro Itálico, sobre el Malestar y enfermedad del deportista en el contexto del psicoanálisis deportivo: un enfoque hermenéutico-fenomenológico.

Posteriormente, tendrá lugar la denominada mesa de comunicaciones, en la que Francisco José Francisco Carrera (Universidad de Valladolid) y Elena Jiménez García (Universidad de Valladolid), disertarán sobre Confinamiento, amor y muerte: La Reina Orquídea de Borja González, al que seguirá Emma María Marcos Rodríguez (Universidad de Valladolid), con 'La locura en el tea-



Ganadores de los premios de la Cátedra de Caja Rural. MONTESEGUROFOTO

tro de Mira de Amescua y Gaetano Vigna (Universidad de Salamanca), con 'Relecturas mitológicas. Feminismo y teoría literaria de lo fantástico del siglo XXI', ambas en formato online, al que seguirá un debate.

Ya en sesión de tarde se producirán cinco nuevas ponencias con Diego Fernández Lázaro, GIR Neurobiología (Universidad de Valladolid) sobre 'Visión Integral de la enfermedad de Alzheimer: Innovadores abordajes basados en la evidencia', al que seguirá Gema Santamaría y Diego Fernández Lázaro, (Facultad de Cien-

cias de la Salud Universidad de Valladolid y GIR Neurobiología Universidad de Valladolid), sobre 'Abordajes innovadores en la Enfermedad de Parkinson: el poder de la terapia acuática'.

Ángela Ruiz Hernández (Fundación Iberoamericana de Nutrición-FINUT), disertará sobre los Patrones de dieta, grupos de alimentos y nutrientes y su asociación con la salud mental: principales evidencias entre la dieta y los trastornos de ansiedad y Enrique Roche Collado (Universidad Miguel Hernández), habla-

rá sobre 'La ayuda psicológica para combatir la obesidad es cosa de todos y todas'.

Cerrará la primera jornada Miguel Garrido Bueno (Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla) y Rocío Romero Castillo (Universidad de Sevilla), que se referirán a la Educación Híbrida y Remota en el Bienestar Emocional y Control Glucémico de Personas con Diabetes. Las ponencias desembocarán en una mesa de debate. El día 15 están previstas 11 conferencias más.

El Campus abre el plazo de admisión para adultos

SORIA
La Universidad de Valladolid abre del 20 al 31 de enero el plazo de matrícula para la admisión a estudios de Grado de mayores de 40 años por acreditación de experiencia laboral o profesional. Y del 3 al 21 de febrero el período de matrícula para realizar las pruebas de acceso a mayores de 25 y 45 años.

Los interesados mayores de 40 años que quieran acceder a los estudios de Grado por acreditación de experiencia laboral o profesional, deberán acompañar la solicitud de participación de un currículum vitae, en el que el candidato señalará de manera precisa su experiencia laboral o profesional, así como la documentación acreditativa para justificarla.

El procedimiento de calificación de la experiencia laboral y profesional lo realizará un tribunal de valoración constituido para tal fin en cada centro responsable de los títulos de Grado. El proceso de selección se realizará en dos fases: en la primera el tribunal valorará con una puntuación de 0 a 10 puntos la experiencia del candidato, siendo necesario un 5 para superar esta fase. En la segunda, el interesado mantendrá una entrevista con el tribunal en la que se valorará su grado de madurez e idoneidad con un apto o no apto.

Los aspirantes podrán presentar la documentación de matrícula en el Campus de Soria, concretamente en la Unidad Administrativa Territorial.

Una masa de aire frío congelará Soria este martes con -8 grados

P. PÉREZ SOLER SORIA
La Agencia Estatal de Meteorología (Aemet) mantiene en Soria el aviso amarillo por frío durante esta jornada de martes, hasta las 9.59 horas. El aviso amarillo estaba marcado en el día de ayer para la Soria Ibérica (norte) y se extendió a la Meseta de Soria, la zona centro para este martes.

La Aemet extendió para este martes 14 de enero el aviso amarillo por bajas temperaturas a todas las provincias de Castilla y León, a excepción de Salamanca y alertó de que se pueden registrar valores de hasta ocho grados bajo cero en puntos de la Cordillera Ibérica de Burgos y Soria.

El frío se dejará sentir también en los próximos días, que estarán marcados por la llegada de una masa de aire frío de origen continental del norte de Europa, según la predicción del portavoz de la Agencia Estatal de Meteorología, Rubén del Campo. Por ello, las temperaturas descenderán y habrá heladas generalizadas en el interior peninsular e incluso en zonas próximas a la costa, informa Europa Press.

En las horas centrales del día la sensación no será de tanto frío debido a que brillará el sol y no soplará demasiado viento.

La estación meteorológica de Uclero rozó en la madrugada de



Los carámbanos en el angelote de la Dehesa son una estampa típica del invierno soriano. MONTESEGUROFOTO

ayer los 10 grados bajo cero. En este punto el mercurio cayó hasta los -9,9, según la Agencia Estatal de Meteorología. Este temperatura

fue la tercera más baja registrada en el país.

De cara al fin de semana, predominará el tiempo estable, pero

las temperaturas volverán a bajar algo el viernes y subirán durante el sábado y el domingo, según la Aemet.

CASTILLA Y LEÓN

Vázquez reconoce que «no hay oncólogos que quieran ir al Bierzo»

El consejero de Sanidad admite la falta de profesionales en el Área de Salud pero afirma que su departamento trabaja para «intentar fidelizarlos allí» pese a que «no hay demora»

LEÓN
El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, reconoció ayer que «no hay oncólogos en el mercado médico que quieran ir al Área de Salud del Bierzo», por lo que la Junta de Castilla y León trabaja por «intentar fidelizarlos allí».

Después de que la plataforma Oncobierzo entregara la pasada semana más de 100.000 firmas en las oficinas de la Junta para reclamar mejoras en la Oncología del Hospital del Bierzo y en toda la sanidad de la comarca, el consejero de Sanidad se mostró consciente de que «la solución pasa por llevar oncólogos que quieran trabajar en el Área de Salud del Bierzo».

En este sentido, recordó que en la actualidad hay 21 oncólogos de la Comunidad Autónoma que trabajan en el Bierzo, «donde no existen demoras para la asistencia sanitaria» y «se está dando un servicio bueno y de calidad», tal y como aseguró que reconoció el presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica.

No obstante, afirmó que tanto Oncobierzo como la Junta de Castilla y León «quieren que haya oncólogos que sean de plantilla en el Bierzo», para cuya fidelización es necesario «dinero, recursos, e intentar complacer aquellas necesidades que puedan poner no solamente económicas», además de «la voluntad de los profesionales para querer ir al Bierzo», informa Ical.

Por otra parte, Vázquez alertó ayer de que la incorporación de los beneficiarios de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Muface, al Sistema Nacional de Salud «supondrá un empeoramiento de las listas de espera tanto de consulta externa como quirúrgica», frente a lo que consideró «mucho más deseable» que la solución pase por «mantener la vo-



LA REFORMA DEL CENTRO DE SALUD DE PINILLA, CERCA DE FINALIZAR. El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, visitó ayer el centro de salud de Pinilla en San Andrés del Rabanedo (León), cuyas obras de reforma la Junta recibirá el 30 de abril tras haber invertido 3,7 millones de euros para ampliar la superficie un 20%.

luntad de los mutualistas para el cambio».

El consejero aseguró que el Gobierno autonómico se está «preparando para ello» para lo que trabaja en «ver en qué áreas de salud van a tener mayor incidencia», ya que «no se puede dividir igual en todos los centros de salud», de forma que «habrá algunos que tengan mayor dificultad y otros en los cuales no hay apenas porque no hay beneficiarios de Muface que puedan entrar».

Una vez determinada esta cuestión, se tratará de reforzar a los centros de salud con «los medios

disponibles para poder hacer frente», aunque Alejandro Vázquez quiso dejar claro que «el nivel de camas hospitalarias y atención hospitalaria, tanto con la actividad extraordinaria como con la actividad ordinaria, puede permitir el hacer frente a los beneficiarios de Muface».

No obstante, para el titular de Sanidad «sería mucho más deseable» el que el ministerio de Función Pública «resolviera de una vez algo que verdaderamente no se debe hacer como pretenden hacerlo», porque «de la noche a la mañana el millón y medio de beneficiarios de Muface van a pasar a un sistema públi-

co que todos son conscientes de que tiene dificultades a la hora de encontrar profesionales en todo el territorio nacional».

La presencia de Vázquez ayer en León se debió, entre otros motivos, a la toma de posesión de María Rosario Viloria como nueva gerente de Atención Primaria de este área de salud, puesto al que llegó hace aproximadamente un mes para suceder a José Pedro Fernández, que se incorporó al cargo en mayo del pasado año después de que una sentencia del Juzgado Contencioso-Administrativo que declara «nulo» su cese en mayo de 2022.

Castilla y León necesita 2.500 profesionales de enfermería y 19 años para alcanzar la ratio europea

VALLADOLID
Castilla y León necesitaría 2.507 profesionales de enfermería más para alcanzar la ratio europea, de 8,4 profesionales por cada 1.000 habitantes, además de incrementar el ritmo de incorporación, porque de mantenerse tardaría 19 años en lograrlo. Así lo recoge el informe 'Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España, 2024', publicado ayer por el Ministerio de Sanidad.

En concreto, este estudio señala

que la Comunidad dispone de 17.572 profesionales de enfermería, es decir, 7,35 por cada 1.000 habitantes, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). De esta forma, superaría la ratio nacional, de 6,28, con 306.268 en total, que también es inferior al promedio de la Unión Europea (UE), por lo que necesitaría hasta 22 años para lograrlo.

De acuerdo a estas cifras, Sanidad señala que se necesitarían al menos 100.000 enfermeras adicionales pa-

ra que España alcance la ratio promedio de la UE, una situación que, al ritmo actual de crecimiento, tardaría en conseguir entre 22 y 29 años. Esto, sin tener en cuenta que el 39,4% de las enfermeras encuestadas manifestó la intención de dejar la profesión en los próximos diez años.

Igualmente, el Informe del Ministerio de Sanidad refleja que el número de profesionales de enfermería de Castilla y León ha crecido entre 2018 y 2024. Así de los 16.784, un 6,99 por

cada 1.000 habitantes, se ha pasado a 17.572, un 7,35 por cada 1.000 habitantes, si bien en esta evolución ha influido también la pérdida de población de la Comunidad -de 2,4 millones a 2,39 millones-.

De la misma forma, la ratio de Castilla y León es también inferior al promedio de la OCDE (9,04) y de la Organización Mundial de la Salud (8,96), lo que supondría incorporar en la Comunidad 4.037 y 3.845 profesionales, respectivamente.

ACTUALIDAD ECONÓMICA

García torpedea el intento de López de salvar el seguro privado en Muface

«Ya no es Muface sí o no, sino cuándo pasan los funcionarios a la sanidad pública»

CARLOS SEGOVIA MADRID

La rama de Sumar en el Gobierno de coalición torpedea el intento final del ministro Óscar López de salvar el enorme concurso público de sanidad privada de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (Muface) y llama a cerrar ya la licitación y prescindir de las aseguradoras sin perder más tiempo.

La ministra de Sanidad, Mónica García, ve a su compañero de Transformación Digital a merced de las aseguradoras privadas en el cuantioso concurso público de 4.478 millones de euros presentado sin éxito desde diciembre, así que relanza el plan de Sumar de que todos los funcionarios de Muface —1,1 millones más sus familiares— pasen ya a la sanidad pública sin la opción privada que disfrutaban en esta mutualidad desde 1976.

«Hemos llegado un punto en el que no hay que hablar de Muface sí o no, sino cuándo se hace el traspaso de los funcionarios al Sistema Nacional de Salud», declaró García este lunes a Radio Nacional de España. Sus declaraciones coinciden con el portazo ya oficial de dos de las tres aseguradoras que dan cobertura privada a los funcionarios: Adeslas y DKV. Y también que la tercera, Asisa, expresó dudas en una reunión el jueves en el Ministerio de Transformación Digital porque consideran la oferta gubernamental aún insuficiente como para que se puedan presentar, tal y como publicó EL MUNDO este domingo. El consejo de administración de Asisa realizó un nuevo seguimiento este lunes a las cifras sin conclusión aún oficial. El plazo, extendido por el Gobierno para ganar tiempo, llega ahora al día 27 de enero.

López insiste, al contrario que García, en intentar mantener el mode-



La ministra de Sanidad, Mónica García, en el Senado. JAVIER BARBANCHO

4.478

Millones. Es la cifra que ofrece sin éxito el Gobierno al sector asegurador para que dé sanidad privada hasta 2027 a Muface

lo vigente de pagar una prima a las aseguradoras para que proporcionen cobertura médica a los funcionarios, pero para la ministra es una pérdida de tiempo, porque ve imponente al ministro de Función Pública

ca con el sector. «El tema acabará como quieran las aseguradoras que acabe y ellas han decidido que los mutualistas de Muface no les son rentables», afirmó la ministra.

«Han abandonado a sus mutualistas, porque no les compensa», llegó a manifestar. García subrayó que el Ministerio «está haciendo todos los esfuerzos», pero que ni siquiera una subida a las aseguradoras del 33% —Adeslas y DKV aseguran que no es tal— se ve que «les compensa».

García no es partidaria de subir la oferta en una tercera licitación tras el actual fiasco de las dos primeras,

«porque las aseguradoras están expulsando a los pacientes de Muface, porque tienen el negocio en otro sitio: los seguros privados». La titular de Sanidad señala que no les es rentable seguir con Muface, porque los españoles que han pasado a contratar seguros privados «han pasado de ocho a 12 millones» y «ahí es donde tienen el negocio».

Además, no cree que el modelo de Muface deba pervivir, al contrario de las declaraciones de López y de la política del PSOE que sí considera que debe seguir la opción a los funcionarios de elegir sanidad privada.

«El modelo de Muface no es eficiente, es anacrónico. Si todos fuéramos Muface no tendríamos el sistema de sanidad pública del que disfrutamos», sostiene la titular de Sanidad.

«La Sanidad Pública que quiero para los españoles la quiero también para los funcionarios», dijo llamando a la tranquilidad a los empleados públicos para que acepten este nuevo destino. No cree que eso lleve a «una explosión del sistema», porque relativiza el impacto de que 1,5 millones de mutualistas pasen a la sanidad pública. Eso sí, defiende que los más de 4.000 millones que ofrece el Gobierno a las aseguradoras para que se presenten a la licitación se destinen a reforzar el sistema público.

En dirección opuesta a la ministra de Sanidad, el presidente del sindicato de funcionarios CSIF, Miguel Borra, defendió este lunes que el Gobierno eleve la oferta por encima de los 4.478 millones previstos para salvar la licitación. «La oferta debe ser suficiente», declaró en la Cope. «No

La ministra carga contra las aseguradoras por «abandono»

hay derecho a que se esté generando esta tremenda intranquilidad», dijo. Y recalco que los mutualistas son «nuestros policías, nuestros maestros, nuestros carteros, los profesores de universidad o los funcionarios de los distintos ministerios».

Borra aseguró que el sindicato va a trabajar «hasta el último minuto» para mantener el modelo de Muface, pese a que no descartan «convocar alguna jornada de huelga» si el Gobierno «no se pone las pilas y pone encima de la mesa una oferta adecuada». Además, defendió, según Servimedia, que el Sistema Nacional de Salud no sería capaz de «absorber a esos cientos de miles de personas» adscritos a Muface. La ministra de Sanidad niega que vayan a incrementarse las listas de espera por el traspaso y que los mutualistas «se verán beneficiados».



LO NORMAL ES EXTRAORDINARIO
LEOPOLDO
ABADÍA

Nosotros y la vorágine

Estoy bastante liado desde hace una temporada, porque a las continuas e inacabables sorpresas jurídico-socio-político-penales con efectos retroactivos que se sacan Pedro Sánchez y sus adláteres de la manga se añaden las inacabables sorpresas jurídico-etc. que se sacan Donald Trump y los suyos.

Las de Pedro, basadas con mucha frecuencia en premisas más falsas que Judas. Alguna, francamente pintoresca y

algo esperpéntica, como la consideración estratégica de la necesidad de extender la afición por la ópera a los pueblos de Badajoz. Otras resultan francamente insultantes, como esa idea de que no le pase nada al que se meta con la religión católica, que es la que le preocupa, en contraposición a otras religiones, porque, aunque todos somos *Charlie Hebdo*, mejor ser prudentes.

Donald, con su amiguete Elon Musk, lanzado a la vorágine. En primer lugar, pretende que subamos el gasto militar hasta el 5% del PIB, con lo que sigo sin entender para qué quieren acabar con las guerras, con lo bien que les van a la industria del armamento. Como, además, por ahora le apetece Groenlandia y Canadá y pronto le apetezcan otras cosas y algún tiro habrá que pegar, la cosa pinta muy bien.

Para algunos.

Aunque hay pesimistas a los que respeto mucho porque saben mucho más que yo, prefiero pensar que este es el momento de los Estados Unidos de Europa, empujados por unos señores que exigirán de nosotros un avance serio. Si de paso pudiéramos echar a unos políticos que de Europa no saben nada y sustituirlos por otros europeos, benditos Trump y sus muchachos.

Por cierto, he contado muchas veces que conocí en Bruselas a Alberto Ullasres, nombrado en 1965 primer embajador de España ante el Mercado Común. Ahora hace 60 años de este nombramiento, hecho por, perdón, Franco, cuando vivía.

Total, como siempre, cosas buenas y cosas no tan buenas. Pero lo que no puede ser es que digamos que como Trump tiene cara de bruto, de muy bruto, y Elon Musk tiene mucho dinero, pero que mucho, nosotros no tenemos nada que hacer.

Repaso y cambio. No es que no lo podamos decir: es que no podemos ni pensarlo.

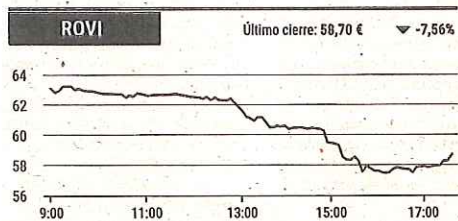
No digo algo que he dicho otras veces, que esta es una situación excepcional. Las situaciones excepcionales se convertirán en normales, porque esto no lo para nadie.

Pero sí repito que necesitamos gobernantes excepcionales. Y como condición *sine qua non*, que no tengan que explicar cosas como lo de la ópera en Badajoz, lo del cambio de móviles, lo de lo malos que son unos jueces, lo del alquiler de una vivienda para una novia...

Porque antes la gente miraba al suelo cuando mentía. Ahora, hay bastantes mozos, y alguna moza que otra, que mienten mirando de frente, con toda gallardía. Estos son más modestos en sus objetivos. No quieren quedarse con Groenlandia. A ellos les basta con no perder su sillón.

ACTUALIDAD ECONÓMICA

BOLSA



MAYORES SUBIDAS DEL IBEX %	MAYORES BAJADAS DEL IBEX %	TIPOS OFICIALES
BBVA +3,11	Rovi -7,56	España 3,00
Banco Sabadell +2,13	Solaria -4,13	Alemania 3,00
Repsol +1,75	IAG -3,64	Zona euro 3,00
Bankinter +1,49	Grifols -3,07	Reino Unido 4,75
CaixaBank +1,03	Merlin Properties -2,46	EE.UU. 4,5
Naturgy +0,87	Inditex -2,45	Japón 0,25
Enagás +0,77	Fluidra -2,29	Suiza 0,50
Mapfre +0,72	Puig Brands B -1,52	Canadá 3,25

IBEX 35

TÍTULO	ÚLTIMA COTIZACIÓN	VARIACIÓN DIARIA	AYER	IBEX	VARIACIÓN AÑO %	TÍTULO	ÚLTIMA COTIZACIÓN	VARIACIÓN DIARIA	AYER	IBEX	VARIACIÓN AÑO %
Acciona	106,000	-0,200 -0,19	105,900	108,100	-14,84 -2,48	Grifols	8,780	-0,278 -3,07	8,742	9,054	-40,81 -4,02
Acciona Ener	17,790	-0,170 -0,95	17,750	18,160	-35,09 -0,06	IAG	3,625	-0,137 -3,64	3,594	3,739	106,57 -0,11
Acetinox	9,625	0,010 0,10	9,580	9,760	-5,52 1,85	Iberdrola	13,135	-0,045 -0,34	13,010	13,175	19,29 -1,24
ACS	47,280	-0,220 -0,46	46,940	47,580	26,87 -2,39	Inditex	48,910	-1,230 -2,45	48,860	49,730	29,91 -1,47
Aena	195,500	-2,300 -1,16	193,400	196,500	25,58 -0,96	Indra	17,800	-0,190 -1,06	17,320	17,960	23,62 4,22
Amadeus	67,900	-0,800 -1,16	67,400	68,400	7,22 -0,44	Logista	29,660	0,080 0,27	29,520	29,720	28,11 1,58
ArcelorMittal	21,750	0,130 0,60	21,230	21,820	-11,44 -2,77	Mapfre	2,512	0,018 0,72	2,470	2,520	34,24 2,70
B. Sabadell	2,061	0,043 2,13	2,013	2,069	79,41 9,80	Merlin Properties	9,910	-0,250 -2,46	9,890	10,150	5,07 -2,46
B. Santander	4,588	0,020 0,43	4,504	4,588	23,24 2,77	Naturgy	23,260	0,200 0,87	22,960	23,360	-9,74 -0,51
Bankinter	8,186	0,120 1,49	7,974	8,186	41,31 7,15	Puig Brands B	17,480	-0,270 -1,52	17,405	17,885	-27,20 -1,99
BBVA	10,245	0,309 3,11	9,980	10,245	22,82 8,39	Redela	16,020	0,040 0,25	15,880	16,060	19,14 -2,91
CaixaBank	5,702	0,058 1,03	5,612	5,702	56,78 8,90	Repsol	11,900	0,205 1,75	11,705	11,995	-3,54 1,80
Cellnex Telecom	28,720	-0,230 -0,79	28,470	28,870	-14,31 -5,87	ROVI	58,700	-4,800 -7,56	57,200	63,350	5,93 -6,75
Colonial	4,996	-0,019 -0,38	4,980	5,090	-17,30 -3,46	Sacyr	3,100	-0,026 -0,83	3,090	3,124	6,37 -2,58
Enagás	11,740	0,090 0,77	11,610	11,830	-14,04 -0,34	Solaria	7,670	-0,330 -4,13	7,620	7,990	-58,01 -1,86
Endesa	20,650	0,020 0,10	20,500	20,790	18,36 -0,58	Telefónica	3,906	0,006 0,15	3,889	3,921	19,76 -0,79
Ferrovial Se	39,540	-0,140 -0,35	39,260	39,600	24,32 -2,61	Unicaja Banco	1,344	0,004 0,30	1,330	1,366	56,70 5,49
Fluidra	23,080	-0,540 -2,29	22,920	23,460	27,44 -1,87						

Starmer lanza un plan para apostar por la IA y la aplicará en la sanidad

Presenta 50 medidas para situar a Reino Unido como referente en esta tecnología

CARLOS FRESNEDA LONDRES
CORRESPONSAL

El primer ministro británico Keir Starmer anunció este lunes un ambicioso plan de acción en 50 puntos para impulsar el desarrollo y la implantación de la inteligencia artificial (IA) en el Reino Unido. «Esta es la carrera global de nuestras vidas y estoy determinado a convertir nuestro país en una superpotencia de la IA», aseguró Starmer en un discurso en Londres, con el trasfondo de la caída de la libra y la incertidumbre sobre la marcha de la economía.

El Reino Unido es hoy por hoy la tercera potencia mundial en IA, detrás de Estados Unidos y China. Según estimaciones del Gobierno, el desarrollo de las nuevas tecnologías podría aumentar la productividad anual en más del 1,5% y traducirse en un estímulo de 550.000 millones de euros en la próxima década para la economía británica.

Starmer anunció la creación de la primera «zona de crecimiento de la IA» en Culham, en las inmediaciones de Oxford y cerca de la Autoridad de la Energía Atómica. El plan incluye la creación de hasta una decena de hubs similares en todo el país, con exenciones fiscales para atraer a los inversores y con prioridad a las zonas desindustrializadas.

El premier anticipó la firma de contratos millonarios en los próximos cinco años con el sector público para implantar la IA en sectores como la sanidad y la educación pública. El plan incluye la construcción de un nuevo superordenador, con sede en la Universidad de Edimburgo, retomando la iniciativa del anterior jefe de gobierno Rishi Sunak, que convocó la primera conferencia mundial sobre «seguridad» de la IA en su



El primer ministro de Reino Unido, Keir Starmer, durante el discurso de presentación de su plan de IA. AFP

La IA aportaría 550.000 millones en 10 años a Reino Unido

breve mandato de 14 meses (con la presencia estelar de Elon Musk).

Microsoft, OpenAI y Anthropic fueron las primeras compañías en celebrar públicamente el anuncio de Starmer, alegando que la industria de la IA «necesita un Gobierno que esté de su lado». El líder laborista respondió directamente a una pregunta sobre su disposición a colaborar con el propietario de X y a AI: «Estoy dis-

puesto a colaborar con Elon Musk y con cualquier otro en el sector».

Arropado por Peter Kyle, su secretario de Ciencia y Tecnología y principal artífice de su plan, Starmer proclamó en un tono optimista que la IA es «una fantástica oportunidad» para todos los sectores y minimizó riesgos como la pérdida de puestos de trabajo o el derecho a la privacidad. «Algunos países van a hacer grandes progresos y los van a exportar. Otros países acabarán importándolos. La gran pregunta es: ¿será el Reino Unido un fabricante o un comprador?», preguntó retóricamente el jefe del Gobierno británico, que ha recibido críticas de activistas.

Así, el Ejecutivo laborista pretende hacer de la IA la pieza central de su estrategia, si bien tendrá el reto de vencer a una población que asocia esta tecnología con palabras como «aterrador», «preocupado» o «robot», según un reciente sondeo.

«La IA no es algo que esté encerrado tras los muros de unas empresas punteras», advirtió Starmer. «La IA puede ayudar a ahorrar cientos de miles de horas en listas de espera», agregó Starmer, en una referencia concreta a las colas de la sanidad pública poco después de anunciar una edad dorada para los servicios públicos en un artículo en *The Financial Times*.

ANUNCIOS FINANCIEROS

Convocatoria Juntas,
Transformación de Sociedades,
Fusiones, Reducción Capital,
Disolución Sociedades, etc

EL MUNDO

— BOE, BORME, BOCAM —

91 542 33 92

E-mail: publicidad@debod.com

ANTIGÜEDADES COMPRO MUEBLES

Pinturas, espejos, relojes,
monedas, joyería...
Vacío pisos.
Visito pueblos.

Muñoz

638 340 306

> PERSONAJES ÚNICOS / PILAR RODRÍGUEZ CURIESES

Esta enfermera de la unidad de Urología del Complejo Asistencial Universitario de Palencia es la autora principal del trabajo 'La teleenfermería en Urología: una nueva alternativa' reconocido en el Congreso Castellano y Leonés de Enfermería Urológica con el que busca innovar el trato a los pacientes. Por **María Bausela**

Aplicar la tecnología a la enfermería

La teleenfermería comprende el uso de recursos tecnológicos y sistemas de comunicación para realizar la práctica de enfermería de forma remota en las dimensiones asistencial, educativa o de investigación. Así esta se presenta como una solución innovadora para mejorar la atención y el seguimiento del paciente con un sistema que se basa en la tecnología a través de un dispositivo conectado que permite su monitorización a través de videollamada, chat o simplemente una llamada telefónica, proporcionando cuidados de enfermería de calidad de forma remota.

Una enfermera de la unidad de Urología del Complejo Asistencial Universitario de Palencia busca llevar este método de asistencia a su área de experiencia.

Pilar Rodríguez Curieses, es la autora principal del trabajo 'La teleenfermería en Urología: una nueva alternativa' en el que han trabajado también Miriam Gallego García, jefa de Unidad de Enfermería, Yolanda del Valle Hernández y Silvia Pariente Acuña enfermeras de la misma unidad del Hospital Río Carrión palentino.

Con este buscan «dar a conocer la teleenfermería y especificar algún avance en el ámbito de la urología. Queríamos tratar de implantar estos servicios sacando partido a las nuevas tecnologías».

«Hoy en día el objetivo ha cambiado, ya que sabemos que el principal objetivo de los servicios de teleenfermería es evitar a pacientes visitas innecesarias a hospitales y centros de salud como aliviar la presión sobre los recursos de atención limitados aumentando su satisfacción, seguridad y autonomía», apunta Rodríguez.

«Si las enfermeras tienen acceso a un conjunto completo de información de los pacientes a través de las TICs, esto se refleja en los procesos de enfermería, como la calidad de la documentación, la evaluación, la planificación de la atención y la valoración».

«También afectaría la comunicación y la coordinación de la atención, lo que beneficiaría los resultados de los pacientes», ase-



Pilar Rodríguez Curieses, Miriam Gallego García, Yolanda del Valle Hernández y Silvia Pariente Acuña con el premio por su trabajo. E.M.



gura la enfermera.

Esta iniciativa surgió en el marco de la décimo quinta edición del Congreso Castellano y Leonés de Enfermería Urológica, celebrado en Salamanca el pasado mes de noviembre.

Para poder participar en este los investigadores y profesionales médicos debían presentar estudios acorde con el lema 'un nuevo horizonte para avanzar en cuidados urológicos' para así «continuar intercambiando experiencias y fortaleciendo lazos entre la comunidad enfermera de Castilla y León además de favorecer la difusión de los conocimientos científicos desarrollados relacionados con los cuidados urológicos» según apunta la Asociación Castellana y Leonesa de Enfermería en Urología en su web.

«Tras realizar múltiples 'brainstormings', preguntas, búsquedas e investigaciones dimos con ese tema que fue comentado con todos los miembros del equipo multidisciplinar», añade. Rodrí-

guez.

«Vimos la importancia que puede conllevar la creación de esta iniciativa exponiendo cómo las nuevas tecnologías pueden facilitar el cuidado del paciente de forma remota, con la teleenfermería como una herramienta innovadora para mejorar la atención y el seguimiento del paciente desde su domicilio».

«Cuando un paciente recibe el alta hospitalaria y llega a su casa siempre le surgen dudas sobre los cuidados que tiene que seguir».

Así, «la teleenfermería nos permite poder ayudarle con las curas, sondajes intermitentes, urostomías o incluso poder diagnosticar de forma rápida una posible infección de orina», explica la autora del estudio premiado a la mejor comunicación en dicho congreso.

«Además, optimiza los recursos del sistema sanitario al reducir las visitas innecesarias a centros hospitalarios o ambulatorios,

y brindando una mayor satisfacción al paciente. Al recibir la atención desde su casa, sienten una mayor autonomía, lo que contribuye a una mejor y más rápida recuperación».

«El uso y desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación avanzan a pasos agigantados. La teleenfermería es un gran recurso, en este caso de la urología, pero aplicable en todos los ámbitos de la enfermería que terminará llevándose a cabo de manera rutinaria en nuestra práctica diaria», apunta la autora del trabajo.

Existen cinco fases en la gestión de proyectos según apunta la enfermera: el inicio, la planificación, la ejecución, el desempeño y el cierre.

«Actualmente, nos encontramos en la fase de inicio definiendo el proyecto en líneas generales. Con el desarrollo de todas estas fases del proyecto queremos realmente intentar demostrar el beneficio del mismo tanto para

los pacientes, profesionales e institución».

Uno de los aspectos que destaca Pilar Rodríguez Curieses en materia de beneficios a los pacientes es «el avance en la cirugía, el cual hace que el paciente regrese con mayor brevedad a su domicilio, provocando numerosas dudas e incertidumbres en casa tratando de adaptarse a su nueva situación, si existiesen este tipo de servicios se subsanarían con una mayor brevedad en el tiempo evitando traslados innecesarios al centro de salud y hospitales».

«En verdad cualquier situación que provoque un cambio clínico en la persona ya sea aguda o crónica que genere dudas e incertidumbres pueden filtrarse por estos servicios decidiendo la mejor resolución en cada caso prestando apoyo, confianza y acompañamiento», concluye la enfermera de la unidad de Urología del Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

> SALAMANCA

Una nueva herramienta para investigar la ELA

Investigadores de Salamanca y Coimbra colaboran en un proyecto para crear un banco de células madre con el que poder predecir el desarrollo de la enfermedad y testar fármacos. Por **María Bausela**

Investigadores de la Universidad de Salamanca (USAL) colaboran con un equipo de la Universidad de Coimbra para elaborar una nueva herramienta para la investigación de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Esta es una enfermedad neurodegenerativa en la que los pacientes pierden el control nervioso de su musculatura debido a un deterioro de las células nerviosas que participan en dicho control (neuronas motoras).

El ELA se da en personas de entre 40 y 70 años de edad, siendo más frecuente en a partir de los 60 años. En Europa hay unos 32,000 afectados, 1 de cada 300 personas desarrollan esta enfermedad, mientras que en España había unos 4,000 pacientes de ELA en 2023 según datos aportados por Jorge Valero Gómez, profesor titular de la USAL e investigador del Instituto de Neurociencias de Castilla y León y el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

Estos pacientes «sufren debilidad muscular y parálisis de diversos músculos, lo que hace que tengan problemas motores, de comunicación oral, para engullir alimentos e incluso para respirar. Sin embargo, las personas que sufren esta enfermedad mantienen intactos los sentidos, su capacidad intelectual y el movimiento de los ojos. Desconocemos los mecanismos que llevan a la pérdida de neuronas motoras

que se encargan de enviar los impulsos a los músculos, por lo que no existe un tratamiento eficaz».

Actualmente, «solo hay un fármaco autorizado en Europa contra la ELA (riluzol) con efectos muy moderados y que aminora algo la progresión de la enfermedad. Sin embargo, la Agencia Europea del Medicamento ha recomendado que se apruebe otro medicamento (tofersen) basado en terapia génica y específicamente dirigido a aquellos afectados de ELA con una mutación específica en un gen (SOD1)».

También se usan terapias no farmacológicas con el fin de paliar los síntomas de rehabilitación física y del lenguaje ya que «es muy importante que los pacientes mantengan su capacidad de comunicación el mayor tiempo posible», apoyo psicológico, nutricional y respiratorio, etc.

En este marco surge el proyecto Cross-3DTools-4ALS, enfocado a la transferencia de conocimientos y técnicas desde la Universidad de Coimbra y el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Su finalidad no es otra que «salvar la falta de conocimiento que tenemos sobre los mecanismos celulares involucrados en esta enfermedad y por la diversidad de cuadros clínicos que presentan los pacientes y generar un modelo de estudio para la ELA y crear un banco de células madre obtenidas de la orina

de pacientes con la enfermedad e individuos sanos», asegura.

La idea es disponer de estas células para investigar la enfermedad. «Además, pretendemos convertir las células derivadas de la orina en neuronas motoras, nuestros colegas de la Universidad de Coimbra ya están en ello, y células de músculo. Queremos estudiar estos tipos celulares por separado y después juntarlos en placas para que las células se comuniquen entre ellas formando una estructura funcional, lo que llamamos unión neuromuscular. Es precisamente esta unión la que se ve afectada en la ELA, produciendo los síntomas motores. De esta manera, desarrollaremos una plataforma de cultivos celulares en la que analizar los mecanismos que se sospechan que pueden estar alterados en la ELA y en la que probar fármacos. En un futuro nuestra estrategia podría aplicarse al contexto de otras enfermedades neurodegenerativas».

Con el proyecto denominado 'Cooperación y transferencia tecnológica para el desarrollo de una nueva plataforma de medicina de precisión para la esclerosis lateral amiotrófica' (Cross-3DTools-4ALS) «planteamos un reto en el área de salud dentro de una convocatoria específica para España y Portugal (POCTEP)», incide el investigador.

La idea de esta iniciativa en la que participan investigadores de



Los investigadores María Dolores Calabria Gallego y Jorge Valero Gómez-Lobo que

España y Portugal como María Dolores Calabria, neuróloga del Hospital Universitario de Salamanca a cargo de la unidad de enfermedades neuromusculares y de la unidad de ELA, «no surge de la noche a la mañana».

«Hemos dedicado mucho tiempo a pensarla, desarrollarla y mejorarla. En realidad, el proyecto es la continuación y ampliación de un proyecto financiado por la Fundación para la Ciencia y la Tecnología (FCT) del gobierno de Portugal, que está en marcha desde 2022 y termina en 2025, y en el que participo como investigador junto a la doctora responsable principal del estudio en la Universidad de Coimbra».

«Nuestros colegas de Portugal se han peleado con la optimización de los protocolos para obtener células madre de la orina. Además, han demostrado su utilidad a la hora de obtener información relevante sobre las personas de las que proceden. Como ejemplo, hemos publicado recientemente un estudio con células madre derivadas de la orina de mujeres de distintas edades que presentaban cambios que nos han servido para analizar alteraciones relacionadas con el envejecimiento. De esta manera, tenemos evidencias de que las células contienen información del estado del individuo del que proceden. Esperamos que ocurra lo mismo

BLOC OPINIÓN

¿Restaurar o digitalizar? Dos caras de la misma moneda

JOAQUÍN GARCÍA

La limitación de recursos, acentuada por prioridades sociales urgentes, afecta directamente la inversión en la conservación del patrimonio. En un contexto donde lo utilitario prima, nuestra gestión del legado cultural refleja los valores que proyectamos como sociedad, a menudo relegando su preservación a un segundo plano. Esto contrasta con el enorme potencial del patrimonio para generar identidad, pertenencia y arraigo colectivo.

Este marco nos lleva a preguntarnos: ¿res-

tauramos o digitalizamos? Planteadas a menudo como opciones excluyentes, ambas son esenciales y complementarias. La digitalización, ampliamente reconocida por especialistas, aporta herramientas clave para el registro, inventariado, estudio y gestión eficiente del patrimonio. Porque, más allá de escanear edificios y generar recreaciones virtuales, implica sistemas que pueden integrar los procesos administrativos, financieros, de restauración, investigación y difusión. No obstante,

estos procesos son costosos, requieren mantenimiento y sus beneficios no siempre son tangibles a corto plazo.

Por otro lado, disponemos de un patrimonio numeroso y en muchas ocasiones en precario estado de conservación. Es el resultado de años de ausencia de estrategias sólidas de conservación preventiva, que han permitido la acumulación de problemas que podrían haberse evitado. La exposición a agentes de deterioro, el uso inadecuado y la falta de intervenciones oportunas han dejado importantes bienes patrimoniales al borde del abismo. Esto hace que la restauración sea, en muchos casos, una carrera contrarreloj para preservar su integridad física y sus valores históricos. Además, en ocasiones, compete con los recursos destinados a la digitalización.

Resulta evidente: sin un patrimonio físico conservado, no habrá nada que digitalizar. Pero esta no debe ser una elección forzada. Restaurar y digitalizar son procesos que se refuerzan mutuamente. Así lo creemos, al

menos y así lo defendemos en la Fundación Santa María la Real. Mientras la restauración garantiza la supervivencia física y los valores tangibles e intangibles del patrimonio, la digitalización mejora su gestión y accesibilidad, optimizando los recursos disponibles. Una conservación preventiva eficaz debe ser el punto de partida para integrar ambas estrategias, ya que permite anticipar problemas, minimizar costes y preservar los valores del patrimonio con una visión a largo plazo.

En lugar de considerar estas acciones como excluyentes, debemos apostar por integrarlas dentro de una estrategia común que equilibre la atención al patrimonio material con la modernización de los mecanismos que aseguren su permanencia. Solo así podremos preservar y proyectar nuestro legado como una verdadera herramienta de desarrollo cultural, social y económico.

Joaquín García es arquitecto en Fundación Santa María la Real.

JORGE VALERO, PROFESOR DE LA USAL, Y MARÍA DOLORES CALABRIA NEURÓLOGA DEL HOSPITAL DE SALAMANCA

«Conocer más sobre la enfermedad de cada paciente y desarrollar nuevas terapias»

Jorge Valero Gómez, profesor titular de la USAL e investigador del Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL) y el Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) trabaja en el proyecto Cross-3DTools-4ALS con el que quieren «conseguir un nuevo modelo en el que investigar el origen de la ELA, que además permita estudiar las particularidades de cada paciente, pero además queremos dar a conocer esta enfermedad de la que tan poco sabemos», asegura.

Entre las ventajas que puede suponer para las personas con esclerosis lateral amiotrófica (ELA), Valero asegura que están «convencidos de que cualquier dato nuevo sobre los mecanismos celulares asociados a la ELA es relevante. Creemos que el proyecto permitirá conocer más sobre la enfermedad de cada paciente (medicina de precisión), el origen de la variabilidad entre pacientes y, a largo plazo, desarrollar nuevas terapias».

Pero el efecto en el área de salud del proyecto «Cooperación y transferencia tecnológica para el desarrollo de una nueva plataforma de

medicina de precisión para la esclerosis lateral amiotrófica» en el que colaboran las universidades de Salamanca y de Coimbra no se limita al ELA.

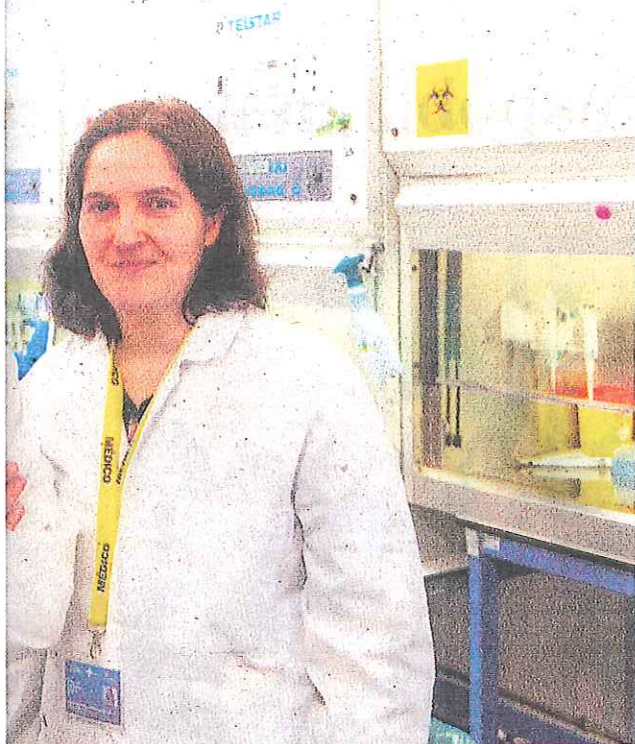
«Este proyecto abre las puertas para explorar esta tecnología y su potencial en otras enfermedades neurodegenerativas. Aplicando los protocolos que desarrollamos podrían obtenerse células de la orina de pacientes de otras enfermedades para explorar las particularidades de cada individuo», añade.

«Sin duda si esta tecnología se demuestra eficaz, sería muy interesante para crear modelos de muchas otras patologías. Especialmente quizá lo sea de patologías minoritarias. Por el sesgo de mi subespecialidad pienso en patología neuromuscular, que muchas veces son enfermedades raras, y que por tanto se ven desfavorecidas a niveles de la investigación. Conseguir un modelo no es sencillo, y quizá por este método se pueda facilitar la consecución del mismo, aprender más de ellas, y por supuesto, como siempre, poder llegar a una potencial terapia», argumenta María Dolores Calabria,

neuróloga del Hospital Universitario de Salamanca a cargo de la unidad de enfermedades neuromusculares y de la unidad de ELA. Centro del que obtienen la colaboración del personal sanitario que trata directamente con los pacientes y recogen los datos y muestras.

«Cada Institución participante tiene un papel fundamental. Desde la Universidad de Salamanca diversos miembros del Laboratorio de Plasticidad Neuronal y Neuroregeneración del INCYL forman parte del equipo al que se suman miembros del grupo de Terapia Celular y Medicina Regenerativa que colaboran para obtener células madre derivadas de la orina y desarrollar toda la tecnología en Salamanca», cuenta Jorge Valero.

De cara al futuro, el investigador del INCYL y el IBSAL incide que «Cross-3DTools-4ALS no se queda aquí, esperamos que los resultados obtenidos nos permitan solicitar financiación para dar continuidad a la plataforma. Pretendemos que las células puedan ser usadas en un futuro por otros investigadores y expandir aún más el uso de la tecnología que desarrollamos».



icipan en el proyecto Cross-3DTools-4ALS. IICAL

con los pacientes de ELA y nos permitan desentrañar los mecanismos celulares relacionados con esta enfermedad», asegura Valero.

PREDECIR SU DESARROLLO

Mediante este proyecto el objetivo fundamental de los investigadores es «generar una nueva herramienta para la investigación de la esclerosis lateral amiotrófica y que además sirva para poder predecir el desarrollo de la patología y probar fármacos en un futuro».

Para ello han repartido el trabajo de tal manera que la Universidad de Coimbra es la entidad principal del proyecto y desde es-

ta que se coordina todo.

El equipo de investigación de Salamanca ha recibido la formación necesaria para trasladar aquí la tecnología que permite conseguir células madre a partir de la orina para lo que han realizado visitas entre los laboratorios de sendas entidades.

Cross-3DTools-4ALS está dividido en diversas etapas. La primera fue la optimización del protocolo para obtener las células y la segunda optimiza protocolos para transformar las células madre derivadas de la orina en neuronas motoras y células musculares. «En esta fase caracterizamos las células mediante el análisis de las moléculas que expresan y el

de su función, hasta un análisis masivo de la expresión de genes con el fin de obtener información sobre los mecanismos que pueden tener alterados en el contexto de la ELA».

La siguiente etapa es «conseguir uniones entre neuronas y músculos funcionales y obtener datos sobre la contracción en modelos tridimensionales. En Coimbra son expertos en analizar la mitocondria, la parte de la célula encargada de producir energía, por lo que analizaremos su estado y su funcionamiento

y también intentaremos corregir los defectos que veamos en esas mitocondrias tratando a las células con diversos fármacos, lo que puede tener un cierto potencial terapéutico a largo plazo», añade.

«Por último, recopilaremos y analizaremos todos los datos obtenidos, tanto sobre el estilo de vida y características de los pacientes como los de sus células. Nuestro propósito es evaluar si este conjunto de datos nos permite clasificar a los pacientes de manera que se pueda dar un

diagnóstico más preciso, predecir la evolución de la enfermedad y, tal vez en un futuro, identificar el tratamiento que pueda funcionar mejor en cada paciente».

En la actualidad «hacemos recogida de orina mensualmente, hemos optimizado el protocolo de obtención de células y conservación y esto nos ha permitido pasar a la siguiente fase, mucho más emocionante: estamos diferenciando las células madre a células musculares y neuronas, con el fin de caracterizarlas», concluye el investigador del IBSAL.

BLOG OPINIÓN

Nanotecnología para la sociedad

ANTONIO DEL BOSQUE

En 1965, el físico Richard Feynman pronunció una frase visionaria: «Hay mucho espacio allí abajo», refiriéndose al dilatado y entonces inexplorado mundo de las dimensiones se miden en milmillonésimas partes de metro. Casi seis décadas después, la nanotecnología es desconocida para más del 95% de la población.

A escala macroscópica, estamos acostumbrados a las leyes de la física tal como las conocemos y las vemos. Por ejemplo, para que exista conductividad eléctrica

entre dos cuerpos, estos tienen que estar en contacto. Sin embargo, cuando bajamos al mundo de lo diminuto, esto es, la nanoescala, las reglas cambian drásticamente. En esta escala, los materiales no necesitan estar en contacto para que exista conductividad eléctrica. Estas diferencias permiten diseñar y manipular materiales con características completamente nuevas y personalizadas, abriendo un abanico de posibilidades que antes eran impensables.

En mi caso, utilizo la nanotecnología

para desarrollar materiales con funcionalidades avanzadas. Por ejemplo, un polímero con nanopartículas de carbono que pueda conducir la electricidad y, además, monitorizar su propio estado. También me centro en desarrollar materiales multifuncionales, es decir, que cumplan más de una funcionalidad, como los desarrollados con fibra de carbono y grafeno que cumplen funciones estructurales con bajo peso y, además, pueden almacenar energía. Este tipo de materiales están revolucionando sectores como la electrónica, la medicina o la energía, alcanzando soluciones más sostenibles y eficientes.

Con respecto a la primera idea, durante la pandemia pudimos desarrollar y patentar una mascarilla inteligente que permite monitorizar hasta a 20 km de distancia la respiración y el pulso de una



persona de manera remota. Esta mascarilla supone un bajo coste, es ligera y resistente a las condiciones adversas por lo que podrán ser utilizadas en incendios, en agua o en zonas con altas temperaturas.

La nanotecnología, con su inmenso potencial para transformar enfrenta desafíos clave: producción a gran escala, costes e impacto ambiental. Para integrarla plenamente en nuestra vida cotidiana, es vital fomentar la educación y divulgación científica, convirtiéndola en una herramienta accesible y reconocida. En el gran «espacio de allí abajo» el futuro está lleno de oportunidades; el reto es aprovecharlas para construir un mundo más innovador y sostenible.

Antonio del Bosque es coordinador del grado de Ingeniería Mecánica de la UCAV.

CASTILLA Y LEÓN

Nuevas unidades hospitalarias y psicólogos en el medio rural para refozar la salud mental

● Mañueco presenta la nueva Estrategia de Salud Mental que fortalece el «compromiso» y «cercanía» de la Junta con la atención a las personas vulnerables ● Se creará una figura para asistir a las víctimas de violencia de género

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
La salud mental, «el gran reto» en el siglo XXI para Alfonso Fernández Mañueco. «Un problema real» que desde su Gobierno en Castilla y León hará frente, y será con una nueva Estrategia de Salud Mental que abarca hasta el año 2050. Un plan para «liderar la ayuda a las personas que más lo necesitan, con mucha cercanía», que incluirá desde la dotación de psicólogos clínicos en las once áreas de salud de la Comunidad hasta nuevos hospitales de día y unidades de hospitalización específicas.

«Desde el Gobierno somos conscientes de esto y queremos liderar la ayuda a las personas que más lo necesitan», explicó el presidente de la Junta en la presentación de Estrategia de Salud Mental de Castilla y León (2024-2050). De esta forma, el objetivo es otro que dar «un paso más, un gran paso» a esta hoja de ruta diseñada para ofrecer a los pacientes una «atención más eficaz y de calidad».

Mañueco reiteró su «compromiso» con las personas vulnerables, un aspecto del que se retrotrajo hasta la época pandémica cuando creó una red de detección y alerta con la participación del ámbito sanitario, educativo y ámbito social. «Y puedo decir que hemos cumplido», destacó.

Desde el apartado educativo, el presidente de la Junta valoró positivamente la creación de casi 1.300 orientadores en los centros educativos para niños y adolescentes con «dificultades».

Sobre la labor de los profesionales, también incidió en aquellos integrados en los servicios sociales. «Están muy pendientes de los usuarios», afirmó, para subrayar a su vez su «capacidad» y «formación específica» para relacionarse con las personas mayores que son atendidas por la teleasistencia. «Tenemos que ser capaces de detectar cuando se producen situaciones difíciles para las personas mayores, por una soledad no deseada que es desde luego uno de los grandes problemas del siglo XXI, con-



Alfonso Fernández Mañueco presenta la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024-2030. JCVL

sideró Mañueco-, por una ausencia de entorno familiar o de amigos, por la edad avanzada. Tenemos que estar muy pendientes quienes tenemos responsabilidades públicas y yo asumo aquí ese compromiso», transmitió en presencia de las consejeras de Educación y Familia, Rocío Lucas e Isabel Blanco.

No faltó a la presentación de la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León (2024-2050) el titular del departamento de Sanidad, Alejandro Vázquez. Sobre esta rama, Mañueco destacó el «avance» en sus servicios, como ejemplificó con la prevención de las conductas suicidas y la coordinación con la atención con profesionales de enlace y de referencia en todas las áreas de salud.

Como en el ámbito educativo y social, la colaboración sanitaria no faltará en la nueva estrategia, con la pretensión de dotar a Castilla y León de una «red de salud mental a la vanguardia, en el marco de uno de los mejores sistemas de salud de España». Un aspecto que para

Mañueco, y con «orgullo», ya es una realidad.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Con todo este contexto puesto a disposición del Centro Cultural Miguel Delibes, en Valladolid, el presidente de la Junta cifró en 200 las acciones que esta estrategia contempla, en torno a siete líneas esenciales y cinco transversales que giran sobre la humanización, que busca respetar los derechos de los usuarios, tanto de los pacientes como de sus familias, y erradicar el estigma asociado a los trastornos mentales; prevención, basado en la idea de que la mejor manera de combatir los trastornos mentales es prevenir su aparición; coordinación, que implica acercar progresivamente la atención al entorno del paciente, como su domicilio y centro de salud, para lograr una intervención más temprana y efectiva; digitalización, facilitando la equidad en la atención a través de nuevas tecnologías; e investigación, dotando a los profesionales y ciudadanos de herramientas

para identificar y actuar ante situaciones de riesgo, lo cual resulta esencial para erradicar el estigma y facilitar el abordaje de trastornos mentales.

Un plan en conjunto que gira sobre el «compromiso» con las personas vulnerables. «Vamos a ayudar a las personas a superar las situaciones difíciles que puedan afectarnos a todos, porque nadie está libre de tener un mal momento, temporal o permanente, por el fallecimiento de seres queridos, la pérdida del trabajo o también por esa soledad no deseada», se comprometió.

... nombrar cada una de las acciones, Mañueco indicó algunas aspectos más «relevantes» como la acentuación de los «planes de seguimiento personalizado» para prevenir las conductas de autolesión y suicidas, a quienes las sufren y a sus allegados. «Ya hemos creado redes que creo que están siendo bastante eficaces, en las que participan desde el ámbito educativo, los servicios sanitarios también», recordó. Y asimismo, los pro-

MEDIDAS

Aumento de servicios de salud mental para las personas mayores. La Junta de Castilla y León los reforzará con consultas de psicogeriatría para optimizar tratamientos y seguir casos complejos.

Más profesionales de salud mental a los centros de salud. Se incrementará la dotación de psicólogos clínicos en las 11 áreas de salud de la Comunidad, incluyéndose centros de salud rurales.

Unidades de hospitalización específicas. En 2025 se abrirán en Salamanca, para atender adicciones; en León, para trastornos del neurodesarrollo; y en Burgos, con una nueva unidad infantojuvenil para trastornos de la conducta alimentaria.

Refuerzo de ayuda a mujeres. La Junta creará una figura para reforzar la ayuda a las mujeres que sufren violencia machista e implementará programas de atención perinatal para aquellas con trastornos mentales.

Profesionales de servicios sociales también estarán para detectar casos en diferentes ámbitos, como por ejemplo en los campamentos de verano.

MUNDO RURAL

Parte de los objetivos de la Junta de Castilla y León se trasladaron hasta las zonas rurales. Hasta allí, según confirmó Mañueco, se acer-

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

LA POSADA

EL MUNDO

Todos los viernes una mirada a los atractivos de Castilla y León

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

cará la salud mental a los distintos centros de salud ante la problemática especial y agudizada que acaparan estas demarcaciones. «Queremos aumentar la dotación de psicólogos clínicos en las 11 áreas de salud que tiene nuestra comunidad autónoma», avanzó el presidente del Ejecutivo autonómico durante la presentación de la estrategia.

En Sanidad, en concreto para «reforzar la Atención Primaria», se acercará a los profesionales de salud mental a los centros de salud, ya sea de «físicamente o a través de la tecnología».

Desde el ámbito hospitalario, Mañueco aseguró que se potenciará el trabajo de la red de hospitales de día y los programas de hospitalización parcial que fun-

cificas, que cubrirán las necesidades de las 9 provincias de la región.

De esta manera, en 2025 estará operativa en Salamanca una unidad con especial atención a la patología dual con adicciones; en León, se pondrá en funcionamiento una unidad para patología dual por discapacidad intelectual o trastornos del neurodesarrollo; Burgos dispondrá de una nueva unidad infantojuvenil para trastornos de la conducta alimentaria y, al igual que Valladolid, dispondrá de programas de hospitalización a domicilio infanto-juvenil, pioneros a nivel nacional.

Por otro lado, aumentarán los servicios de salud mental para las personas mayores, que se reforzarán con consultas de psiquiatría o incluso unidades específicas para optimizar tratamientos y realizar el seguimiento de casos complejos. «Esto va a servir para optimizar los tratamientos y para hacer un seguimiento especial en aquellos casos más complejos», explicó Alfonso Fernández Mañueco.

Además, este mismo año comenzarán a ponerse en marcha las unidades multidisciplinarias contra el deterioro cognitivo, que se irán completando a lo largo de la vigencia de la Estrategia.

A su vez, la Junta de Castilla y León implantará programas de atención perinatal a mujeres con trastorno mental y creará la figura del 'referente en violencia de género' para reforzar la asistencia a mujeres que sufren la violencia machista. Y

habrá programas de apoyo emocional para personas que atienden a dependientes o a otros colectivos vulnerables.

«Ahora no acaba una etapa, sino que comienza una con más fuerza para atacar con prevención, con la atención sanitaria y con la atención social, la salud mental. Aquellas personas que la sufren, cuentan con todo el apoyo de los profesionales», concluyó Mañueco, que no se olvidó de agradecer a organizaciones profesionales, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y asociaciones de familiares que han participado en la elaboración de la Estrategia de Salud Mental hasta 2050. «Aquellas personas que la sufren, cuentan con todo el apoyo de los profesionales», prometió.

La incidencia de la gripe se triplica en una semana y eleva las hospitalizaciones

Los pacientes atendidos en urgencias con cuadro gripal crecen un 9% y ya están ocupadas siete de cada diez camas hospitalarias

RICARDO GARCÍA VALLADOLID

La gripe, esa enfermedad tan común y que incluso se usa para definir cualquier infección respiratoria, ha vuelto este año a las andadas dejando tras de sí un reguero de contagios que, inevitablemente, han tenido su efecto tanto en los servicios de urgencias como en las hospitalizaciones. Todo ello, eso sí, en mucha menor medida que al ritmo que crece esta patología, considera ya desde hace semanas una epidemia y que en los últimos siete días ha multiplicado por tres su incidencia.

Así lo evidencian las cifras del último informe del seguimiento de las infecciones respiratorias agudas (Sivira) publicado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y al que ha tenido acceso este periódico. En este documento se sitúa la incidencia de la gripe en los 219 casos por cada cien mil habitantes, una tasa casi tres veces superior a los 76 casos que se contabilizaban en el informe de la primera semana del año.

En este sentido, conviene señalar que mientras que la gripe mantiene el ascenso de su incidencia, otras enfermedades respiratorias como el Covid 19 apenas alcanzan los tres casos por cada cien mil habitantes, dos menos que la semana anterior. En todo caso, la tasa de incidencia de todas las infecciones respiratorias agudas es actualmente de 1.141 casos, mientras que en el periodo anterior se situaba en los 908.

Por otro lado, otro indicador de que la presencia de la gripe va en aumento es el porcentaje de positividad en muestras centinelas, que ya alcanza el 50%. Esto significa que la mitad de las pruebas que se realizan para hacer el seguimiento de la enfermedad resultan positivas, algo que además se puede ver entre la sociedad, con un sinnúmero de contagiados en las últimas semanas.

A pesar de este notable aumento de la incidencia, no obstante, el mismo informe Vigira señala que el síndrome gripal se mantiene todavía como epidemia de intensidad baja, mismo nivel que alcanzan la bronquitis y la bronquiolitis. No obstante, para el conjunto de las infecciones respiratorias agudas, el informe las sitúa ya en intensidad moderada.

Por otra parte, fuentes sanitarias consultadas por este periódico avanzan que la incidencia continuará en ascenso, al menos, dos semanas más, puesto que no es hasta finales de enero y principios de febrero cuando se prevé que se alcance el pico y los casos empiecen a disminuir.

En todo caso, y más allá de una



Campaña de vacunación contra la gripe, en una imagen de archivo. ICAI.

mayor cifra de contagios, este aumento de la incidencia tiene también otros efectos. Por un lado, en la última semana el número de pacientes atendidos en urgencias se ha elevado un 9%, un dato que se incrementa hasta los 16 puntos porcentuales en el tramo de población de más de 75 años, tal y como señalan las mismas fuentes sanitarias consultadas.

Por otro lado, y en relación con esto, a lo largo de los últimos siete días los ingresos hospitalarios han aumentado un 13% para el conjunto global de la población y un 24% en los mayores de 75 años. Todo ello hace, además, que la ocupación media de las camas en los hospitales públicos de Castilla y León sea de un 71%, es decir, con solo tres de cada diez camas libres.

GRIPES Y B

Con respecto a la evolución del virus de la gripe en las últimas semanas, el jefe de Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid explica que en esta temporada se ha detectado especial presencia de dos tipos de este microorganismo, concretamente el A y el B. Es más, dentro de ese tipo A, Eiros señala a los subtipos H1N1 y H3N2 como los principales causantes de los recientes datos de incidencia, si bien apunta que el caso de Castilla y León es similar al de otras comunidades autónomas.

Por otro lado, Eiros también señala que la observación de la gripe desde hace cuatro décadas permite establecer que esta enfermedad respiratoria «nos visita durante 12 o 16 semanas entre el otoño y el invierno». «Sufrió un silencio durante la pandemia porque el SarsCov2 circuló de manera hegemónica», añade, pero explica que en la actualidad su pre-

sencia ha recuperado niveles normales.

Por otra parte, y como tercera clave de estas cifras, el jefe de Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Río Hortega explica también que «el sistema sanitario de Castilla y León se dotó de capacidad de diagnóstico de las enfermedades respiratorias víricas», lo que hace más fácil identificar qué microorganismo causa las patologías, ya que también están en circulación otros como los rinovirus y los adenovirus.

En cuanto a la «gripe clásica y consolidada», Eiros apunta que el cuadro sintomático es «muy evidente» con fiebre alta, afección respiratoria como dolor de garganta y tos improductiva y malestar general. «Dura entre cinco y siete días», detalla, «y deja un profundo cansancio residual que condiciona el absentismo laboral».

Mientras tanto, otros virus que también están en circulación causan «cuadros de menor entidad», por lo que Eiros apunta que si bien la vacuna de la gripe no evita el contagio, sí favorece una reducción de las complicaciones.

Por el momento, en todo caso, es pronto para hacer un análisis de esta nueva ola de gripe, el cual se llevará a cabo una vez haya remitido y los expertos dispongan de toda la información. En cualquier caso, lo que sí puede avanzar Eiros es que el tipo de virus A H3N2 tiene «un tipo de patogenicidad un poco superior», a pesar de que se encomienda a esos análisis posteriores antes de poder definir la ola actual. En todo caso, el informe Vigira de Sanidad hace un apunte a este respecto y señala que entre las muestras centinelas que dieron positivo, se ha detectado un predominio del tipo A H1 sobre el A H3 y el B.

LAS CLAVES DE LA PSICÓLOGA LAURA ROJAS ANTE LAS DIFICULTADES

La psicóloga clínica y comunicadora Laura Rojas Marcos recomendó apoyarse en las fortalezas de cada uno, así como en los aprendizajes adquiridos durante la infancia para hacer frente a los cambios vitales, vinculados a la pérdida de un ser querido, del empleo o una transformación en el entorno, que generan «miedo» y «vértigo emocional» en un mundo que definió como «VICA», «volátil, complejo, incierto y ambiguo». «¿En qué miedo descubriste que eras valiente?», planteó como la pregunta que ayuda a los que afrontan momentos de ansiedad, estrés o presión por el cambio a afrontar. Con ello, en la jornada de presentación de la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León, explicó que se hace frente a la situación nueva sin ignorar el medio, pero conectando con la valentía de cada uno para superar ese acontecimiento de una manera saludable. Precisamente, la ponente sostuvo que son necesarios hábitos saludables y estrategias de afrontamiento para hacer frente al estrés, presión o angustia por un cambio en la vida. Para ello, planteó recurrir a los aprendizajes adquiridos desde la infancia, sean cuales sean las dificultades, a través de las fortalezas de cada uno. Laura Rojas Marcos también aludió a la comunicación y la confianza como dos de los «grandes pilares».

cionan en todas las provincias, ya que remarcó que estos recursos son «muy importantes» para atender a las personas sin separarles de sus familias y entornos. También se crearán nuevas unidades hospitalarias especializadas dirigidas a niños y adolescentes, quienes se han beneficiado de una red con casi 1.300 orientadores en los centros educativos, y aumentarán los servicios para las personas mayores, con consultas específicas y con unidades multidisciplinarias en todas las áreas de salud de la Comunidad.

En lo que se refiere a infraestructuras sanitarias, además de los nuevos hospitales de día en Salamanca, León y Burgos, el Gobierno autonómico creará unidades de hospitalización espe-

PAPEL | CIENCIA

La revista diaria de EL MUNDO. Martes, 14 de enero 2025

AVANCE ANTIOBESIDAD

DESCUBREN UN NUEVO MECANISMO 'QUEMAGRASAS'

Por Cristina G. Lucio (Madrid)

No todo el tejido adiposo que tenemos en el organismo actúa como un mero almacén de energía para el futuro. Hace tiempo que se sabe que además de la llamada grasa blanca, en nuestro cuerpo también albergamos grasa parda, un tejido cuyo papel en la regulación de la temperatura corporal, la producción de calor y el gasto energético es clave. Hallar vías de activar en mayor medida la grasa parda es, de hecho, una estrategia antiobesidad que exploran distintos grupos. En esa senda, investigadores del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) y del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) han abierto una nueva vía a través de una posible nueva diana para el tratamiento de la obesidad. Dirigido por Guadalupe Sabio, jefa del Grupo de Interacción entre las Enfermedades Metabólicas del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), y Cíntia Folgueira, del CNIO y del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), este equipo ha descubierto un nuevo mecanismo mediante el que el organismo puede quemar la grasa de tipo marrón para convertirla en calor. Según explica Sabio, se trata de un mecanismo alternativo a la vía de termogénesis asociada a la grasa parda que ya se conocía, por lo que su descubrimiento abre la puerta a una nueva forma de combatir el exceso de peso. «La cantidad de calor que cada persona produce está muy relacionado con lo que se conoce como metabolismo basal, es decir, la cantidad de energía que gastamos sin hacer ejercicio», detalla Sabio. «Se sabe que activar la grasa parda y, por tanto, la termogénesis, es una vía para perder peso».

En personas con obesidad el mecanismo tradicional de termogénesis está apagado, no funciona como debería. Pero, además, en ellas se pone en marcha un mecanismo que tampoco permite quemar grasas con efectividad. Este proceso está controlado por la proteína MCJ, presente en las mitocondrias, una especie de calderas que producen energía en el interior de la célula.

Las investigadoras han descubierto, en experimentos en ratones, que si eliminan la proteína MCJ en animales que padecen obesidad, estos individuos producen más calor y pierden peso. Es más, las científicas comprobaron que «era posible reducir el peso de ratones con obesidad al trasplantarles grasa sin esa proteína», señala Sabio.

Además, la investigación –cuyos detalles se publican en la revista *Nature Communications*– también puso de manifiesto que la eliminación de la proteína, «protegió a los animales frente a los problemas de salud que provoca la obesidad, como diabetes o el hígado graso», aclara la investigadora del CNIO. El objetivo del grupo es determinar el bloqueo de la proteína en pacientes con obesidad. Aunque el primer paso, como subraya Sabio, «es entender completamente qué función tiene en la mitocondria. Sabemos que se une al complejo I pero no conocemos bien sus funciones».

«Desde hace tiempo, se piensa que se podría prevenir la obesidad consiguiendo que esta grasa gaste más energía al generar calor. Así que lo primero es entender su funcionamiento», añade. En los estudios en animales, la investigadora recuerda que en los animales a los que se les ha eliminado la citada proteína se ha observado la misma supervivencia y no se han apreciado problemas cardiovasculares ni ningún otro efecto secundario. «Pero aún así y tenemos que seguir investigando para ver si pudiera tener algún efecto específico en algún tejido».

DESCUBREN LA MECHA QUE ENCIENDE LOS OSTEOSARCOMAS

Tumores óseos. Un estudio identifica un nuevo mecanismo detrás de la mitad de estos cánceres y un biomarcador que predeciría su evolución

Por Cristina G. Lucio (Madrid)

Hay muchas incógnitas sobre las causas del osteosarcoma, un tumor maligno que se origina en el hueso y afecta principalmente a niños y adolescentes. Sin embargo, un equipo de investigadores del Instituto Europeo de Bioinformática del Instituto Europeo de Biología Molecular (EMBL-EBI) liderados por el español Isidro Cortés-Ciriano, ha conseguido identificar el mecanismo que enciende la mecha en la mitad de los casos de este tipo de cáncer que, aunque es infrecuente, es el tumor óseo más frecuente en la edad pediátrica.

«Sabíamos desde hace años que las células del osteosarcoma tienen algunos de los genomas más complejos observados en cánceres humanos, pero no podíamos explicar los mecanismos detrás de esta complejidad», explica Cortés-Ciriano, jefe de grupo en EMBL-EBI y coautor principal del estudio. Pero gracias al estudio de múltiples muestras mediante tecnología innovadora que permite leer secuencias largas de ADN, «ahora hemos podido comprender cómo los cromosomas se rompen y reorganizan, y cómo esto impacta en la progresión de la enfermedad», señala. Las conclusiones de su trabajo se han publicado en el último número de la revista científica *Cell*.

Gracias a la colaboración entre investigadores del Instituto Europeo de Bioinformática del EMBL (EMBL-EBI), el University College London, el Royal National Orthopaedic Hospital y el laboratorio de I+D de Genomics England, los científicos pudieron desarrollar la mayor base de datos de genomas completos de pacientes con osteosarcoma. Con ese recurso en mano, los científicos se valieron de técnicas de secuenciación de última generación que permiten analizar secuencias de ADN mucho más largas que los procedimientos rutinarios y estudiar distintas regiones de cada tumor.

Este análisis permitió destapar un corte en el cromosoma 17, un mecanismo mutacional, denominado cromotripsis por pérdida-translocación-amplificación (LTA, por sus siglas en inglés), que encendía la mecha del proceso tumoral en casi la mitad de los casos estudiados. Ese mecanismo es el que genera en primera instancia un proceso de reordenamiento de los cromosomas. En cuanto se enciende esa mecha, explica Cortés-Ciriano, las células adquieren mutaciones, se activan oncogenes y las células del cáncer empiezan a crecer rápidamente. Los cromosomas reordenados en las células cancerosas siguen adquiriendo cambios adicionales a medida que la enfermedad progresa, lo que ayuda a los tumores a soslayar las terapias.

La investigación también permitió identificar un biomarcador que permitiría discriminar a los pacientes que no se van a poder beneficiar de los tratamientos. «Esto es importantísimo para proporcionar tratamientos más personalizados y evitarles los efectos innecesarios de terapias tóxicas», ha señalado en una nota Adrienne Flanagan, profesora en el University College London y coautora principal del estudio.

SORIA

El robot quirúrgico del Santa Bárbara estará operativo el segundo semestre

La Junta, través de la Gerencia, adjudicó ayer el suministro del nuevo aparato para el hospital a la empresa Abex Excelencia Robótica por 1,6 millones y un plazo de 60 días

SORIA

La Junta de Castilla y León, a través de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, ha publicado en la Plataforma de Contratación del Sector Público la adjudicación del suministro de un sistema de cirugía robótica asistida, junto con su instalación, puesta en funcionamiento y la formación del personal en el Complejo Asistencial Universitario de Soria. El expediente ha sido adjudicado a la empresa Abex Excelencia Robótica, S.L., por un importe de 1.597.200 euros (impuestos incluidos), siendo el plazo de ejecución de 60 días, según informaron desde la propia administración autonómica. La previsión es que esté operativo en el segundo semestre del año, según indicaron desde la Junta.

El sistema de cirugía robótica estará compuesto por una consola de cirujano, un conjunto de brazos robóticos, una torre de visión y un simulador, para la realización de cirugías en las especialidades de Cirugía General (colorrectal, gastroesofágica, hepatobiliar, obesidad y pared abdominal), Urológica (próstata, riñón y vejiga), Ginecológica (oncológica y benigna) y Otorrinolaringología (patología benigna y maligna de faringe, laringe y cuello).

Según explicaron desde la Junta con motivo de la adjudicación «el sistema de cirugía robótica ofrecerá una serie de ventajas para el Complejo Asistencial Universitario de Soria en comparación con la cirugía abierta convencional o con la laparoscópica, tanto desde el punto de vista del cirujano, beneficios clínicos, y sobre todo para los pacientes intervenidos». Además, «esta nueva tecnología mejorará significativamente la calidad asistencial prestada a los usuarios del sistema público de salud, optimizando al máximo el resultado de las intervenciones quirúrgicas realizadas».

Desde el Gobierno autonómico recalcan que «es importante significar que este tipo de dispositivos de última generación constituyen una forma de atraer o retener talento en un momento de déficit generalizado de profesionales, además de mejorar la equidad, incorporando nuevas tecnologías en áreas de salud con escasa población, en la continua mejora de la cartera de servicios».

Desde un punto de vista operativo, con estos sistemas robóticos se podrán realizar intervenciones complejas con técnicas menos invasivas, lo que generará una reducción de estancias hospitalarias. «Los



Un robot quirúrgico durante una intervención. HDS

pacientes se beneficiarán también por la reducción de las complicaciones postoperatorias en algunas patologías, al tratarse de una técnica quirúrgica de mayor precisión, la minimización del periodo de recuperación y podrán retomar a su actividad habitual en un menor periodo de tiempo», insisten.

SEGUNDO SEMESTRE

El Hospital Santa Bárbara de Soria lleva varios años realizando una destacada actividad quirúrgica mediante técnicas de laparoscopia, y ha ido incorporando los modelos 3D y sistema de fluorescencia con verde indocianina.

Esto supone que los cirujanos del centro, de todas las especialidades, tienen un alto nivel de cualificación y de experiencia quirúrgica de este tipo y de una calidad acreditada. Por ello, una vez que ya la cirugía del Hospital Santa Bárbara de Soria, en todas sus especialidades, ha consolidado la técnica de laparoscopia, este nuevo sistema robótico proporcionará mayor calidad técnica, posibilitando acceder a una cirugía más compleja, con técnicas menos invasivas para el paciente y más precisión y comodidad para el cirujano.

La puesta en marcha de este nuevo equipamiento se producirá tras las instalaciones necesarias y cuan-

do concluya la formación intensiva que requerirán los profesionales en esta nueva técnica, algo que presumiblemente se pueda producir en el segundo trimestre del año 2025, teniendo en cuenta que el plazo de ejecución del contrato asciende a 60 días.

El objeto de este expediente se encuentra dentro de las acciones propuestas por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en el marco del programa Castilla y León FEDER 2021-2027.

MAÑUECO

Fue el pasado mes de septiembre cuando el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, anunció la llegada a Soria del nuevo dispositivo tecnológico para la atención sanitaria en la provincia. Ocurrió durante un debate en las Cortes durante su contestación a la pregunta formulada por el portavoz de Soria Ya en las Cortes, Ángel Ceña, que versaba sobre la voluntad negociadora del máximo responsable del Ejecutivo autonómico.

Durante su intervención, el máximo responsable de la Junta avanzaba «una nueva mejora en el Hospital Santa Bárbara». De esta forma explicó que «a principios de año» el complejo sanitario soriano contará «con un robot quirúrgico que estará entre los mejores

dé la Comunidad Autónoma y de España». «Ya se están dando los trámites», aseguró en aquel momento. El proceso de contratación arrancará un par de meses después, en noviembre, y ahora se procede a la adjudicación. Tras la formalización del acuerdo, se activará el plazo de ejecución que, como está explicado, es de 60 días.

No será la única mejora tecnológica que estrene el hospital en este 2025 que será también el del inicio del servicio de Radioterapia. Vinculado con esta cuestión, el pasado mes de diciembre suministro, instalación y puesta en marcha de un tomógrafo computarizado espectral para simulación en la nueva Unidad Satélite de Radioterapia con un presupuesto de licitación de 750.200 euros (impuestos incluidos) y un plazo de entrega de 120 días. Se trata de un servicio de radioterapia esencial para la planificación precisa del tratamiento, la localización exacta de los tumores, el cálculo de dosis y la seguridad del paciente y sirve como base para técnicas de radioterapia como la IMRT (Radioterapia de Intensidad Modulada) y la IGBT (Radioterapia Guiada por Imágenes), donde la información anatómica precisa es crucial para obtener buenos resultados en el tratamiento del cáncer.

Soria cierra el 2024 con 8 víctimas mortales menos en las carreteras

SORIA

Castilla y León cerró el pasado año con 111 siniestros mortales en los que fallecieron 126 personas, un 5,8 % más que en 2023, cuando se contabilizaron 119, y otras 401 personas sufrieron heridas que requirieron su ingreso hospitalario. Además, 2024 marcó un hito en cuanto a la movilidad por carretera en la Comunidad al registrarse la cifras más altas de la serie histórica con 47,53 millones de desplazamientos por vías interurbanas. Las provincias con disminución del número de fallecidos fueron Soria (-8), Segovia (-6), Salamanca (-2) y Burgos (-1). Mientras que los aumentos se registraron en Palencia (+8), Zamora (+8), Ávila (+4), León (+3) y Valladolid (+1).

El pasado año aumentaron los siniestros con múltiples víctimas, aquellos en los que se registran dos o más víctimas mortales. Del total de siniestros mortales (111), 13 (el 12 %) fueron accidentes con múltiples fallecidos en los que se concentró el 22 % de las víctimas mortales (28). En comparación con 2023, supone un aumento en el caso de los siniestros con múltiples (+3) y en las víctimas mortales (+6), según datos de la Delegación del Gobierno recogidos por Ical.

Además, el 24 % de los fallecidos en turismo y furgoneta no hacía uso del cinturón de seguridad en el momento del siniestro. Las vías convencionales siguen registrando el 81 % de las víctimas mortales (102), mientras que en autopistas y autovías se contabilizaron el 19 % de los fallecidos (24).

En cuanto al medio de desplazamiento, los vehículos tipo turismo siguen acumulando el mayor número de víctimas mortales, el 62 % del total, con aumento del 16 % con respecto al 2023. Las víctimas mortales en camión de más de 3,5 toneladas registra una disminución del 50 %. Sin embargo, el camión de menos de 3,5 toneladas ha aumentado en 5 víctimas mortales, pasando de 0 en 2023 a 5 en 2024.

En 2024 descendió en un 17 % la mortalidad de los usuarios vulnerables (-6) gracias a la disminución de peatones fallecidos, con cinco menos que en 2023. Los usuarios de motocicleta representaron la mayoría de las víctimas mortales entre los fallecidos vulnerables con tres víctimas mortales en autopista y autovía y 19 víctimas mortales en carreteras convencionales.

Doctora Montero, la médica que incendió la sanidad andaluza y ahora quiere curar al PSOE-A

No destacó en las aulas de la Facultad de Medicina de Sevilla y sus compañeros la recuerdan más interesada en mandar que en curar. Pretende sanar los males del socialismo andaluz, pero cuando mandó en la sanidad pública fue peor el remedio que la enfermedad

la izquierda, mucho más radical en aquella época y de cuya militancia daba muestras a la mínima oportunidad. No en vano estaba muy próxima al comunismo y su trayectoria política se inicia en las Juventudes Obreras Cristianas (JOC), de las que formaba parte cuando, con solo 18 años, atravesó el dintel de la Universidad de Sevilla, matriculada en Medicina y Cirugía pero, apuntan sus colegas de promoción, más interesada ya en el poder que en curar. «A ella no le interesaba ser médico, le gusta-

ba el poder y ya está». Quien habla es Javier Gutiérrez Caracul, cuyo rostro, bastante más bisoño, aparece en la misma orla universitaria en la que Montero ocupa uno de sus extremos. Estuvieron juntos durante toda la carrera y luego se reencontraron en el Hospital Virgen del Rocío. Se cruzaron, cuenta este médico de urgencias, en un pasillo y él le preguntó si había vuelto para hacer la residencia. Montero le contestó: «No, soy tu subgerente». La gestión, el mando, fue la verdadera vocación

de la doctora Montero, que no llegó a hacer el MIR, como le recordó en aquel encuentro su compañero de promoción. En lugar de eso, hizo un curso de gestión en Barcelona y de ahí pasó a las salas de mandos de distintos centros hospitalarios, hasta llegar al Virgen del Rocío, el más importante de Andalucía y que sería su trampolín para entrar en la política con mayúsculas, en primera fila. De aquellos primeros tiempos de filocomunista —llegó a frecuentar un grupo obrero cristiano en la parroquia de la Ó di-

gido por el padre Manolo— le quedan aún vestigios a la ahora disciplinada militante socialista. «Hasta la victoria siempre», dijo, emulando al Che Guevara, en la presentación pública de su candidatura esta semana en un hotel de Sevilla.

Otro médico, como ella, que la conoció en los tiempos de su despertar al activismo y a la política es Luis Pizarro. Miembro destacado de Izquierda Unida —llegó a ser candidato a la Alcaldía de Sevilla— y luego adjunto al Defensor del Pueblo Andaluz, era el delegado de la Facultad de Medicina cuando llegó la novata Montero. «Coincidíamos continuamente, era muy diligente y muy comprometida y estaba metida en todos los follones», cuenta este médico y político —en eso también coincidieron— ya retirado y que vio en Montero, desde el principio, «dotes de mando, era mandona».

El doctor Gutiérrez Caracul va un poco más lejos y asegura que «no tiene escrúpulos», aunque le reconoce que «no es tonta». El médico sevillano no le perdona a su antigua compañera el expediente que le abrió la Consejería de Salud, con Montero de consejera, que a punto estuvo de costarle la carrera después de que se filtrara un video robado en el que comentaba la muerte del futbolista Antonio Puerta.

Con los años, aquella estudiante —que no fue demasiado brillante y destacó más fuera que dentro del aula— demostró que se le daba bien el mando. Primero en el área hospitalaria de Valme y, más tarde, en el Virgen del Rocío, donde llamó la atención del que era en aquel momento consejero de Salud de Manuel Chaves, Francisco Vallejo (uno de los condenados por los ERE antes del borrado del Constitucional), que fue el que le fichó como vicesconsejera en 2002.

Montero tardó poco en ocupar su puesto, apenas dos años, y desde 2004 se

sentó ya en la primera fila del consejo de gobierno de la Junta de Andalucía, sobreviviendo a tres presidentes: Chaves, con el que entró; José Antonio Grifán, que la mantuvo, y Susana Díaz, que la colocó en Hacienda.

Un antiguo consejero socialista, con el que compartió gobierno, destaca su capacidad de trabajo y lo que le gustaba picar canapés de salchichón antes de las reuniones en el Palacio de San Telmo.

«Desde el principio, se veía que tenía potencial», recuerda Pizarro echando la vista atrás.

Otro compañero de promoción, hoy un distinguido médico especialista, le recuerda el mismo carácter. «No ha cambiado mucho, era igual de chillona que ahora», dice bajo condición de anonimato. Es autónomo, señala, y ya le han hecho unas cuantas inspecciones tributarias.

También la recuerda como «radical y sectaria» y rememora una ocasión en la que, como delegada de clase, «no movió un dedo» por un grupo de compañeros que se había marchado un año al ejército y que, a su regreso, le pidió que mediará para que pudieran hacer los exámenes del primer trimestre. «Como decía que éramos unos fachas, nilo intentó», afirma.

Entre los compañeros con los que ha contactado *Crónica* son pocos los que la elogian y menos aún los que no la critican por su gestión de la sanidad andaluza.

Hay muchas muestras de ello en el grupo de

WhatsApp de la promoción 1984-1990 (en el que ella no está, por cierto) y, cuentan algunos de sus miembros, en el hecho de que no acudiese a la celebración de los 40 años de la graduación, en el Círculo de Labradores, en Sevilla, hace unos meses.

«No vino porque sabía cómo la iban a recibir», dice uno de sus compañeros de facultad.

Pero si hay un médico que la tuvo entre ceja y ceja ese fue el granadino Jesús Candel, más conocido por su alias *Spiriman*. El líder de la rebelión de los sanitarios andaluces contra algunas de las medidas estrella que promovió, precisamente, Montero. Sobre todo la llamada fusión hospitalaria, una reestructuración del sistema público que incendió la sanidad andaluza.

El malogrado *Spiriman* le culpó en sus videos virales de haber montado «una trama corrupta» para nombrar a dedo a los altos cargos del SAS y la culpaba, además, del desastre provocado por la creación de las unidades de gestión hospitalaria, una fusión encubierta de hospitales hasta entonces independientes que dio tan mal resultado que acabó rectificándose.

Entre los que sí la defienden destaca Manuel Romero, jefe de Digestivo del Virgen del Rocío y amigo incondicional de la ministra. Los dos formaron parte del grupo de amigos de la facultad, compartían apuntes y horas de estudio. La doctora Montero «no tiene parangón», resume.



CASTILLA Y LEÓN



Alfonso Fernández Mañueco, ayer, con el nuevo rector de la UBU, José Miguel García (derecha) y su antecesor, Manuel Pérez Mateos (izquierda). SANTI OTERO

Mañueco anuncia reuniones con Burgos y León para abordar sus grados de Medicina

La Junta ofrece sus infraestructuras sanitarias a los rectores de ambas universidades, pendientes de evaluar costes, profesorado y ubicaciones con los consejeros de Sanidad y Educación

DIEGO SANTAMARÍA BURGOS Alcanzado el «necesario consenso» y cumplida la promesa de implantar el grado de Medicina en la Universidad de Burgos (UBU), el presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, pondrá a disposición todas las infraestructuras sanitarias del servicio público regional, a través de diferentes convenios, para el desarrollo de esta nueva titulación, que comenzará a impartirse en el curso 2026-27 tanto en Burgos como en León.

Aprovechando su intervención con motivo de la toma de posesión del nuevo rector de la UBU, José Miguel García, el mandatario autonómico avanzó ayer que ya se ha empezado a trabajar en la memoria del plan de estudios de Medicina para alcanzar la «necesaria viabilidad y excelencia educativa». Al mismo tiempo, anunció que los consejeros de Sanidad y Educación, Alejandro Vázquez y Rocio Lucas, se reunirán «por separado» dentro de unos días con García y la rectora de la Universidad de León, Nuria González, con el fin de dar los «pasos necesarios» en materia de «infraestructuras, costes, ubicaciones, profesorado y formación».

Consciente de que la implantación de Medicina en Burgos es fruto de una «gran ilusión colectiva», Mañueco se mostró convencido de que «todos vamos a estar a la altura». Del mismo modo, no dudó en destacar la importancia del futuro Centro de Investigación Biosanitaria en

la capital burgalesa, que comenzará a operar este mismo año, como «revulsivo» para potenciar el sistema sanitario de la Comunidad.

Sobre la llegada de este grado a Burgos, el nuevo rector de la UBU aseveró nada más tomar posesión del cargo que «no defraudaremos a ninguna de las miles y miles de personas de la sociedad burgalesa» que durante los últimos años han defendido la viabilidad de esta titulación. Asimismo, prometió «trabajo y dedicación» para ir de la mano del sector sanitario, que no solo respalda la propuesta, sino que además ha despertado el interés de «más de 200 facultativos» para dar clases en la UBU.

Como era de esperar, el presidente de la Junta no desaprovechó la ocasión de asegurar que Castilla y León cuenta con un sistema educativo «cada vez más potente y atractivo». «El mejor de España y uno de los mejores del mundo», según sus propias palabras, gracias a universidades como la de Burgos, con «excelentes indicadores de I+D+i» y situada entre las mejores del país si hablamos de investigación y patentes.

Partiendo de esa base, Mañueco sacaba pecho al señalar que su Ejecutivo ha aumentado un 25% la financiación de la UBU hasta alcanzar una dotación de 52 millones de euros, lo que ha permitido sumar 109 nuevas plazas en una plantilla que ronda los 1.300 profesionales. O que la bajada de las tasas universitarias

haya contribuido a elevar el número de alumnos, que se acerca a los 9.000 en este curso.

Dispuesto a repasar los aspectos más destacados de su actual mandato, el líder autonómico puso el foco sobre todas aquellas medidas encaminadas a reforzar la investigación académica con el fin de retener talento y, por ende, combatir la despoblación. Por ejemplo, a través del programa *Andrés Laguna*, cuya modalidad *Junior* convocada recientemente, promoverá la contratación de 15 doctores universitarios con «potencial de alto impacto».

También recordó Mañueco la resolución de ayudas para grupos de investigación, un total de 100 en toda la Comunidad y 26 pertenecientes a la UBU. Además, indicó que dentro de poco se habilitará una partida destinada a subvencionar las ciencias aplicadas mientras se siguen respaldando económicamente los planes complementarios de investigación, con la Universidad de Burgos al frente de Energía e Hidrógeno Verde.

Otro punto sobre el que Mañueco se detendría durante su intervención fue la «conexión entre universidades y empresas» a través del Plan de Transferencia de Conocimiento, un «referente nacional» financiado con cerca de 9 millones de euros con el objetivo de garantizar la incorporación de los jóvenes al mercado laboral para reforzar el tejido productivo de Castilla y León.

Por último, el presidente regional volvió a reclamar más fondos al Gobierno central para una «correcta implantación y aplicación» de la Ley Orgánica del Sistema Universitario (LOSU). No sin antes, eso sí, hacer hincapié en la apuesta de la Junta por la implantación de nuevas titulaciones como la del grado de Matemática Aplicada y Computación, cuya llegada supone una «excelente noticia» para Burgos.

García, por su parte, se comprometió públicamente a «potenciar las dobles titulaciones internacionales» con el fin de implementar la «movilidad» de estudiantes y docentes con el objetivo de tender puentes con otros países y fomentar el intercambio cultural. Al mismo tiempo, tiene claro que la UBU debe seguir ejerciendo su liderazgo en la Alianza Europea de Universidades RUN-EU.

«Miramos al futuro con ambición y determinación», agregó antes de poner el foco sobre cuestiones presentes y futuras que no se deben pasar por alto como la «sostenibilidad» o la «diversidad» para generar «un espacio donde todas las personas encuentren su lugar». En este sentido, subrayó la necesidad de facilitar igualdad de oportunidades para que «ningún estudiante se quede atrás por razones económicas o sociales». Es decir, afianzar un modelo de Universidad «inclusiva» en el que «la educación pública es un pilar fundamental de nuestro Estado de Derecho».

Madrid Fusión cancela la participación de las exmonjas de Belorado

BURGOS Las exclerías de Belorado dieron a conocer ayer la cancelación de su ponencia en Madrid Fusión. Según indican en un comunicado de prensa, la propia organización del evento gastronómico decidió la anulación de la actividad confirmada y anunciada. Indican además que «la noticia les fue comunicada anoche mediante una llamada telefónica» y señalan que corresponde a ellos «los responsables de Madrid Fusión» aclarar las razones de tal decisión.

Las exmonjas recuerdan al respecto que acogieron de buen grado la invitación a participar en esta edición «como en las anteriores ocasiones» y aceptan la nueva postura adoptada pues «no buscan ser foco mediático, monjas famosas u otras cosas que se dice de ellas, simplemente ser profesionales en los trabajos que desempeñan y hacer su oferta de calidad al mundo gastronómico».

Así, interpretan este contratiempo como «una situación más a afrontar en este camino de obstáculos y dificultades».

Avelino Rodríguez, nuevo gerente del hospital de Aranda

L. V. BURGOS Un mes después del cese de José Antonio Visado, la consejería de Sanidad ya tiene sucesor para dirigir el hospital Santos Reyes de Aranda: Avelino Rodríguez Pérez. Licenciado por la Universidad de León en Ciencias Empresariales, está especializado en gestión y planificación sanitaria, como acredita el Máster en la Universidad Europea.

En la Universidad Nebrija obtuvo un Máster en Dirección y Administración de Empresas (MBA) y es, además, especialista en mediación civil-mercantil por la Universidad de La Rioja y en Comercio Exterior, una formación que consolidó en ICEX España. Según consta en su perfil de la red profesional LinkedIn, fue fichado hace un mes por el Servicio de Salud de Castilla y León (Sacyl) para dirigir el hospital comarcal ribeño, aunque el anuncio oficial se llevará a cabo, según la propia Consejería, en las próximas fechas.

SORIA

La gripe irrumpe con fuerza en la provincia y se triplica su incidencia con la A como preeminente

Registra 219 casos por cada 100.000 habitantes y afecta sobre todo a niños y a adultos jóvenes mientras que el Covid se convierte ya en algo «residual», con apenas tres casos por cada 100.000 habitantes

IRENE LLORENTE YOLDI SORIA

La gripe ha irrumpido con fuerza en Soria tras las Navidades y con la llegada del frío y la provincia registra 219 casos por cada 100.000 habitantes, el triple de la primera semana de enero, según indicó ayer a este periódico la jefa del Servicio Territorial de Sanidad en Soria, Elena del Vado, a partir de los datos de la Red Centinela. Sobre todo gripe del tipo A y con especial incidencia en niños y adultos jóvenes.

Unas cifras que considera normales para estas fechas del invierno, cuando empiezan a proliferar las infecciones respiratorias. Y por la curva de crecimiento con respecto al cribado anterior, con 76 casos por 100.000 habitantes y con incidencia en los mayores de 65 años, Del Vado cree que el pico llegará en unas semanas, dado que en estos momentos la situación es «moderada». Por encima de los 250 casos por cada 100.000 habitantes ya se considera incidencia alta. Lo que sí que son «residuales» son los positivos por coronavirus, tres casos por cada 100.000 habitantes.

La jefa del Servicio Territorial de Sanidad en Soria constató que el 50% de los registros que se realizaron en la última semana en la Red Centinela dieron positivo en gripe, sobre todo del tipo A, que es la que más síntomas provoca, pero también la B, y estaba afectando principalmente a la población infantil y a adultos jóvenes.

«En estas fechas suele ser habitual las infecciones respiratorias, porque es cuando empiezan a registrar



Centro de salud de Soria Norte en la capital. MARIO TEJEDOR

se más casos», indicó Del Vado, quien recomendó a la población a tomar medidas preventivas, como ventilar las zonas cerradas o lavarse las manos e incluso usar mascarillas en sitios donde hay más gente.

Recordó que en caso de síntomas se debe acudir al centro de salud para seguir las pautas sanitarias, y no a urgencias del hospital, salvo aquellos pacientes de enfermedades cardiorrespiratorias, para evitar que se colapsen. «Por supuesto no tomar antibióticos porque no funcionan contra los virus».

Puso de manifiesto que con el serotipado que realiza semanalmente

la Red Centinela se comprueba también la cobertura que tienen las vacunas, ya que todos los años cambia la composición en función de las incidencias que se van registrando. «Todavía está abierto el periodo de vacunación», de modo que se puede solicitar cita previa llamando a los números de teléfonos de los respectivos centros de salud.

Así, hasta la fecha se han registrado 26,25 dosis, lo que supone que el 29,1% de la población está vacunada, según explicó Del Vado. El 73,6% de los mayores de 65 años están vacunados, y también el 64,3% de los mayores de 60. Además, el 42,4% de

los menores de cinco años han recibido su vacuna, mientras que los menores de 60 años son la franja de población que menos se ha vacunado, un 11,5%.

Cabe recordar que la Red Centinela es un programa orientado a la vigilancia en salud pública y la investigación epidemiológica, ya que requiere para su funcionamiento la colaboración voluntaria y activa de profesionales sanitarios de Castilla y León. Cuenta en Soria con alrededor de 25 voluntarios, entre médicos, pediatras, enfermeros y técnicos sanitarios, que estudian y conocen problemas específicos de salud

y de sus determinantes, dan soporte a los sistemas de alerta de procesos bajo vigilancia sanitaria, e investigan el proceso clínico asistencial, la adherencia a los programas de prevención y control de enfermedades y sus factores de riesgo, además de evaluar las medidas preventivas, diagnósticas, terapéuticas u otras formas de intervención sanitaria en la población. Un sistema que en toda la Comunidad implica a unos 300 profesionales del ramo.

Además, el Complejo Hospitalario de Soria se encuentra al 75% de su ocupación, cuatro puntos por encima de la media de la red de centros públicos de Castilla y León, al 71,58%, según los datos que hizo públicos ayer el Sacyl. Es el tercero más saturado, por detrás del Río Hortega de Valladolid y el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, con niveles del 85,42% y 76,73%, respectivamente.

El director médico de Atención Primaria, José Martínez, reconoció que los centros de salud de la provincia están sufriendo el incremento de casos con más presión asistencial, tanto en consultas como en urgencias, lo que conlleva una sobrecarga de trabajo en los profesionales sanitarios, si bien aseguró que «es lo propio de esta época de virus respiratorios».

Indicó que en urgencias de La Milagrosa se está atendiendo a una media de 158 pacientes al día, muy por encima de una época de relativa calma, cuando se atienden a unas 100 personas. «En el resto de la provincia la presión es menor».

Encuentran en un camino de Las Casas diez de los treinta gallos de pelea robados en Valladolid

La Policía de Valladolid mantiene abierta la investigación para localizar las otras aves

SORIA
Nuevo capítulo en el robo de unos gallos en Valladolid que se hacía viral en las redes sociales, a través de dos vídeos de TikTok. Algunos de los gallos de pelea aparecen pero lejos de Valladolid, concretamente en Soria. La Policía Local soriana localiza a 10 de los 30 gallos de pelea, cuyo robo se convertía en viral en internet tras pedir los propietarios de los animales u devolución en vídeos de TikTok, según detallan las fuentes de la investigación consultadas por este periódico.

Los propietarios de los gallos, además de denunciar su robo y exigir su devolución por redes sociales, presentaban una denuncia ante la Guardia

Civil en la que denunciaban el robo de 30 gallos, eso sí nada decían de fueran de pelea.

Tras la denuncia y los vídeos, la investigación se activaba y después de que el supuesto ladrón les hubiera enviado la ubicación de dónde estaban los animales, se lograba localizar por parte de la Policía Local de Soria a 10 de los gallos, de los cuales dos aparecían muertos, en el polígono Las Casas. Los agentes de la Policía Local trasladaban los gallos a los almacenes que tienen en el propio polígono.

Según detallan las mismas fuentes, era una mujer que se encontraba paseando con su perro por el polígono de Las Casas quien encontraba una jaula con los gallos. En ese momento



Uno de los gallos robados. B.M.

daba aviso al Ayuntamiento y la Policía Local se personaba en el lugar y recogía los animales. Posteriormente, según detallan desde el propio Ayun-

tamiento de Soria, una hombre se persona en las dependencias acreditando que los gallos son suyos, se comprueba y se le hace entrega de los animales, algo que realiza el servicio del Seprona de la Guardia Civil al que se le da aviso.

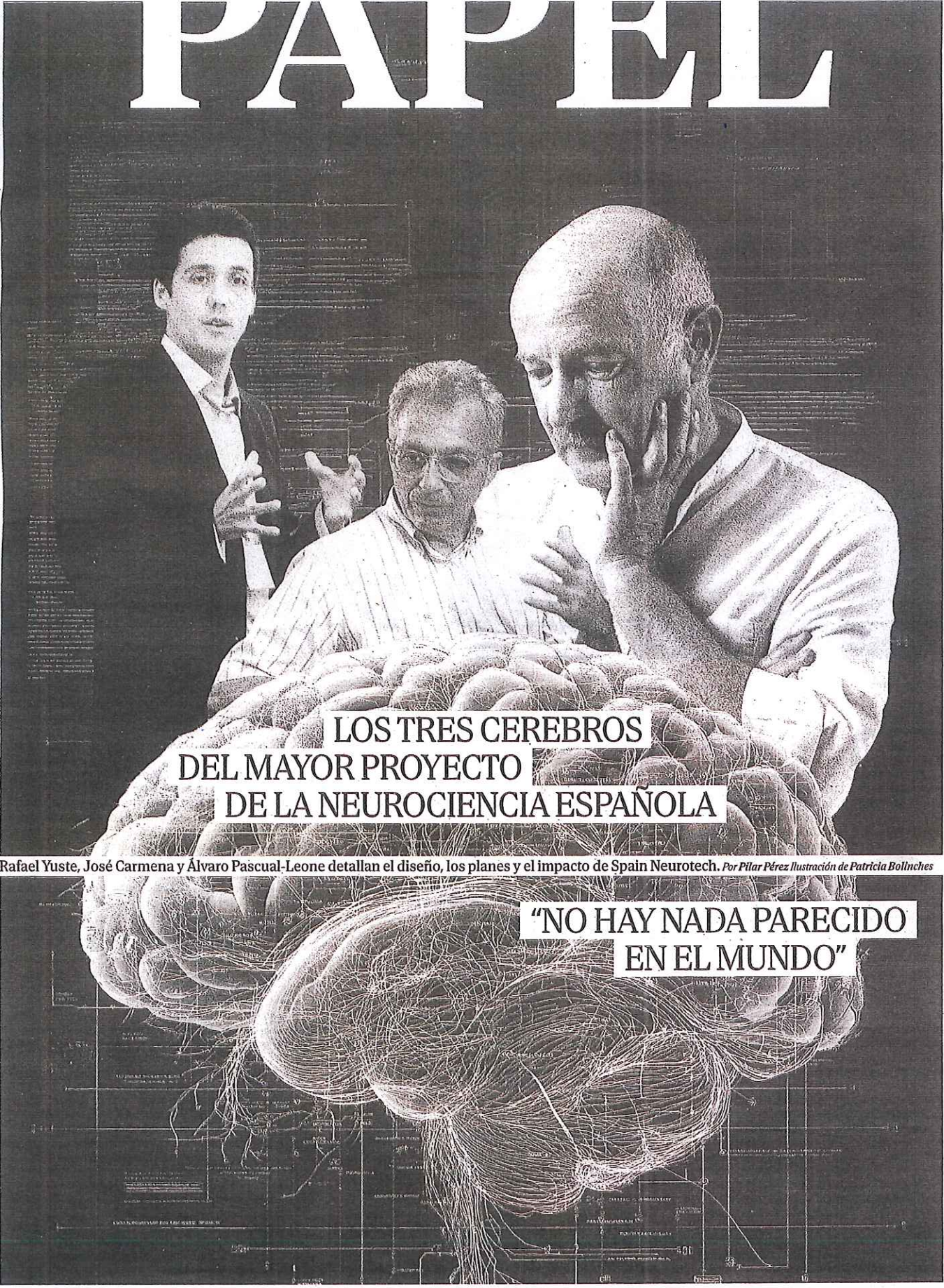
La vecina de Soria avistó sobre las 13.00 horas de ayer martes día 14 de enero, una cantidad indeterminada de gallos que aparecieron por un camino del Barrio de Las Casas de la capital soriana, dando aviso a Policía Local. Una vez personada la patrulla de Policía Local, los animales fueron trasladados hasta sus dependencias, aclaró la Subdelegación del Gobierno de Soria a través de un comunicado remitido a los medios.

«Momentos después la familia afectada se puso en contacto con la Policía Local, reclamando la propiedad de las aves. Se trataban de diez gallos, dos de ellos muertos ya», puntualiza la nota de la Subdelegación, que indica que ante esta situación, la Policía Local solicitaba el apoyo de la Guardia Civil, enviando al lugar una patrulla del Seprona (Servicio de Protección de la Naturaleza de la Guardia Civil) que realizaba las gestiones pertinentes para proteger a los animales y verificar su legal procedencia.

La familia perjudicada acudió al Puesto de la Guardia Civil de Soria para interponer denuncia. Se les entregaban las aves, en colaboración con la Policía Local de Soria, después de realizadas gestiones.

Los hechos vienen relacionados con la difusión viral el pasado 9 de enero en la red social TIKTOK, de la denuncia de las personas perjudicadas reclamando, bajo amenazas, la devolución de los animales, remarca la Subdelegación

PAPEN



LOS TRES CEREBROS DEL MAYOR PROYECTO DE LA NEUROCIENCIA ESPAÑOLA

Rafael Yuste, José Carmena y Álvaro Pascual-Leone detallan el diseño, los planes y el impacto de Spain Neurotech. Por Pilar Pérez Ilustración de Patricia Bolinches

"NO HAY NADA PARECIDO
EN EL MUNDO"

PAPEL EN PORTADA



Por Pilar Pérez (Madrid)

Tres cerebros españoles—dos valencianos y uno madrileño—están detrás de uno de los proyectos más ambiciosos de la Ciencia española de todos los tiempos: Spain Neurotech. Aunque de momento se conozca más como el Centro Nacional de Neurotecnología, los responsables de su diseño se refieren a él en inglés, quizás, en parte, por la costumbre de que sea su idioma en el día a día. «No hay nada parecido en el mundo», asegura tajante Rafael Yuste (Madrid, 1964), uno de los tres líderes del proyecto, además de director del Centro de Neurotecnología de la Universidad de Columbia en Nueva York. «Es como la iniciativa del cerebro de EEUU para España, pero con un abanico de matices que la harán única».

Entre esas diferencias se encuentran los avances que se han conseguido una década después: «La neurotecnología hoy debe ir de la mano de la inteligencia artificial, porque ahora mismo ya no se puede separar», dice Yuste. Y como creador del famoso proyecto Brain de Estados Unidos, lanza otra advertencia que no quiere repetir: «Aunque la propuesta de Barack Obama en su día era un centro nacional, acabó siendo un botín entre 11 institutos del NIH [Institutos Nacionales de la Salud de EEUU]».

Aquí, la historia será diferente. Al menos la misión de sus asesores es poner en marcha un centro basado en el cerebro que gire en torno a tres pilares: medicina, ciencia y emprendimiento. «Vamos a poner en valor toda la neurociencia y las iniciativas que hay en España», sostiene el segundo cerebro José Carmena (Valencia, 1972). «Hay muchos logros que se han conseguido aquí en España. Nuestra misión, la del centro, es catalizarlos, fomentarlos y subrayarlos». El profesor de Ingeniería Eléctrica y Neurociencia de la Universidad de California-Berkeley aporta un papel

más enfocado a la parte de la «aplicabilidad de lo que se investigue». «Uno de los objetivos es que todo lo que se descubra tenga un impacto real del que la sociedad se pueda beneficiar», subraya.

El tercer pilar del proyecto, Álvaro Pascual-Leone, afirma que, como científicos, siempre buscan conocer más sobre los procesos. «Pero para poder hacerlo necesitamos herramientas y en el campo de las neurociencias éstas provienen de la neurotecnología: instrumentos para entender mejor el cerebro humano», dice el catedrático de Neurología de la Facultad de Medicina de Harvard. «La misión de Spain Neurotech es hacer neurotecnologías para entender el cerebro y, de forma ética, traducirlo en una aplicación clínica».

Los tres talentos españoles afincados desde hace años en EEUU son los asesores científicos de un proyecto único no solo por su propósito científico y social, sino porque ha puesto en común a dos administraciones dispares: el Gobierno de Pedro Sánchez y la Comunidad de Madrid de Isabel Díaz Ayuso. «Esto constituye un ejemplo precioso de colaboración a todos los niveles desde los presidentes hasta el último funcionario que nos ha ayudado con las cosas más nimias».

Yuste lo destaca en una entrevista por videollamada junto a Carmena y Pascual-Leone para explicar a *Papel* los detalles de cómo se embarcaron en el proyecto hace cinco años. «Ha habido mucho respeto mutuo y han mantenido la confidencialidad. Por eso no hemos dado ninguna entrevista hasta ahora», subrayan.

El viaje de Spain Neurotech empezó hace cinco

“La neurotecnología debe ir hoy de la mano de la inteligencia artificial, pero sin olvidar los aspectos éticos”

“Vamos a cambiar el panorama mundial aportando un tejido empresarial desde nuestro país”

En 2022, Rafael Yuste, Álvaro Pascual-Leone y José Carmena se reunieron con Isabel Díaz Ayuso en Madrid.
R. CÁRDENAS

años, en diciembre de 2019. Con la idea en la maleta, Yuste se trasladó a Madrid para proponer la creación de un centro nacional de neurotecnología. Se reúne entonces con la Universidad Autónoma y la Universidad Carlos III. «Quien de verdad cogió el guante fue la Comunidad de Madrid». Se cidió con ellos en febrero de 2020, en los albores de la pandemia. «Me reuní entonces con el consejero de Sanidad [Enrique Ruiz Escudero], el de Educación [Enrique Ossorio], el rector de la Autónoma y el director del Instituto de Investigación de la Paz». Siete meses más tarde se une al proyecto el Gobierno central, a través de la vicepresidenta Nadia Calviño. En ese momento, estaba al frente del Ministerio de Economía, de quién pendía la secretaría de Estado de Inteligencia Artificial, dirigida por Carmen Artigas.

Durante la reunión de Artigas con Yuste en Nueva York le plantean a al neurocientífico que tienen fondos europeos de reconstrucción y que no saben qué hacer con ellos. «Un proyecto Brain a la española», les contesta el neurocientífico, que les explica el proyecto que en el que ya estaba interesada la Comunidad de Madrid. «Y deciden que van a medias».

A lo largo de 2021 llega el trabajo más duro. «Tres meses intensos de reuniones por Zoom», explica Yuste, que cuenta cómo crean un grupo de trabajo en el que están involucradas las administraciones, las instituciones

académicas (la UAM) y los tres asesores. «Aquí es donde se incorpora José Carmena de Berkeley para ayudarnos con la parte del emprendimiento. Y reclutamos también a Álvaro Pascual-Leone de Harvard para la parte más clínica».

En ese tiempo elaboran la hoja de ruta: un informe de 15 páginas con hojas de cálculo que configuran los detalles de cómo tiene que ser el centro. «Se lo presentamos a las administraciones y nos dan luz verde». Hasta aquí todo va fluyendo: Yuste tiene en su cabeza las fechas, los momentos de las reuniones y en todo momento desprende un entusiasmo que comparte con Pascual-Leone y Carmena. Para ellos todo este proyecto, confiesan, «es una forma de volver a España: emprender el camino de vuelta a casa que «siempre quieres» tras irse para formarse y consolidar una carrera profesional de éxito».

«José y yo nos unimos a Rafa, aportando cada uno nuestras diferentes perspectivas», cuenta Pascual-Leone. «Lo que nos une a los tres es el deseo de volver al país donde nos hemos formado y al que sentimos que le debemos algo, y es aportar un proyecto fantástico que no se ha hecho en ninguna otra parte del mundo». José Carmena se une a este discurso optimista: «No es solo ciencia que quedará ahí en el escenario académico», insiste. «Vamos a cambiar el panorama mundial aportando un tejido empresarial desde nuestro país».

Si hay que poner peros a estos cinco años, señalan el papeleo y los cambios en el grupo de trabajo como las trabas más significativas. En concreto, la lentitud de la burocracia española —«porque es muy detallada», señala Yuste— y el reiterado cambio de interlocutores: «Por los cambios de gobierno, tanto autonómico como nacional y en las instituciones académicas, hemos hablado con más de tres equipos distintos».

Mientras el dinero asociado a este proyecto ha salido de la dotación de los fondos europeos de recuperación —«tras los pertinentes concursos públicos», subraya Yuste— el trabajo de asesoría de los tres científicos no ha costado nada a las arcas del Estado. «Todo nos lo hemos pagado nosotros, viajes, desplazamientos... Nuestro dinero y nuestro tiempo», declara el impulsor del proyecto.

SALUD | PAPEL

En febrero de 2023, cuando a España le tocaba pasar el examen de la Unión Europea con respecto al uso de los fondos en los PERTE, Calviño decide presentar este proyecto. «Y allí que vamos Carmen Artigas y yo a ponernos delante de 12 personas de la Comisión Europea en el Parlamento a defender el proyecto», sonríe Yuste cuando recuerda ese momento. «Lo pasamos con nota. Y nos pusieron de ejemplo de cómo España gana cuando va con todo, sin hacer diferencias, como en el fútbol, somos imparables».

De Europa se trajeron deberes. «Nos comprometimos a que el centro también iba a desplegar una red de trabajo en la UE». Ciertamente es que en Europa vieron una inversión que ascendía a 200 millones, entre dos administraciones que públicamente manifiestan sus diferencias políticas, pero que habían diseñado un ambicioso proyecto a largo plazo, 15 años. La aportación es compartida entre el Ejecutivo, que aporta el 60% de la inversión total (40 millones de euros de los fondos del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de forma inmediata a la firma del convenio y otros 80 millones entre 2026 y 2037); el gobierno regional, que suma el 39% (78 millones); y la universidad, que añade el 1% (dos millones). Esto permite a nuestro país competir no sólo en el Viejo Continente, sino también en Estados Unidos en el área de las neurociencias, que hasta ahora se había aprovechado en exclusiva del talento de los tres pilares fundamentales de Spain Neurotech.

Los remates del proyecto llegan en 2024. El proyecto acaba en el Ministerio de Ciencia por decisión de Pedro Sánchez —«es más natural que se desarrolle allí», reconoce Yuste— tras la salida de Calviño al Banco Europeo de Inversiones. «Con ello se perfilan todos los documentos jurídicos y se revisa todo, para anunciar el pasado mes de diciembre el consorcio y los detalles de su ubicación», resume Yuste.

Este año tocará coger «velocidad de crucero». El trabajo de los tres investigadores no se acaba. Seguirán asesorando, de momento sin cargos asignados ni sueldo, en el despliegue de cada una de las velas de la hoja de ruta. «Nuestro trabajo es poner al día el informe que realizamos en 2021 con todo tipo de detalles», dice Yuste, para quien el trabajo tangible de Spain Neurotech «echará a andar en 2026».

Todo estará centralizado en Madrid, pero habrá un importante trabajo en red con centros satélites. El *Brain español*, la apuesta mejorada de Yuste, como presume, no solo contará con la inteligencia artificial, sino también con la ética necesaria para implementar estas tecnologías. Como presidente de la Fundación de Neuroderechos, Yuste confirma que «otra de las ventajas es que España puede ser pionera en este campo». Los aspectos jurídicos del uso de todos estos avances son tan importantes como los mismos logros científicos. «Es necesario abordar esta jurisdicción», explica el neurocientífico. Para ello, uno de los grupos fuertes del centro será el compuesto por juristas y expertos del mundo del derecho. «Queremos explorar las regulaciones, establecer los marcos normativos e impulsar la legislación», dicen.

Reconocen que España puede, gracias a este centro, adquirir un papel importante «en el desarrollo de la neurotecnología». Queremos llevarla al plano de la aplicación clínica y a sostener un ecosistema de emprendimiento todo ello encajado dentro de unos valores éticos». Pascual-Leone subraya que «esto va a servir para asegurar a la ciudadanía que este dinero público se invierte de forma inteligente, respetando los derechos fundamentales».

Casi un siglo más tarde una generación de científicos ha recogido el testigo de Santiago Ramón y Cajal. «Era un verdadero neurotecnólogo. Si viviera hoy estaría con láseres en los laboratorios», insiste Yuste. El neurólogo de Harvard reconoce que creó una escuela de neurocientíficos: «Sus conocimientos se convirtieron en herramientas prácticas».

Para Carmena, el papel de este proyecto será similar, aunque en el siglo XXI: «Queremos generar un nuevo ecosistema para que haya una nueva generación de neurocientíficos en nuestro país. Vamos a sembrar».

La revista diaria de EL MUNDO. Sábado, 18 de enero 2025

EL PODER PREDICTIVO DE LA RETINA PARA FALLOS CEREBOVASCULARES

Diagnóstico precoz. Hallan que las fotografías de rutina del fondo de ojo ofrecen hasta 29 indicadores de salud vascular que indican el riesgo de ictus o derrames con tanta precisión como los métodos tradicionales

Por Raquel Serrano (Madrid)

En la retina también hay pistas para adelantarse a un ictus. La red vascular de la membrana interior del ojo puede predecir el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) con tanta precisión como los factores de riesgo tradicionales por sí solos, pero sin necesidad de múltiples pruebas de laboratorio invasivas. Así lo señala según un estudio en la revista *Heart*, dirigido por Mingguang He, catedrático de Oftalmología Experimental en la Universidad Politécnica de Hong Kong (China).

La huella digital que se obtiene de este tejido, que comprende 29 indicadores de salud vascular, es un enfoque práctico y fácilmente implementable que resulta especialmente adecuado para la atención primaria de salud y los entornos de bajos recursos. Este análisis podría ser de especial interés para predecir el riesgo de ictus, una patología que afecta a unos 100 millones de personas en todo el mundo y causa la muerte de 6,7 millones de ellas cada año. La mayoría de los casos están causados por factores de riesgo modificables, como la hipertensión arterial, el colesterol alto, la mala alimentación y el tabaquismo.

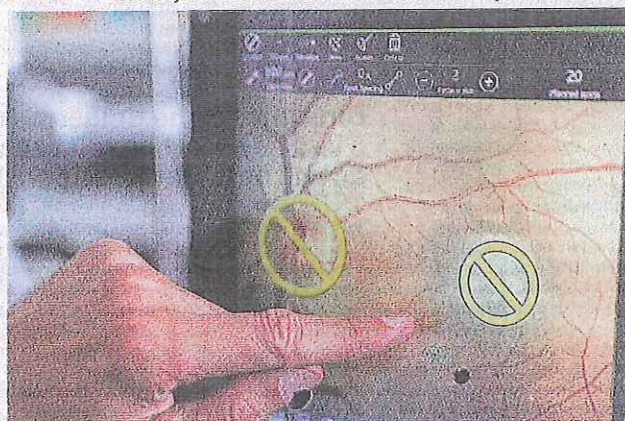
Su potencial predictivo no se ha explorado por completo debido a los resultados variables de los estudios y al uso inconsistente de la

técnica de imágenes especializada para la parte posterior ocular (la fotografía del fondo del ojo), añaden los autores. «Pero el aprendizaje automático (a través de la inteligencia artificial, IA) y el Sistema de Evaluación de la Salud Microvascular basado en la Retina han abierto las posibilidades para la identificación de marcadores biológicos que pueden predecir con precisión el riesgo de accidente cerebrovascular sin la necesidad de pruebas de laboratorio invasivas».

Relacionada con el uso de la IA y poniendo a la retina en el núcleo de los análisis, investigadores de los Servicios de Medicina Interna y de Oftalmología del Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid) desarrollan una herramienta que, combinando ecografía vascular con el análisis automatizado de imágenes estáticas de retina (oculométrica), sea capaz de evaluar el riesgo cardiovascular de los pacientes de una forma rápida, reproducible y no invasiva. Este desarrollo vuelve a poner de manifiesto la importancia de la retina en el estudio de ciertas patologías cardiovasculares.

El objetivo es detectar de una forma no invasiva la aterosclerosis subclínica mediante retinografía no miódrática. «La retina es una ventana de nuestro cuerpo», consideran los impulsores de este proyecto, Juan Torres Macho y María José Crespo Carballés.

Revisión de los vasos sanguíneos de la retina. S. ENRIQUEZ



CASTILLA Y LEÓN

La Junta pide «utilización responsable» de la Sanidad ante el «pico de gripe»

«Hay que actuar con la normalidad con la que hemos venido actuando todos los años», señala Carriedo, quien reclama al Gobierno «un umbral común» para las comunidades

RICARDO GARCÍA VALLADOLID
Las últimas semanas se han venido caracterizando por un aumento muy notable de los casos de gripe y de otras enfermedades respiratorias entre la población. Esta circunstancia ha tenido también su efecto en los servicios sanitarios, con una mayor demanda ante el incremento de estos casos. Por eso, la Junta de Castilla y León pide a los ciudadanos la «utilización responsable» de los servicios que, eso sí, señala que «están a su disposición en el caso de que las circunstancias lo requieran».

Durante la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno de este jueves el portavoz del Ejecutivo autonómico y consejero de Economía y Hacienda, Carlos Fernández Carriedo, fue preguntado acerca de qué debe hacer la población cuando se contagia de alguna enfermedad respiratoria: pedir cita con su médico de Familia y arriesgarse a tiempos de espera que en algunos casos alcanzan las dos semanas o, por el contrario, acudir a urgencias y saturar este servicio enfocado a casos más graves.

A este respecto, Carriedo apuntó que «en función de los síntomas es oportuno que cada ciudadano vea la oportunidad de ir a urgencias o tomar las decisiones que desde el punto de vista sanitario puedan resultar más convenientes», si bien más tarde apeló a esa «utilización responsable». «Hay que actuar con la normalidad con la que hemos venido actuando todos los años», apostilló.

En todo caso, el portavoz de la Junta aclaró que si bien Castilla y León atraviesa «el momento de la máxima actividad de la gripe», el cual «todavía durará alguna semana

más», era algo que «estaba previsto por la salida de la época navideña». «Nos juntamos más y, por el frío, estas relaciones humanas son en espacios de interior donde el riesgo de contagio es mayor», argumentó Carriedo para explicar el aumento de los contagios, a pesar de que recordó que se llevó a cabo una campaña de vacunación.

Por otro lado, y en cuanto a las críticas del Ministerio de Sanidad contra las comunidades del PP por no querer aplicar algunas medidas contra la gripe como el uso obligatorio de mascarilla y centros de salud y hospitales, Carriedo apeló al departamento que dirige Mónica García para «definir un umbral común y homogéneo para el conjunto del Sistema Nacional de Salud». «En el caso de la gripe, y es competencia del Ministerio, no hay un instrumento homogéneo de gestión y de cálculo de la incidencia», agregó.

El portavoz recordó, además, que este asunto «ni siquiera llegó al pleno de Consejo Interterritorial de Salud», ya que «fue debatido por el grupo de trabajo técnico». «Espero que el Gobierno sea capaz de reunir a los servicios técnicos y sea capaz de definir las normas más adecuadas», confió al respecto Carriedo, quien remarcó que no estamos hablando de decisiones políticas, hablamos de requisitos técnicos.

Sobre esto último, el portavoz de la Junta explicó que cada comunidad autónoma cuenta con un mecanismo distinto para medir la incidencia de las enfermedades, en este caso la gripe, lo que hace que las tasas no sean comparables entre sí. Es por esto que reclamó unos criterios homogéneos antes de tomar en consideración cualquier ti-

50M€ PARA EL PAGO ADICIONAL A LOS FUNCIONARIOS

La Junta de Castilla y León cifra en 50 millones de euros el incremento adicional del 0,5%, anunciado por el Gobierno, en la nómina de 2024 ante la pérdida de poder adquisitivo por el aumento de la inflación por encima del 2% acordado de subida en la masa salarial de los empleados públicos.

El consejero de Economía y Hacienda y portavoz, Carlos Fernández Carriedo, explicó en la rueda de prensa posterior al Consejo de Gobierno que se trata, de momento de un anuncio del Gobierno, que la Administración autonómica abonará, con efecto a 1 de enero de 2024 y los meses correspondientes de 2025, en cuanto se apruebe la normativa básica.

Así, precisó que esa recuperación parcial de poder adquisitivo supondrá para las arcas autonómicas, con un presupuesto en los gastos de personal de 5.000 millones de euros, en su mayoría de empleados sanitarios, docencia y servicios públicos, de 50 millones, que corresponden a 25 en cada anualidad.

No obstante, recordó que el Gobierno no ha definido aun el incremento salarial para los empleados públicos en 2025 y consideró que «sería bueno» que se aprobara «cuanto antes» tanto para el conocimiento, en su caso, de los afectados como de los gobiernos autonómicos, al ser una normativa básica.

po de medida.

AGRESIÓN EN LAGUNA

Dentro del ámbito sanitario, Fernández Carriedo también fue preguntado durante la rueda de prensa por la posición de la Junta con respecto a la agresión sufrida por una médica del centro de salud de Laguna de Duero (Valladolid), y a la que una paciente atacó al no extenderla la receta de un champú de farmacia desde el servicio de urgencias.

«Lo primero es el mensaje de apoyo y respaldo a la sanitaria agredida y al resto de sus compañeros», arrancó Carriedo, quien también matizó que «esto tiene mucho que ver con el ámbito de la pedagogía». «No es normal que una persona que es atendida muestre una actitud agresiva para quien está al cuidado de su salud», defendió, a lo que añadió su «absoluta repulsa» por lo ocurrido.

Por otro lado, el portavoz de la Junta sostuvo que a pesar de que las competencias de seguridad exceden a las de la comunidad autónoma de Castilla y León, desde el Ejecutivo autonómico piden «la máxima contundencia en el ejercicio de las sanciones legales que pudieran recaer sobre los agresores», así como su «deseo de que no vuelva a ocurrir». En este sentido, Fernández Carriedo también quiso apuntar que para evitar este tipo de situaciones, en los centros de salud donde es más probable que se produzcan agresiones se contratan servicios de seguridad privada, lo que supone «un coste añadido que tiene que llevar a la reflexión de toda la sociedad» porque «se podría haber destinado a más y mejores servicios sanitarios».

Facua reclama a la Junta televisión gratis en todos los hospitales

VALLADOLID

Facua Castilla y León ha remitido un escrito a la Consejería de Sanidad en el que le pide que lleve a cabo «las actuaciones que sean necesarias para que las personas que se encuentran ingresadas en los hospitales puedan tener acceso a la televisión y a internet de manera gratuita, ya que actualmente depende del centro hospitalario».

La asociación considera que la atención a un paciente que se encuentra hospitalizado debe pasar por intentar hacer «lo más llevadera posible su estancia, fomentando el desarrollo positivo de su tratamiento y velando por que psicológicamente se encuentre en el estado más óptimo posible», detalla a través de un comunicado.

«Aunque parezca una cuestión menor, permitir el acceso gratuito a los canales de televisión y a internet puede ser esencial para garantizar la protección y desarrollo de la dignidad del paciente», añade la información recogida por Europa Press.

Palencia ordena la suspensión de los trabajos nocturnos del AVE

VALLADOLID

El Ayuntamiento de Palencia notifica a Lantania, empresa adjudicataria de las obras de plataforma línea Alta Velocidad Palencia-Aguilar de Campoo, tramo Palencia-Palencia Noreste y Adif, la resolución por la que se ordena la suspensión temporal total del desarrollo de la actividad en horario nocturno de 22.00 a 8.00 horas. La suspensión se ordena en base a la superación de los valores límite de ruidos y a la prohibición que la Ordenanza Municipal para la Protección del Medio Ambiente y contra las emisiones de Ruidos y Vibraciones establece para la ejecución de trabajos en horario nocturno.

Esta resolución conlleva además la incoación de un expediente sancionador cuya multa podría alcanzar los 156.000 euros por una infracción administrativa muy grave tipificada en el artículo 53.1a) de la Ley 5/2009 de 4 de junio del ruido de Castilla y León. Con esta actuación, el Ayuntamiento cumple con las competencias a la hora de hacer cumplir la normativa municipal velando por el derecho al descanso de los vecinos afectados.

La «precariedad laboral» obliga a las enfermeras a abandonar la Comunidad

VALLADOLID

El Consejo de Colegios Profesionales de Enfermería de Castilla y León destacó ayer que la «precariedad laboral» impulsa la «fuga» de enfermeras a otros territorios pese a que la autonomía es una de las que mejor salario medio ofrece cuando consolidan la plaza, una media de 43.800 euros.

Según un informe del Observatorio de Enfermería y Cuidados de Asturias, las enfermeras hospitalarias con 14 años de antigüedad, categoría estatutaria fija y nivel II de carrera profesional, es decir, aque-

llas enfermeras que en Castilla y León tienen consolidado un puesto de trabajo fijo en la sanidad pública de la comunidad autónoma, perciben un salario medio de 43.800 euros anuales, detalló el consejo a través de un comunicado recogido por Europa Press.

Un salario que se posiciona en la primera mitad de la tabla salarial entre comunidades autónomas, si bien esta cuantía solo la perciben las enfermeras con plaza fija, turnicidad, antigüedad consolidada, grado dos de carrera profesional y que también realizan turnos nocturnos

y festivos, detalla el órgano colegial.

En este sentido, el presidente del Consejo, Enrique Ruiz Forner, advierte de que estas cifras «no reflejan la realidad de muchas enfermeras en la región, donde la precariedad laboral dificulta alcanzar dichas condiciones».

«Lograr consolidar una posición estatutaria fija y una antigüedad significativa en Castilla y León es una meta que muchas enfermeras no consiguen debido a la falta de estabilidad laboral y las muy precarias condiciones iniciales de contrata-

ción. Cientos, miles de enfermeras, acumulan sucesivos y numerosos contratos temporales, a veces de tan solo un fin de semana», ha lamentado Ruiz Forner.

«Esto lleva a muchos profesionales a buscar oportunidades en comunidades autónomas donde la estabilidad es mayor o incluso en el extranjero, donde pueden desarrollar una carrera profesional más precariable y menos precaria», continuó.

El Consejo de Colegios Profesionales de Enfermería de Castilla y León insiste en que, aunque los salarios son un incentivo «clave», deben ir acompañados «de políticas efectivas para reducir la temporalidad y mejorar las condiciones laborales desde los primeros años de ejercicio».

La revista diaria de EL MUNDO. Viernes, 17 de enero 2025

PAPPEL

ÚLTIMO DÍA
CON LUIS,
QUE HOY RECIBE
LA EUTANASIA

"MORIR SERÁ
UNA EXPERIENCIA
DE LIBERTAD"

A las 15.00 horas de este viernes, el teólogo, filósofo y ex sacerdote Luis Acebal Montfort recibirá en su domicilio de Madrid la asistencia sanitaria para morir que solicitó a finales de noviembre. A sus 88 años, sufre cáncer de vejiga y tiene insuficiencia renal. "Mi vida está cumplida y he hecho todo lo que tenía que hacer", dice.

Por Pedro Simón. Fotografías de José Ayud

PAPEL EN PORTADA

Por Pedro Simón (Madrid)
Fotografía de José Aymá

A las tres de la tarde del día de hoy, el protagonista de este reportaje morirá. Así que este texto es una especie de cuenta atrás. Si Luis se pone a leer estas líneas a la hora en que suele levantarse (las siete de la mañana), entonces esta es la historia de un hombre al que felizmente no le quedan nada más que ocho horas de vida.

Si el lector se pone a leer estas líneas por la tarde, esta es la historia de un hombre que acaba de fallecer o que a lo mejor se está muriendo en este mismo instante, quién sabe si cuando usted apura un café de sobremesa.

Escribimos a lo mejor se está muriendo y no a lo peor porque la suya es una muerte elegida, deseada, solicitada, esperada, liberadora: la eutanasia que el teólogo y filósofo madrileño solicitó a su médica de cabecera en su barrio noble de Madrid el pasado 28 de noviembre le será practicada hoy mismo a las 15.00 horas.

Sabemos algunas cosas de su vida (porque nos las ha contado) y otras no las sabremos jamás.

Sabemos, por ejemplo, que Luis ha estado muy vivo gran parte de sus 88 años. Que estaba vivo la pasada semana, cuando hablamos con la asociación Derecho a Morir Dignamente. Que estaba medio vivo el lunes, cuando pasamos la mañana con él en su casa. Que resistía vivo este miércoles (vela que se apaga), cuando le llamamos para despejar algunas dudas. Pero no hay manera de conocer cuál será su último pensamiento, qué será lo último que vea, cómo será todo cuando el reloj dé las tres, si se emocionará o no cuando suene el telefonillo y sea la doctora.

—¿Tienes algo de comer en mente especial en tu despedida, Luis?

—Esta mujer hace unas tartas excelentes —dice sonriendo sobre Delia, insinúa, acaso pide—. Me siguen gustando los dulces, pero no me dejan probarlos por el potasio. El potasio es mi mayor enemigo.

Si la rutina diaria no falla, este viernes lo más probable es que, como siempre, Luis Acebal Monfort haya dormido mal; que luego haya sido aseado por su asistenta; que a continuación se haya sentado en su sofá para desayunar zumo de mandarina y yogur (0% grasas y 0% azúcares); que después haya dado una cabezada mañanera; que luego haya leído la prensa y visto un buen rato el canal 24 horas de RTVE; que haya comido a la una... y que luego —a la hora en que empieza el telediario— haya sonado el telefonillo.

Que haya sonado el telefonillo como siempre, claro.

Pero de un modo bien distinto.

—¿Por qué has tomado esta decisión?

—Porque mi vida está cumplida y he hecho todo lo que tenía que hacer. Estoy muy limitado físicamente y no hay razón para seguir viviendo. Me siento enjaulado en mi cuerpo, necesito ayuda para casi todo, llevo meses sin salir a la calle, 11 operaciones... ¿Para qué sirve esto? No sirve para nada.

A sus 88 años, tiene cáncer de vejiga, insuficiencia renal y temblores musculares y necesita ayuda para el aseo

“Mi vida está cumplida y he hecho todo lo que tenía que hacer”, asegura el teólogo, filósofo y ex jesuita

—¿Con qué ánimo afrontas este viernes 17?

—Estoy bien de ánimo. La muerte es una experiencia nueva. Yo distingo entre morir y morirse... Y yo he elegido morir. Para mí será una experiencia de libertad.

TEÓLOGO Y FILÓSOFO

El hombre que estudió Teología en la prestigiosa Universidad de Lovaina (Bélgica) hoy padece un cáncer de vejiga desde 2022. El número uno de la clase que cursó carreras en París, Madrid y Múnich hoy sufre unos temblores faciales recurrentes que le dificultan el habla. El intelectual que hizo Filosofía y Estudios Clásicos (y hasta Periodismo) hoy soporta una insuficiencia renal. El jesuita que ejerció de sacerdote durante casi una década hoy lleva una bolsa externa que le sale del riñón.

—Me hicieron dos nefrostomías, una en cada riñón: llegué a tener dos bolsas a la vista... Yo, por entonces —bromea—, decía que era agente de Bolsa...

Hablamos con él en su espaciosa y luminosa casa (que ha dejado en herencia a Médicos Sin Fronteras). Conversa con un barbero azul para los vómitos a su izquierda y un zumo de piña en una mesilla al alcance de su mano derecha.

Un vida riquísima la suya: la biografía del pequeño de cuatro hermanos que se crio en una familia burguesa muy católica afín a Gil Robles. La singladura del brillante jesuita que al principio cree ciegamente en Dios y después acaba rompiendo con la Iglesia y declarándose ateo. El activismo del jubilado que termina entregando su tiempo en la Asociación Pro Derechos Humanos de España, donde llega a ejercer de vicepresidente.

Todo está en *De sacerdote a ciudadano. Un relato personal* (Los libros de la catarata), un volumen que presentó hace dos meses ante su gente en Madrid a modo de colofón vital. Eso fue lo último que tenía pensado hacer antes de la gran decisión, cuenta: presentar el modesto libro que había escrito. Y desde entonces, buscar la palabra fin, este confeti agri dulce, este chimpín existencial.

No para de hablar Luis, de contarnos haciendo un esfuerzo lo muy vivo que ha estado y que ha sido. Solo que no tiene todo el tiempo del mundo. Solo que cada vez son más severas las crisis musculares faciales que le están dando en el sofá, donde parece un buda con manta. Solo que Luis no es Luis por unos instantes: tiene una crisis muscular, se queda encasquillado todo él, alertamos a Delia —boliviana que lleva 20 años en España, los dos últimos con él— por si le está ocurriendo algo más grave.

—Esto no le ha pasado nunca —dice asustada. Luis le pide una pastilla para los vómitos. Se la toma sorbiendo el zumo de piña. Paramos un rato. Seguimos al cabo. ¿Para qué sirve esto? No sirve para nada.

Habla con elocuencia a pesar de todo (de la medicación, de las convulsiones, del estado de la salud, de que hoy será viernes todo el día). Es el que más habla, claro. Y también es el que más ríe de los cuatro. Más que Delia, que está entre triste y seria. Más que el fotógrafo, que a veces retira el ojo del objetivo por el placer de escucharle decir («Soy ateo. Aunque reconozco la figura de Jesús como maestro de la Historia, no creo en Dios, que es un invento de San Pablo»). Más que el cronista, que a veces deja de tomar notas y se

queda embobado con su sentido del humor.

—Lo malo es que Delia se quedará sin trabajo a partir del sábado... Por fallecimiento de su empleador.

Y se ríe Luis. Y se queda un poco solo en su risa. Lo mismo que hay silencio después de una salva.

«Muchos amigos vienen a despedirse estos días. A algunos les tengo que decir que no me visiten más, porque yo esto lo doy por terminado, pero hay una enorme cantidad de amigos que se resisten...»

Amigos. Y familiares. Y conocidos. Y acaso viejos fantasmas. Que vienen con sus regalos y sus frases de agradecimiento lo mismo que si Luis fuese don Vito.

Está el vino de Rioja que le trajeron sus sobrinas. Un vino de Rioja muy parecido al Borgoña que tanto adoraba: «Me tomé dos copitas. Magnífico».

Están las margaritas frescas y los

“Estoy muy limitado y no hay razón para seguir viviendo. Estando así, es algo que tengo que hacer”

“Yo al principio pensé en un veneno, pero un conocido me convenció para hacer las cosas bien”

dátiles que le trajo su amiga Neli.

Está el sobrino que le elogia su tranquilidad de espíritu ante el trance definitivo: «Me dice: ¡Qué sangre fría tienes, tío! Y yo le digo que no, que hay que pensar en los demás, que si lo he dispuesto todo para el viernes es para que a los amigos les pille el tanatorio en fin de semana... Me hace ilusión que puedan estar tranquilos velándome y que se echen una lagrimita, si hace falta».

Está también la marca rectangular que dejó un cuadro que estuvo colgado en la pared y del que ya solo queda una alcazaya.

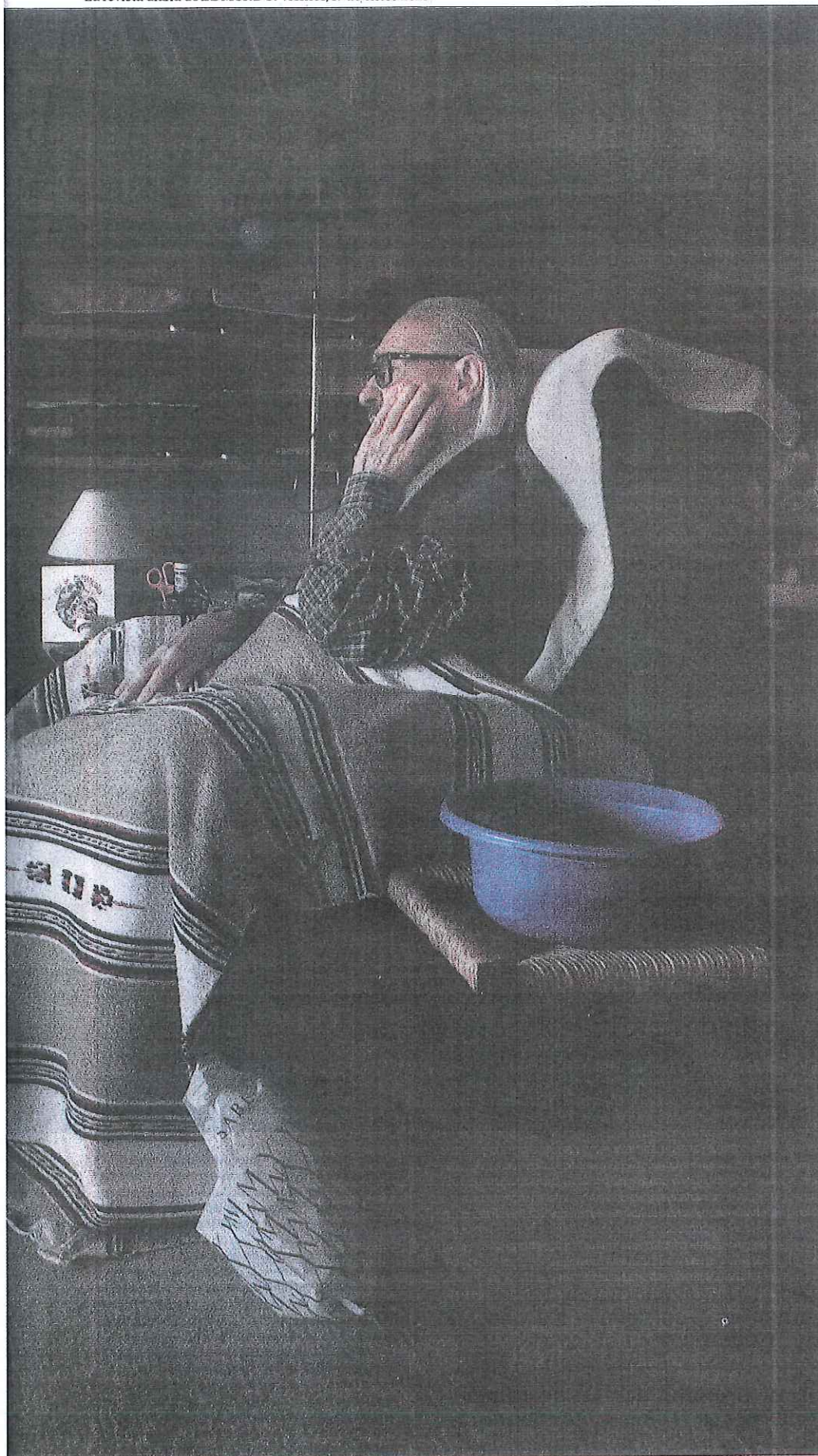
UNA HISTORIA DE AMOR

Fue aquella ausencia la que lo cambió todo. Se llamaba Silvia Schmitz, era alemana, ejercía de filóloga, se conocieron en 1982 y se convirtió en su pareja. Hace algo más de dos años —al cuarto ictus—, falleció.

«Tras la muerte de Silvia, la vida se me fue complicando», concede Luis.

En aquel tiempo, él ya había recibido su diagnóstico tumoral. Sin ella, crecieron los silencios; y con los silencios, las preguntas; y con las preguntas, las dudas. Y a Luis se le empezó a hacer bola este mundo suyo cada vez más correoso. Lo mismo que les pasa a los niños malcomedores con los filetes de ternera. Tener que masticarlo cada mañana. Tener

PAPEL



que tragar con ciertas cosas. Tener que digerirlo. No había manera.

«Yo lo que quería era un veneno, pero un conocido me convenció para hacer las cosas bien. Me dijo que no todos los médicos son objetores, que los había dispuestos a ayudar a morir y que lo mejor es que siguiera los trámites de la ley. Mi miedo entonces fue enfrentarme al monstruo de la burocracia».

Fue el 28 de noviembre cuando acudió a la consulta de su médica de cabecera. Allí le contó su penoso estado de salud y le solicitó la eutanasia. Tomaron nota. Dos semanas después, tuvo que reafirmarse en la decisión. Más tarde, recibió la visita de otra responsable médica. Luis se mantuvo firme. No movió una coma de su discurso. Y aquí estamos hoy: esperando a que ocurra lo que ya más desea.

«La doctora me dijo que iba a ser su primer caso. Y que también será el primer caso en este barrio... Este es un barrio rico, pero los ricos se mueren igual... Involuntariamente, supongo. No como yo... Se conoce que los ricos se mueren por agotamiento» (risas).

Para un hombre que no soporta las agujas porque tiene las venas como un colador después de tantas operaciones, lo bueno es que lleva instalado en el pecho un *port a cath* desde hace tiempo, para que le administren la medicación sin necesidad de agujerearlo más. Por ahí entrarán las sustancias hoy.

El procedimiento es el que sigue.

Una vez que llegue a su casa a la hora convenida, la médica le volverá a preguntar si lo tiene claro, si necesita más tiempo, si quiere echarse atrás: dime lo que quieras, Luis.

Si el paciente se reafirma en su decisión vital, primero se le administrará por vía venosa midazolam, una benzodiazepina que hará de sedante; luego se le añadirá al torrente sanguíneo la cantidad necesaria de propofol, un barbitúrico que, en altas cantidades, produce una parada cardiorrespiratoria en tres minutos; finalmente, recibirá del mismo modo un medicamento que contenga curare, un paralizante muscular, el veneno con el que los indios americanos impregnaban sus flechas para cazar.

Y ya está.

Luis Acebal Monfort (12 de enero de 1937-17 de enero de 2025).

EL ÚLTIMO BRINDIS

Pero todavía sigue vivo Luis. Quién sabe, acaso leyendo estas líneas. Acaso atendiendo a la postrera visita. Acaso nada más que mirando al frente desde su sofá, hacia la terraza donde tiene los rosales podados.

«Siempre me movió la ética del trabajo. He trabajado en la empresa pública, en ONG, en Derechos Humanos, he dado clases en todas las universidades de Madrid, he estudiado muchísimo, me lo he pasado bomba... Y ahora me fastidia no poder ser útil para la sociedad. Lo peor son los temblores, te coartan la vida, todo el sistema muscular está desajustado... Si yo estuviese bien, no querría morir, pero estando así es algo que tengo que hacer».

Antes del final, Luis tiene previsto hacerle otro sublime corte de mangas a la dieta que lleva saltándose gozosamente durante estos días.

—¿Y el último día qué?

—Me quiero beber poco a poco lo que queda de la botella extraordinaria de Rioja que me regalaron, en recuerdo de Silvia y de la Borgoña. De cuando éramos más jóvenes y viajábamos los dos por esa hermosísima región.

Es que como si lo estuviésemos viendo ahora. Acaso se pondrá una copa y luego otra más. Acaso cerrará los ojos en un paladeo satisfecho. Acaso hará balance. Y recordará a su mujer sentada a su lado en el coche que alquilaban en el aeropuerto de Lyon para recorrer la comarca francesa. El viento en la cara. La sonrisa tranquila. El sol espejeando en la luna delantera. La paz al fin.

Un poco como Thelma y Louise en la escena final de la película. Ese momento en el que dicen «sigamos adelante», aceleran y luego se cogen las manos.

CASTILLA Y LEÓN

La espera quirúrgica baja 13 días con las mayores demoras en Salamanca y El Bierzo

● La lista de espera para ser operado desciende hasta 95 días desde septiembre, con Salamanca (142) y El Bierzo (129) a la cabeza ● El menor tiempo de espera entre los grandes hospitales se registra en el Clínico de Valladolid, con 40 días

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

De cerrar un verano con subidas en las listas de espera para ser operado a terminar el año con descensos generalizados en todos los hospitales. Un paso entre trimestres que beneficia a las nueve provincias de Castilla y León, donde la demora media pasa de los 108 días con los que se cerró septiembre a los 95 al finalizar diciembre. Pero si la tendencia muestra un descenso en todos los hospitales -excepto Santos Reyes, en Aranda-, hay tres que se sitúan muy por encima de la media: Salamanca, El Bierzo y León, con 142, 129 y 110 jornadas de espera para pasar por sus quirófanos.

Los últimos datos ofrecidos por la Consejería de Sanidad permiten esclarecer una mejora para los pacientes de Castilla y León que necesitan de una operación. Y no solo entre el tercer y el cuarto trimestre de 2024, con 13 días menos de espera, sino también respecto a diciembre del año pasado, con una disminución que llega hasta los 21 días.

Pero si las reducciones destacan en 13 de los 14 hospitales de la región, los datos también presentan su parte negativa desde los desequilibrios. Especialmente en Salamanca, con el complejo más moderno y a la vez más afectado en lo que a espera quirúrgica se refiere al acumular una demora de hasta 142 días. Le sigue El Bierzo, con un problema estructural que persiste mes tras mes y donde contrasta el mayor descenso con 31 días por el total de 129 jornadas para entrar en quirófano; mientras que con las cifras del Complejo Asistencial de León se cierra la lista de aquellos hospitales por encima de la demora media de Castilla y León al acaparar 110 jornadas de espera, 15 menos que en el tercer trimestre de 2024.

Diciembre se define, entonces, por un descenso prácticamente generalizado en el resto de la región menos en Aranda de Duero, donde el Hospital Santos Reyes suma cuatro días más que al cierre de septiembre para llegar a 98 días de es-

Pacientes en lista de espera quirúrgica

Por hospitales (A 31 de diciembre de 2024)	Lista de espera estructural		Por especialidades	Lista de espera estructural	
	Pacientes	Días		Pacientes	Días
■ Ávila	743	49	■ Angiología/cirugía vascular	597	55
■ Burgos	3.974	91	■ Cirugía cardíaca	104	81
■ Miranda de Ebro	536	76	■ C. general y aparato digestivo	4.752	71
■ Aranda de Duero	655	98	■ Cirugía maxilofacial	292	110
■ León	5.633	110	■ Cirugía pediátrica	357	56
■ Bierzo	2.416	129	■ Cirugía plástica	866	108
■ Palencia	889	29	■ Cirugía torácica	58	70
■ Salamanca	4.739	142	■ Dermatología	181	24
■ Segovia	1.240	51	■ Ginecología	955	48
■ Soria	644	54	■ Neurocirugía	586	120
■ Río Hortega Valladolid	2.742	81	■ Oftalmología	4.224	46
■ Medina del Campo	438	49	■ Otorrinolaringología	2.704	93
■ Clínico Valladolid	1.574	40	■ Traumatología	9.494	136
■ Zamora	1.302	56	■ Urología	2.355	94
■ Total	27.525	95	■ Total	27.525	95

FUENTE: Consejería de Sanidad

76; Hospital Río Hortega de Valladolid, con 81; Burgos, con 91; Santos Reyes, con 98; y el Complejo Asistencial de León, con 110.

En cuanto al número de pacientes, la lista de espera quirúrgica estructural se sitúa al cierre del cuarto trimestre de 2024 en 27.525, que supone un descenso de 2.790 personas pendientes de una operación en Castilla y León. La mitad del total de ellos, concretamente el 50,2%, precisaron una intervención quirúrgica por los 15 diagnósticos más frecuentes, como hernias, deformidades o artrosis. Así, el mayor número de pacientes se acumuló en operaciones de cataratas (3.417), artrosis de rodilla (1.707), hernia inguinal (1.495) y artrosis de cadera (1.051 pacientes).

Por especialidades, las diferencias también fueron ostensibles, con bajadas que predominan respecto a las subidas. En el pico de la demora se vuelve a situar Traumatología, con 136 días, seguida de Neurocirugía (120), Cirugía Maxilofacial (110), Cirugía Plástica (108), todas ellas por encima del tiempo de espera medio de Castilla y León de 95 jornadas. Por debajo se encuentran Urología (94), Otorrinolaringología (93), Cirugía Cardíaca (81), Cirugía General y Digestivo (71), Cirugía Torácica (70), Cirugía Pediátrica (56), Angiología (55), Ginecología (48), Oftalmología (46) y Dermatología (24).

En cuanto a las especialidades que incrementan su demora de septiembre a diciembre, los datos de la Consejería de Sanidad reflejan que solo Cirugía Torácica, la peor situada, y Cirugía Cardíaca suman días a su tiempo de espera de septiembre a diciembre, con 20 y 14 más.

Al contrario, las disminuciones se reparten con mayor tendencia en el resto de ramas sanitarias. Es Cirugía General y Digestivo la mejor situada en este aspecto al restar 20 días en la espera quirúrgica, y la siguen de cerca Urología (-19), Neurocirugía (-18) y Otorrinolaringología (-16). Y más por debajo se en-

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

pera. Pero entre todos los hospitales, es el Clínico el que mejor estadística presenta entre los cinco grandes hospitales, con 40 días de espera quirúrgica y que son nueve menos que al cierre de septiembre. Pero si el listado se abre a todos los

complejos, es Palencia el que repite con el menor tiempo de espera entre los dos últimos trimestres del año con datos disponibles, con 29 días.

Tras Palencia y el Clínico, es en el Complejo Asistencia de Ávila don-

de se registra menor demora para ser operado, con 49 días de media, al igual que en el Hospital de Medina del Campo. Le siguen las áreas de Soria, con 51; Segovia, con 54; Zamora, con 56; Hospital Santiago Apóstol, en Miranda de Ebro, con

LA DEMORA QUIRÚRGICA BAJA 49 DÍAS EN LA ERA DE ALEJANDRO VÁZQUEZ

De 144 a 95 días en cuatro años. Esta la reducción en la demora media estructural para ser intervenido quirúrgicamente en los hospitales públicos de Castilla y León desde que el consejero Alejandro Vázquez se hizo cargo de la Consejería de Sanidad. Por aquel 31 de diciembre de 2021, el Portal de Salud de

la Junta de Castilla y León situaba en 144 días el tiempo medio de espera quirúrgico. Y a 31 de diciembre de 2024, la cifra disminuye en 49 días, hasta 95. Además, el número de pacientes en lista de espera desciende un 35%, desde los 42.107 hasta los 27.525, siendo Traumatología, con 9.494; Cirugía general y digestivo,



Alejandro Vázquez. E.M.

con 4.752; y Oftalmología, con 4.224, las que mayor demora acumulan con un 67 % de las esperas quirúrgicas. Las que menos son Cirugía Cardíaca, con 104, y Cirugía Torácica, con 58

pacientes. Las mejoras de los datos vienen reforzados desde la Consejería de Sanidad en la implementación, a partir de la llegada del equipo de Alejandro Vázquez, de un plan de choque que gira sobre el eje de un uso eficiente de los recursos propios, sin descartar, en caso de necesidad, el empleo de medios adicionales, manteniendo siempre la garantía de calidad en la atención prestada en los hospitales de Castilla y León.

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

cuentran Cirugía Pediátrica, con 14 días menos respecto al pasado 30 de septiembre, Cirugía Plástica (-14), Traumatología (-9), Angiología y Ginecología (ambas con -8), Dermatología y Oftalmología (ambas con -4).

Si la perspectiva sanitaria se echa más para atrás, concretamente al último trimestre de 2023, la situación es todavía más positiva para los hospitales de Castilla y León. Y es que la espera se reduce un total de 21 días, siendo solo los burgaleses hospitales de Miranda de Ebro (Santiago Apóstol) y Aranda de Duero (Santos Reyes) los que registran subidas en la demora media para ser operado, con 2 y 5 días respectivamente.

En el revés, Salamanca consigue reducir su tiempo de espera en más de un mes, concretamente hasta 37 días menos y que son 15 más que el siguiente complejo hospitalario en la lista, el de León, donde disminuyen 24. Por detrás están el de Soria, con 22 jornadas menos, seguido de Burgos (-20), Ávila (-17), Clínico de Valladolid (-16), Hospital del Bierzo y Complejo Asistencial de Palencia (ambos con 14 días menos), mientras el Segovia y los vallisoletanos hospitales del Río Hortega y Medina del Campo acaparan una reducción de siete días para ser operado. Y en Zamora la cifra se mantiene igual que hace un año, con 56 días.

Con las especialidades también se repite la tendencia de disminución, llegando a ser de más de dos meses en Angiología (-65) y Neurocirugía (-64), y de uno en Cirugía General (-34) y en Cirugía Pediátrica como en Plástica (-31 en ambas). Al contrario, únicamente Cirugía Cardíaca presenta una demora mayor respecto al 31 de diciembre de 2023, con 25 días más.

► **ÁVILA.** Su complejo asistencial es uno de los menos saturados quirúrgicamente al presentar una demora media de 49 días y 743 pacientes en espera. Sobre esa esperada media, solo Traumatología la supera con 79 días, mientras que Urología es la que tiene menos días para ser operado, con 18.

► **BURGOS.** Se sitúa cerca de la espera media quirúrgica, con 91 días, la cuarta mayor cifra de Castilla y León. Entre Neurocirugía, con 141, y Traumatología, con 139, son las especialidades que disparan su cifra de demora, que desciende hasta los 37 días en el caso de Cirugía Pediátrica.

Respecto al Hospital Santiago Apóstol, en Miranda de Ebro, un paciente debe esperar 76 días para ser operado, con Traumatología y Urología por encima de esta cantidad con 101 y 80 días, respectivamente; mientras en el de Santos Reyes, en Aranda de Duero, la demora asciende a 98 días, donde Oftalmología es la rama más perjudicada con 146 días de demora.

► **LEÓN.** En el Complejo Asistencial de León la espera quirúrgica es la tercera más alta de la región, con 110 días. Por especialidades, Traumatología es la más saturada con 173 jornadas de demora media.

No muy lejos se encuentra el Hospital del Bierzo, donde el tiempo de espera asciende a 129 días. Por ramas sanitarias, Urología y Otorrinolaringología superan ese promedio, con 210 y 191 jornadas, respectivamente.

► **PALENCIA.** Destaca por seguir acaparando la menor espera quirúrgica de la Comunidad. En concreto, 29 días. Una media que rompen especialidades como Oftalmología y Traumatología, con sus correspondientes 46 y 31 días de demora.

► **SALAMANCA.** Al contrario, el Complejo Asistencial de Salamanca tiene la mayor demora de Castilla y León, con 142 días. Por especialidades, solo Traumatología presenta mayor tiempo de espera, con 199 jornadas, mientras en Dermatología no hay ningún día de espera.

► **SEGOVIA.** Tiene otra de los tiempos de espera más bajos de la región, con 51 días. Al igual que en el resto de hospitales, Traumatología rompe esa media, con 68 días de demora. Al contrario, Oftalmología presenta 24 jornadas de demora.

► **SORIA.** Su espera quirúrgica se sitúa en los 54 días, lejos de los 73 y 83 que aglutinan Traumatología y Otorrinolaringología, respectivamente.

► **VALLADOLID.** Entre los grandes hospitales de Castilla y León, el Clínico tiene los mejores datos para entrar en sus quirófanos con 40 días de tiempo medio, de espera. En caso de tratarse de un diagnóstico de Traumatología, esa demora asciende a los 56 días, mientras en Dermatología no habría que esperar ni 24 horas.

Respecto al Río Hortega, este hospital duplica las cifras del Clínico al presentar 81 jornadas de demora. Además, no solo Traumatología se encuentra por encima de esa espera, con 93 días, sino también Urología (91), Cirugía Plástica (121) y Cirugía Maxilofacial (125).

En el Hospital de Medina del Campo, los números se aproximan más a los del Clínico con 49 días de espera media, con Cirugía General (54) y Oftalmología (53) como las especialidades más afectadas.

► **ZAMORA.** Los mismos datos que Medina del Campo se agrupan en el Complejo Asistencial de Zamora, con 49 días de espera media quirúrgica. Entre sus ramas sanitarias, la diferencia se vuelve a centrar en Traumatología, con una demora que se dispara hasta los 79 días, mientras en Urología disminuyen hasta 18 jornadas.

Vázquez alerta de la fuga de médicos a la privada con la incompatibilidad

Reconoce «demoras en Atención Primaria» por los virus respiratorios pero señala que «el 52% de los médicos de familia dan cita en dos días»

MARTA CASADO BURGOS

La propuesta del Ministerio de Sanidad sobre la incompatibilidad de operar en la sanidad privada para los médicos jefes de servicio en la sanidad pública es un «anuncio grandilocuente que no es más que arrancadas de caballo y parones de mula», señaló el consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Alejandro Vázquez, durante la presentación de la nueva gerente de Atención Primaria de Burgos, Eva María Asensio. Apuntó que esta medida «no está bien reflexionada» y que «está lejos del conocimiento de la Sanidad y la situación de los médicos». Señaló que «corremos el riesgo de que grandes profesionales, que suelen ser los jefes de servicio, personas del mayor prestigio, tomen la decisión de irse a la privada y sería una merma importante para el sistema sanitario público».

La ministra de Sanidad, Mónica García, planteó esta semana que la reforma de la Ley del Estatuto Marco que rigela la situación de los trabajadores sanitarios del sistema público, que se abordará la próxima semana en una reunión con sindicatos y el ministerio, se podrán limitar la actividad en la Sanidad Privada de los jefes de servicio del sistema público. Aunque ya se han pronunciado en contra colegios de médicos y el mayor sindica-

to médico. El consejero de Sanidad de Castilla y León pide «reflexión», añade que «es una medida que tiene que ser meditada y contando con los que gestionamos la sanidad de las comunidades autónomas que no hemos recibido el borrador hasta ayer».

Por otro lado, el consejero reconoció el impacto que la fuerte incidencia de casos de gripe, covid y norovirus esta generando en la atención de las consultas médicas. «Las demoras en Atención Primaria, por mor de la epidemia de virus respiratorios, no es tan buena como la que tenemos a lo largo del año», reconoció Vázquez. Ejemplificó en caso en Burgos, donde apuntó que el 52% de los médicos de familia dan cita en dos días pero el 48% restante superan esa media habitual lo que sitúa «la demora global media entre cuatro y cinco días».

Vázquez acudió ayer a Burgos para presentar a la nueva gerente de Atención Primaria, de quien apuntó que «es una médica de la casa» al haber realizado su labor sanitaria en la Ribera del Duero desde el año 2000, zona a la que volvió en 2008 tras una estancia en Cantabria. Desde 2009 ha sido coordinadora del centro de salud Aranda Sur. «Es una convivencia de la Atención Primaria, la defiende con orgullo y la pone al buen nivel». Avanzó que Eva María Asensio cuenta con «el apo-

yo de la consejería de la gerencia regional de salud» para afrontar «los retos de transformación de la Atención Primaria como la atención a la cronicidad» o «los cambios organizativos generados por la falta de profesionales. «Es un reto dejar el fonendo, que hasido mi pasión toda la vida, por numerosos problemas y gestión, algo que me tomo como un aprendizaje», explico. Se marca como retos la atracción de profesionales, la fidelización de nuevos médicos y una adaptación de la Primaria a las nuevas necesidades de la sociedad.

CENTRO DE SALUD DEL SILO

Por otro lado, Vázquez se ratificó en la última fecha de apertura adelantada para el polémico centro de salud del Silo en la capital burgalesa y señaló que «después de mucho esperar y de muchas inquietudes, de haber tenido que levantar la obra dos veces porque se fueron dos empresas, en este momento las obras han cogido ritmo», con cobertura de la estructura cuyo esqueleto ha permanecido desnudo durante años. El director general de Calidad e Infraestructuras Sanitarias, Álvaro Muñoz Galindo, en noviembre hablaba de verano, pero ahora se podría adelantar, para que «el centro pueda estar en funcionamiento» antes, señaló el consejero burgalés.

Sanidad, Educación y la UBU se citan ya para dar los primeros pasos para el grado de Medicina en tres posibles sedes

MARTA CASADO BURGOS

El reto ya está sobre la mesa. Contar con grado de Medicina en Burgos y León para el curso 2026/2027. La reunión inmediata que la semana pasada anunció el presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, ya está prevista. La próxima semana se iniciarán las reuniones para que el curso 26/27 Burgos empiecen a formar médicos. «Tenemos previsto reunirnos la próxima semana, si conseguimos cuadrar las agendas de la consejería de Educación, del de Sanidad y los rectores para impulsar el grado de Medicina y poder tenerlo en el curso de 2026/2027», señaló el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez.

El consejero, que ha sido procurador por Burgos en las últimas legislaturas, es consciente que «no

podemos fallar a la ilusión colectiva de Burgos, de los burgaleses y todo el estamento sanitario, y el presidente nos ha pedido colaboración máxima para poner la Junta a disposición de lo que las universidades puedan necesitar».

POSIBLES UBICACIONES

Entre las cuestiones que se abordarán en esas reuniones pasa, primero, la ubicación de las nuevas aulas y espacios de formación eminente práctica. A preguntas de los periodistas, Vázquez señaló que no tiene por que ser el Hospital Universitario de Burgos. «Tenemos que hablar de las opciones donde pueden estudiar el grado de Medicina».

No es porque puedan generarse tensiones con la concesionaria de los servicios no sanitarios del hos-

pital burgalés, Eficanza. «No es un tema de modificar el canon, es una cuestión de espacios que se necesitan, el hospital, aunque es grande y tiene espacios igual no son los adecuados, hay que valorar lo que se necesita, si hay otras opciones en Burgos para poder empezar el grado sin tener que forzar el espacio asistencial de hospital», señaló el consejero.

En esa ecuación entran, por ejemplo, el Divino Valles con varias plantas sin uso, alguna fue habilitada durante la pandemia del coronavirus; o el Hospital Militar, donde ya se encuentran los estudios de Ciencias de la Salud. «Yo no lo voy a decidir, es la Universidad quien tiene que decidir, nosotros estamos para asesorarles, trabajar con ellos y facilitar lo que necesiten», puntualizó.

OPINIÓN

El empeño del consejero de Sanidad en las listas de espera da sus frutos

ES INNEGABLE y constatable el empeño que está poniendo el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, y su equipo en atacar una de las lacras de la Sanidad: las listas de espera quirúrgicas. En 50 días las ha reducido en los apenas tres años que lleva al frente del área, por mucho que tal alivio le escueza a sus antecesores, que intentaron perpetrar el destroz de la sanidad pública en Castilla y León tal y como la concebimos, desde la dispersión, la extensión, la ruralidad y la complejidad que todo ello conlleva. Otros 13 días han bajado los tiempos de espera medios el último trimestre. Y si se ha hecho, en parte, a golpe de conciertos con clínicas privadas, bienvenido sea. A los pacientes lo que les interesa es que se aceleren sus procesos, siempre y cuando se haga con garantías. Para eso pagan sus impuestos. ¿O es que no hay seguridad privada, sin ir más lejos, en los servicios, inmuebles y dependencias de la Junta, y nadie se tira de los pelos? El que quiera comunismo, siempre le quedará Venezuela, donde la gente se muere de hambre, de asco o a manos de la policía del dictador.

Y es cierto que aunque los desequilibrios entre hospitales siguen existiendo, y son notables, la acción de la Consejería de Sanidad los está atenuando y mermando. Esa también es una labor esencial. Porque todos los ciudadanos de Castilla y León tienen

derecho a la misma sanidad, vivan donde vivan. Porque no se les discrimina en el pago de sus impuestos tampoco se debe hacer en la prestación de los servicios que reciben. Esencialmente porque lo de las medias es un engaño en toda regla. Nadie vive de la media de comerse seis pollos entre dos cuando uno se ha zampado 12 y el otro ni lo ha catado.

Los datos de listas de espera sí reflejan una situación a la que urge que la Consejería meta mano, y cirugía orgánica si es preciso. El Hospital del Bierzo. Sus tiempos de espera, el triple que el Clínico de Valladolid, la joya de la corona en esta materia, señalan que más allá de la falta de oncólogos, que es gravísimo, el centro berciano tiene un verdadero problema estructural. Los meses van pasando y al nuevo gerente, Juan Ortiz de Saracho, pronto se le pasará la prueba del algodón, porque por él parecen no pasar los días. Se quedan. Algo similar ocurre en Salamanca, el complejo más moderno de Castilla y León, dotado de todo, especialmente de médicos a cientos, los que no tienen otros. Y es el campeón de la espera quirúrgica en días y paciente. Tiene más que todo Valladolid. El cambio en la gerencia no parece haber hecho mella. En estos dos hospitales urge poner orden para que los datos sean acordes con la buena marcha general de las listas de espera.

CASTILLA Y LEÓN

El «no» de Adeslas a Sanidad por Muface afecta a 40.000 funcionarios de la Comunidad

D. GONZÁLEZ SALAMANCA

Las pérdidas económicas de 250 millones en tres años por un modelo «económicamente insostenible» justifican el rechazo de Adeslas a presentarse a la nueva licitación por la mutualidad de funcionarios Muface. Un 'no' que afectará a un total de 39.911 mutualistas acogidos a la sanidad privada con esta aseguradora, que ahora se hallan en plena incertidumbre sobre cómo será la asistencia sanitaria que recibirán con esta decisión, aunque Muface prometió seguir garantizando este servicio.

A través de un comunicado difundido este viernes, SegurCaixa Adeslas explica que si con el convenio actual ya ha perdido 256 millones de euros en los tres últimos años, con la segunda oferta del Gobierno estaría comprometido el futuro de la aseguradora. Así, exponen que la subida propuesta en el nuevo concierto sacada a licitación, correspondiente al 26,62% para 2025 y 2026 y del 33,5% -que se incrementaría hasta el 33,5% al incluir también ese tercer año-, se encuentra a 20 puntos de diferencia de financiación

frente a las peticiones de Adeslas, que reclama un 47% y un concierto de dos años.

«Lleva años siendo deficitario y, por ello, otras importantes aseguradoras han ido dejando estos contratos y fueron abandonando el sistema. Adeslas ha mantenido su compromiso con el modelo y ha dado continuidad al servicio sanitario a sus clientes a lo largo de los casi 50 años de existencia. Sin embargo, la muy negativa evolución del contrato estos últimos tres años, harán que la compañía lo cierre con pérdidas

acumuladas de unos 256 millones de euros, difícilmente asumibles y que, de seguir así, comprometerían la solvencia y el futuro de la entidad», explica la aseguradora.

Sin poder soportar la «senda del déficit actual», Adeslas confirma su rechazo al Gobierno al prever más números rojos en sus cuentas con el nuevo concierto ofrecido a aseguradoras que cubriría la asistencia sanitaria a los funcionarios atendidos por Muface, junto a DKV y Asisa.

De esta forma, 39.911 mutualistas quedan en vilo en cuanto a su futura atención, que se reparten con 10.211 afectados en Ávila, 4.859 en Burgos, 4.147 en León, 2.494 en Palencia, 6.663 en Salamanca, 2.771 en Segovia, 380 en Soria, 6.605 en Valladolid y 1.778 en Zamora.

SOCIEDAD | ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DE CASTILLA Y LEÓN 2024-2030

CyL fija su hoja de ruta para una salud mental «de primera»: más psicólogos y unidades específicas

Alfonso Fernández Mañueco presenta la Estrategia de Salud Mental y expresa el compromiso de su gobierno con una atención «de la máxima calidad», «más humana» y «más eficaz»



El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, durante su intervención ayer en la presentación de la nueva Estrategia. / JCYL

SPC / VALLADOLID

Castilla y León pone en marcha su hoja de ruta para combatir uno de los grandes problemas sociosanitarios del siglo XXI y se marca como reto lograr una salud mental «de primera». 200 acciones, siete líneas esenciales y cinco grandes líneas transversales estructuran la nueva Estrategia de Salud Mental autonómica con el horizonte de 2030 con la que la Junta quiere «garantizar una atención de máxima calidad, que sea más humana y que sea también más eficaz». Con este objetivo

se aumentará la dotación de los psicólogos clínicos en las once áreas de salud con el objetivo de acercar estos profesionales a los centros de salud, especialmente a los del medio rural, de forma física, pero también a través de la tecnología. Por otro lado, se potenciarán los programas de los hospitales de día y de hospitalización parcial de adultos, pero también para la población infantojuvenil con nuevas unidades, para en conjunto «atacar» los problemas de salud mental.

«Es un problema real y el gran reto del siglo XXI», sentenció el presi-

dente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, encargado de presentar ante las organizaciones científicas, de pacientes y del tercer sector el nuevo documento, que calificó como un «gran paso» hacia delante y la «hoja de ruta» que seguirá su gobierno: «Queremos liderar la ayuda a las personas que más lo necesitan». Una Estrategia en la que están implicadas las tres grandes consejerías sociales de la Comunidad –Salud, Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades–.

«Nadie está libre de tener un mal momento temporal o perma-

DECLARACIONES

ALFONSO FDEZ. MAÑUECO
PRESIDENTE DE LA JUNTA

«Queremos liderar la ayuda a las personas que más lo necesitan»

«La salud mental es un problema real y el gran reto del siglo XXI»

mente», expresó el jefe del Ejecutivo autonómico, quien reiteró el compromiso con el mundo rural, la potenciación de los servicios hospitalarios, la creación de nuevas unidades, servicios de apoyo a personas mayores, con consultas específicas y unidades multidisciplinarias, pero también con la humanización del sistema, ya que consideró es un «paso fundamental» de acuerdo al reconocimiento de los derechos de las personas, junto a la erradicación del «estigma» de la enfermedad mental.

El punto de partido, recordó Fernández Mañueco, se produjo con la pandemia de la covid-19 y sus últimos «coletazos», lo que llevó a crear una red de detección y alerta que ha incrementado hasta los 1.300 orientadores educativos los profesionales que desde los centros tratan de prevenir el suicidio y las conductas autolesivas, mediante iniciativas como la figura de enlace. «He cumplido», dijo el presidente tras recordar su compromiso, que unió a la atención que ofrece el personal del servicio de teleasistencia, formado para hacer frente a la soledad no deseada o dificultades de las personas mayores, informa Ical.

RETOS PARA SU ABORDAJE. La humanización, la prevención y la coordinación son los retos para el abordaje de la enfermedad mental en Castilla y León, precisamente por la importancia de su medio rural. Así se puso de manifiesto durante una mesa redonda en la que se desglosaron las necesidades de las personas con estos problemas de salud en el marco de la jornada de presentación de la nueva Estrategia. La sesión, dirigida por la responsable de comunicación de la Federación de Salud Mental de Castilla y León, Diana Gutiérrez, reunió a una mujer con enfermedad mental, así como a profesionales del ámbito de la salud, la educación y los servicios sociales, quienes en su intervención ante las autoridades pidieron reconocer la capacidad de decisión de los enfermos y luchar contra los estigmas a los que todavía se enfrentan las personas que sufren una enfermedad mental. También participó en la jornada la psicóloga clínica y comunicadora Laura Rojas Marcos, que recomendó apoyarse en las fortalezas de cada uno, así como en los aprendizajes adquiridos durante la infancia para hacer frente a los cambios vitales.

CONDUCTAS SUICIDAS

La estrategia incide en la prevención de las conductas suicidas y de autolesión a partir de las redes existentes, que aseguran estar siendo «bastante eficaces». En el ámbito de la Atención Primaria se aumentará la dotación de psicólogos clínicos y se acercará a estos profesionales al medio rural.

HOSPITALES DE DÍA

El presidente aseguró que se va a potenciar el trabajo de los hospitales de día de adultos y de los programas hospitalización parcial en todas las provincias. Para niños y adolescentes destacó que la red de 1.300 orientadores educativos que «han venido para quedarse» como apuesta por la prevención.

NUEVAS UNIDADES

En relación a la sanidad, Alfonso Fernández Mañueco aludió a los nuevos hospitales de día abiertos en 2023 en Salamanca y en 2024 en León y Burgos. Ahora, remarcó, se van a crear unidades de hospitalización específicas que cubrirán las necesidades de las nuevas provincias.

LUCHA CONTRA LA SOLEDAD

En cuanto a las personas mayores, aseguró que los operadores de teleasistencia están formados ante posibles casos de soledad, pero señaló que habrá consultas de psicogeriatría o unidades específicas cuando se considere necesario para optimizar tratamientos o mejorar el seguimiento.

PROGRAMA PERINATAL

Por último, el Ejecutivo autonómico quiere implantar un programa perinatal para mujeres con enfermedad mental, crear la figura referente de violencia de género, ayudar a mujeres víctima y programas de apoyo emocional para atender a dependientes y otros colectivos.

SANIDAD | FINANCIACIÓN

El gasto en medicamentos de la farmacia del hospital supera los 15,75 millones en el último año

Supone un crecimiento de más de un 55% en los últimos nueve años. Casi el 49% se destina a la dispensación a pacientes externos, un 39% a ambulatorios y un 11% a hospitalizados

ANA I. PÉREZ MARINA/ SORIA

El gasto en medicamentos suministrados por la farmacia del Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria superó los 15,75 millones de euros en 2024, según los datos facilitados por la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Así las cosas, esta cifra indica que en los últimos nueve años se ha producido un crecimiento de más del 55%, teniendo en cuenta que en el año 2016 la suma alcanzó los 10,1 millones. En cuanto a la variación interanual, en 2023 el desembolso fue de 14.118.609 euros, lo que implica un aumento de casi el 11,6%.

En el Complejo Asistencia Universitario de Soria (Causo), se distinguen cuatro grandes bloques de gasto farmacéutico: dispensación a pacientes externos al propio hospital (DPE), dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios (DPA), tratamientos a pacientes hospitalizados y productos suministrados a centros sociosanitarios ajenos. Durante el ejercicio pasado, cerca del 49% del desembolso se destinó al primer grupo (DPE), con un importe de 7.610.234 euros, mientras que en ambulatorios (DPA), la cantidad llegó a los 6.072.643 euros, un 39% del total. Asimismo, los medicamentos para los pacientes hospitalizados costaron 1.693.267 euros, un 10,89% de la partida total, y en el caso de los que se destinan a otros centros, el montante fue de 175.191 euros, un 1,13%.

En el caso de los medicamentos



Nuevo carrusel vertical para la dispensación de unidades a pacientes hospitalizados. / FOTO: EUGENIO GUTIÉRREZ

que para usuarios externos se trata de fármacos muy específicos que requieren pacientes crónicos, prescritos por un médico especialista. Están previamente diagnosticados por el especialista y acuden al Servicio de Farmacia Hospitalaria regularmente a recoger su medicación. Normalmente, son productos de alto coste y

con pocas alternativas de genéricos en el mercado.

Respecto a los pacientes ambulatorios deben ir necesariamente a algún servicio (hospital de día y, sobre todo, el oncohematológico) para someterse a su tratamiento. También se trata de fármacos de última generación y costes elevados.

En cuanto a los pacientes hospitalizados, desde la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria apuntan que este grupo presenta una tendencia descendente cada año respecto al total, en comparación con el notable aumento en los últimos años de los pacientes externos y ambulatorios. Además, ya se emplean técnicas de

logística como la unidosis en todas las áreas de hospitalización, excepto en la UCI.

El último grupo, señalan las mismas fuentes, está formado por otros servicios externos al hospital como Atención Primaria, Emergencias Sanitarias o centros sociosanitarios como la residencia de Los Royales, el CAMP CO Ángel de la Guarda o Cruz Roja, que apenas suponen un 1% del total. De este gasto destaca lo que se dirige a los centros sociosanitarios, 132.000 euros al año.

PACIENTES EXTERNOS. Cabe poner el acento en el incremento que se produce cada año de usuarios externos que pasan por la farmacia del hospital a retirar su tratamiento, normalmente cada mes. Desde 2018 a la actualidad casi se ha duplicado. En 2024, el número registrado asciende a 1.236; 1.074 en 2023; 976 en 2022; 921 en 2021; 829 en 2020; 771 en 2019; y 675 en 2018.

En el conjunto de los pacientes externos no oncológicos destacan, por el impacto económico que supone el abordaje farmacológico de algunas patologías, los enfermos de artritis reumatoide, cuyos tratamientos sumaron 591.869 euros el pasado año; VIH (excepto profilaxis), 563.617 euros; psoriasis, 514.171 euros; esclerosis múltiple, 460.315 euros; hipercolesterolemia, 302.261 euros; enfermedad de Crohn, 255.566 euros; párkinson, 252.169 euros; y artritis psoriásica, 226.057 euros.

ONCOHEMATOLÓGICOS. Hay que poner el acento en el gasto farmacéutico que requieren los tratamientos oncohematológicos que se realizan a través de pacientes externos y ambulatorios. En el caso del cáncer de mama, en 2024, el coste ascendió a 1.023.536 euros; 657.940 euros, cáncer de pulmón no microcítico; 634.548, mieloma múltiple; 461.022, leucemia linfática crónica; 324.782 euros; cáncer de próstata, 304.191 euros; cáncer colorrectal, 296.912 euros; cáncer renal, 240.614 euros, melanoma; 234.643 euros, cáncer de pulmón microcítico; y 211.111 euros, linfoma no Hodgkin.

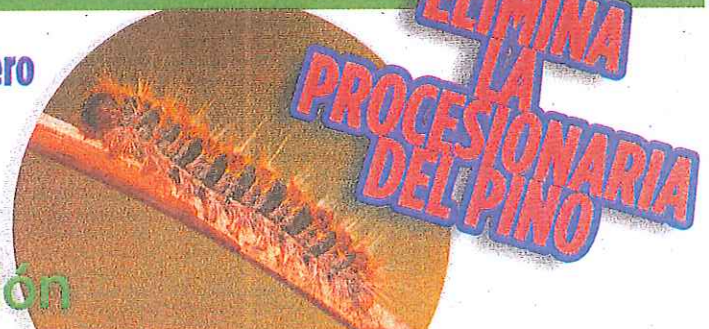
Estudio, control y prevención de **TODO** tipo de **PLAGAS**



SERBIAM
www.serbiam.com
TELÉFONO 637 548 459

Solo de octubre a enero
Eficacia Garantizada

Ecológico
Sin fumigación



AL DETALLE

1M€

INVERSIÓN

Estos días se está llevando a cabo el cambio de ubicación a las nuevas instalaciones de la farmacia hospitalaria, dentro de las obras de reforma y ampliación del Hospital Universitario Santa Bárbara. La unidad se renueva por completo y se modernizará notablemente. La inversión de la Consejería de Sanidad en estas instalaciones se aproxima al millón de euros.



NUEVAS SALAS Y CARRUSELES

DISPENSACIÓN

La farmacia del hospital contará con carruseles horizontales y verticales para la gestión de unidades y tres nuevas salas de preparación de medicamentos, que se pondrán en marcha en las próximas semanas.

PRODUCTOS DE ALTO COSTE

SOLO EN EL HOSPITAL

Los medicamentos que se administran en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) pueden ser generales y obtenerse con receta, aunque la mayoría son de alto coste y solo pueden ser dispensados en el SFH.

28%

CÁNCER

El 27,86% de la partida anual que el Complejo Asistencial Universitario de Soria (Causo) emplea en el gasto en medicamentos suministrados en la farmacia hospitalaria tiene como destino los tratamientos oncohematológicos que pueden realizarse a través del programa de pacientes externos y ambulatorios. De los cerca de 4,4 millones de euros reflejados en 2024, más de un millón tuvieron como destino pacientes de cáncer de mama, según los datos aportados por la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.



Demanda creciente de pacientes y nuevas patologías

El Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) se ocupa de la selección, adquisición, conservación, preparación, administración, dispensación y distribución a los pacientes de medicamentos correctamente prescritos. Tal y como apuntan desde la Gerencia de Asistencia Sanitaria, la gestión de este servicio implica adaptarse a factores como la creciente demanda de pacientes, la aparición y estudio de nuevas patologías y nuevos tratamientos, o la presión de la industria farmacéutica a la hora de introducir en el mercado nuevos artículos más eficaces. Hay que destacar la garantía de calidad y seguridad que aportan los profesionales del servicio.

1.236

PACIENTES EXTERNOS en 2024

Cada año se produce un aumento del número de pacientes externos que reciben la medicación que necesitan en la farmacia hospitalaria. Desde el ejercicio de 2018 el incremento ha sido de más del 83%.

2

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Lunes 20 de enero 2025

OPINIÓN

La falta de enfermeras exige un enfoque coordinado entre Estado y comunidades

LA SALUD es un permanente quebradero de cabeza en una comunidad con las características de Castilla y León. También en el caso de la gestión del personal sanitario y su incorporación al sistema de salud público. Castilla y León es la tercera con mejor ratio de enfermeras por habitante en España, con 7,35 por cada 1.000 habitantes y ligeramente por debajo de la media europea. Sin embargo, esta posición no puede ocultar una realidad que se repite año tras año: el déficit estructural de profesionales de la enfermería. La comunidad necesita más de 3.300 enfermeras para alcanzar los estándares europeos, pero las facultades castellanas y leonesas solo ofertan 1.000 plazas al año. Este desequilibrio evidencia un problema de fondo que no puede resolverse únicamente con iniciativas autonómicas. Es necesario un plan integral entre el Gobierno central y las comunidades que contemple tanto el aumento de plazas universitarias como la mejora de las condiciones laborales para retener el talento. Las cifras reflejan una tendencia preocupante que se agravará en los próximos años: un tercio de las enfermeras de Atención Primaria en Castilla y León supera los 60 años y se aproxima a la jubilación. Por el lado contrario, la oferta formativa crece de forma insuficientemente pese a

que se incrementan ligeramente las plazas de grado en los últimos cursos, la alta demanda de esta titulación deja fuera a miles de aspirantes, lo que contribuye a perpetuar la escasez de profesionales. Otro factor clave es la fuga de talento. Castilla y León es la segunda comunidad que más profesionales pierde, debido a que las condiciones laborales precarias, marcadas por contratos temporales y limitadas opciones de desarrollo profesional, empujan a muchas enfermeras a buscar oportunidades en otras regiones o en el extranjero. No basta con ofrecer salarios competitivos; también es básico garantizar estabilidad y oportunidades de crecimiento desde el inicio de sus carreras. El problema trasciende el ámbito sanitario y afecta al equilibrio territorial, ya que en una comunidad marcada por la despoblación, la escasez de personal sanitario no solo pone en riesgo la calidad de la atención, sino también la viabilidad de los servicios en áreas rurales. Si no se toman medidas, el déficit de enfermeras seguirá creciendo y agravando la desigualdad en el acceso a la sanidad. La solución pasa por un enfoque coordinado que refuerce la formación y mejore las condiciones laborales para garantizar un sistema sanitario sostenible que no dependa de medidas paliativas temporales.

UN SIMPLE EXAMEN OCULAR PUEDE PREDECIR EL RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Una huella dactilar vascular en la capa de tejido sensible a la luz en la retina puede predecir el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular con tanta precisión como los factores de riesgo tradicionales por sí solos, pero sin la necesidad de múltiples pruebas de laboratorio invasivas, según un estudio de la Universidad Politécnica de Hong Kong, publicado en *Heart*. La huella digital, que comprende 29 indicadores de salud vascular,



es un enfoque práctico y fácilmente implementable que resulta especialmente adecuado para la atención primaria y los entornos de bajos recursos. Se sabe que la intrincada red vascular de la retina comparte características anatómicas y fisiológicas comunes con la vasculatura del cerebro, lo que la convierte en un candidato ideal para evaluar el daño causado por enfermedades sistémicas, como la diabetes. Su potencial para predecir el riesgo de accidente cerebrovascular no se ha explorado por completo, debido a los resultados variables de los estudios y al uso inconsistente de la técnica de imágenes especializada para la parte posterior del ojo.

MARÍA JESÚS ÁLAVA
PSICÓLOGA



CÓMO TRABAJAR LA FELICIDAD

El bienestar emocional es esencial para alcanzar ese estado de placidez tan emocionante como personal en cada individuo

A cabamos de empezar un nuevo año y muchas personas se proponen nuevos objetivos, aunque son conscientes de que la mayoría de esos buenos propósitos se irán quedando por el camino. Pero ¿podemos aprender a ser felices? ¿Podemos trabajar la felicidad y conseguir ese estado de bienestar que deseamos?

¿Existe una definición universal de la felicidad? No existe una definición universal de felicidad, es más, la felicidad es diferente para cada persona, pues se refiere a una emoción única e intransferible.

Hoy parece que muchas personas no han aprendido a vivir de manera positiva y les resulta más complicado sentirse felices, si es que entendemos que la felicidad

es ese estado de bienestar, de equilibrio y de satisfacción con nosotros mismos y con lo que nos rodea.

Tengamos claro que la felicidad hay que trabajarla, hay que sentirla, disfrutarla... y recuperarla, cuando la perdemos.

¿El bienestar emocional nos acerca a la felicidad?

Silvia Álava es una gran experta en esta materia, y en su libro *Por qué no soy feliz* nos comenta que no buscamos la felicidad constantemente, que es imposible, pero que sí conviene trabajar nuestro bienestar emocional.

El bienestar emocional es el pilar en que se asienta la felicidad. Silvia nos insiste en que la vida no siempre es de color de rosa y que, de la misma forma en que en

nuestro interior sentimos todas las emociones —las agradables y las desagradables—, una de nuestras misiones será no asustarnos y aprender a reconocerlas, para poder aceptarlas y manejarlas.

¿La clave de la felicidad es el pensamiento positivo?

Cada uno es libre para elegir el camino que quiere seguir, aunque sea el incorrecto

Generar pensamientos positivos es importante para nuestro bienestar, pero no caigamos en la ingenuidad de pensar que con buena voluntad, y con dosis extras de esfuerzo, podemos conseguir todo lo que nos proponemos.

La psique humana no es tan simple y aunque el esfuerzo y la buena voluntad nos podrán ser de gran ayuda, por sí solos no son garantía de éxito.

En nuestro día a día habrá momentos de equilibrio emocional, de alegría y de bienestar, pero también dejaremos espacio para el dolor y la tristeza, el miedo, el enfado... porque todas esas emociones forman parte de la vida, y lo que queremos es aprender a manejarlas. No tiene sentido pretender que desaparezcan, como tampoco lo tiene dejar que las cosas desagradables nos condicionen en el día a día.

Claves que nos ayudarán a lograr nuestro equilibrio emocional:

- Conócete en profundidad. Tan importante como conocer tus virtudes es conocer tus áreas de mejora; de esta forma, podrás ajustar tus expectativas.

- Actúa con realismo. Analizar tus posibilidades de forma realista te ayudará a evitar disgustos y pondrás el foco en lo que sí puedes lograr.

- Respeta siempre al otro. Cada persona es libre de elegir su camino, aunque sea el equivocado. La fórmula no es presionar, es motivar.

- No persigas tanto la felicidad y disfruta de tu realidad. Disfruta de lo que ya tienes y siente cómo puedes estar en paz contigo.

- No busques nuevos retos de forma permanente. No te engañes, no es necesario alcanzar siempre nuevas metas para ser feliz.

- Vive en calma. Sentir que controlas tu vida también forma parte de tu bienestar.

- No tienes que demostrar nada a nadie. No necesitas cambiar para conseguir la aprobación de los demás. No entres en una trampa que solo te llevará a una insatisfacción permanente.

- Trabaja cada día tu flexibilidad. La vida cambia y las circunstancias también, por lo que una de las variables que más te van a ayudar a conseguir el bienestar emocional es la flexibilidad. Mejorar tu flexibilidad puede ser un gran objetivo para este año que acaba de empezar.

El frío empeora la dermatitis atópica, psoriasis y rosácea

La doctora Belén Fabre, dermatóloga del Hospital Vithas Valencia 9 de Octubre, advierte que durante el invierno, diversos factores como el frío, el viento o las duchas con agua muy caliente afectan la integridad de la barrera cutánea originando una mayor pérdida de lípidos y agua, y la bajada de temperaturas empeora diferentes patologías dermatológicas como la psoriasis, la dermatitis atópica, la rosácea, ciertos tipos de urticaria o incluso el acné.

La llegada del frío tiene un impacto significativo en la piel ya que, cuando las temperaturas bajan y el aire se vuelve más seco, a menudo experimenta sequedad, descamación y enrojecimiento. Además, suele volverse más fina, tensa, opaca, sin brillo y con tendencia a agrietarse.

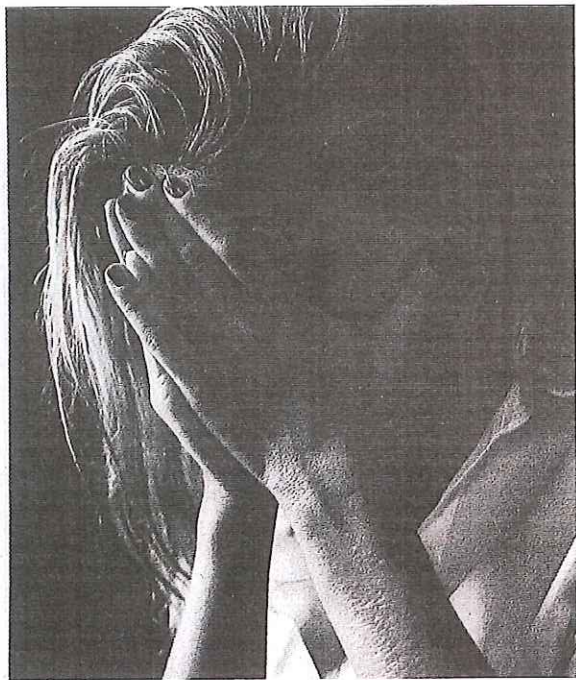
La doctora Fabre explica que la principal función de este órgano es la protección «y su estructura nos ayuda a mantener la hidratación. Además, evita la entrada de sustancias o microorganismos agresivos para la piel. Lo que ocurre durante el invierno es que nos exponemos a factores que afectan la integridad de la barrera cutánea como son el frío, el viento, las duchas o baños con agua demasiado caliente, que pueden llegar a alterar la estructura y composición de la piel llevando a una mayor pérdida de lípidos y agua». La consecuencia es tener la función barrera «alterada», por lo que la piel no es capaz de ejercer su misión.

30 POR CIENTO

Es la proporción de sus ingresos anuales que la industria farmacéutica invirtió en I+D durante el año 2021, lo que supone cerca de 270.000 millones de euros, según datos del informe *Facts and Figures 2024* de la Federación Internacional de la Industria Farmacéutica Innovadora, a la que pertenece Farmaindustria.

TRIBUNA LIBRE | **DAVID CORTEJOSO** {Decano-Presidente electo del Colegio Oficial de Psicología}

Depresión, otro desafío de salud mental pendiente



Ya es hora de que la gran olvidada en la definición clásica de la OMS empiece a ser cubierta debidamente por el sistema público de salud



Quien no haya oído hablar a alguien próximo de padecer en primera persona un trastorno de salud mental, o vive solo en algún remoto paraje o vive en una sociedad cuya seña de identidad es el ostracismo. Los problemas de salud mental son cada vez más numerosos y discapacitantes y, entre ellos, destaca la depresión. Se calcula que en España la prevalencia de esta enfermedad está alrededor del 5%, pero la cifra podría ser mayor aún, debido al estigma relacionado con los trastornos de salud mental que hay y que siguen sin desaparecer.

En los últimos tiempos hemos podido ver cómo personajes reconocidos hablan, e incluso escriben libros relativos a su experiencia atravesando el calvario de un trastorno de la salud mental. También cómo en la gran mayoría de los medios de comunicación se habla cada vez más de ellos, y sin tapujos, intentando contar las cosas cómo se sufren y cómo suceden, sin eufemismos. Todo esto ha contribuido, en alguna medida, a ir rompiendo poco a poco el estigma social que rodea a la salud mental, pero aún queda mucho por hacer, no nos engañemos. Incluso se oye en las conversaciones de pasillo aquello de 'la Psicología está de moda', pero nunca debería ser una moda, sino algo esencial y presente al alcance de todos.

La depresión, como el resto de los problemas de salud, no afecta solamente a quien la padece en primer grado, sino que repercute en todo el entorno familiar y social de la persona. La investigación con respecto a la depresión y otros trastornos de

salud mental ha avanzado considerablemente en los últimos años, y ahora existen mejores fármacos y terapias para su tratamiento, así como profesionales mejor formados y un acercamiento multidisciplinar. Pero no consiste solo en tratarla, consiste en prevenirla y en identificarla precozmente, para que no aparezca o para que la intervención sea más eficaz y las repercusiones sean menores. Esto pasa por tener buenos programas de salud pública que se centren en la prevención de trastornos de salud mental, cuestión que, al menos en nuestra Comunidad, es casi inexistente, ya que los que hay están completamente orientados a la salud física, obviando la mental.

Hace ya unos cuantos años, cuando estudié Enfermería y luego Psicología, me enseñaron la clásica definición de salud de la OMS «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». A nivel público, la parte física de la definición es la que está atendida por nuestro sistema sanitario, mal o bien, no entraré en valoraciones. La parte de la salud mental en nuestro sistema sanitario está cubierta por escasísimos profesionales, con una formación y profesionalidad encomiables, que no tienen tiempo para atender debidamente a la creciente demanda de atención por parte de la población. La salud mental, en la Atención Primaria, que es donde se puede prevenir y detectar precozmente, ni está ni se la espera, ya que no tenemos una Administración valiente que quiera realmente empezar a atender las demandas, cada vez mayores, de atención a problemas como la depresión, más allá de dar una pastilla, y que obliga a los ciudadanos a pagarse una consulta privada (quien pueda, y quien no, que aguante). La solución no pasa por ser los líderes mundiales en medicación psicoactiva. La medicación es necesaria muchas veces para estabilizar a los pacientes, pero si no hay terapia, no se soluciona el problema. ¿Qué terapia se puede aplicar en consultas de 20-30 minutos en las áreas de salud mental y cada dos meses? Y aquí sí hablo por experiencia propia.

Hemos oído infinidad de veces las cifras de los profesionales de la Psicología en el ámbito público en nuestro país (6/100.000 habitantes), muy inferiores al resto del entorno europeo (18/100.000 habitantes), y no digamos ya en comparación con otros países del norte de Europa (75-80/100.000 habitantes). Si nos vamos específicamente a nuestra Comunidad, la cifra se reduce aún más (4,5/100.000 habitantes). Recientemente he asistido a la presentación de la Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024-2030, donde nuestro Presidente prácticamente ha hablado de poner, como dice un buen amigo mío, profesionales de la Psicología hasta en los taxis. ¿Cuándo se va a pasar de vender a hacer? Sigamos hablando y escribiendo, haciendo presentaciones, que el papel lo aguanta todo. Ya es hora de que la gran olvidada en la definición clásica de la OMS empiece a ser cubierta debidamente por el sistema público de salud.

Ucrania: respuestas a medio y largo plazo

EL BLOC DEL GACETILLERO
JESÚS FONSECA

En un contexto internacional dramático, el conflicto armado entre Rusia y Ucrania, sigue desplazando a millones de personas y provocando la mayor crisis humanitaria en Europa, desde la Segunda Guerra Mundial. A ello hay que añadir las amargas consecuencias para seres inocentes, junto a una crisis energética y alimentaria que está causando enorme sufrimiento en África, por ejemplo, porque las exportaciones de trigo siguen colapsadas. Los que están llegando huyendo de la guerra, a otros países europeos, tampoco reciben siempre una inserción social adecuada, así no se hable de ello. Desde el 24 de febrero de 2022, se han registrado más de 6 millones de refugiados procedentes de Ucrania en nuestro continente y algo más de 600.000 fuera. Son datos facilitados por ACNUR. Tan sólo en el interior de Ucrania, los desplazados se acercan a los 4 millones. He aquí otro dato que añade sufrimiento al sufrimiento: la ley marcial que prohíbe la salida de varones entre 18 y 60 años, justifica que el 80 % de las personas refugiadas sean mujeres y niños y personas ancianas. Una ruptura familiar que tiene desgarradoras consecuencias, en gran medida para los niños, en gran medida para los niños. En este contexto, la durísima realidad que viven los dentro de Ucrania, se agrava de día en día, particularmente la de aquellos que están en primera línea del frente y que carecen de oportunidades de descanso o de relevo. Alberto Suárez, director de JRS, una de las personas que mejor conoce el conflicto y con mayor empeño anima a avivar la esperanza y trabajar por la paz, asegura que más de 14 millones de personas lo están pasando muy mal y precisan ayuda urgente dentro de Ucrania. Para este tercer año de guerra, se prevé que la adversidad se intensifique, especialmente en el este y el sur del país, donde los bombardeos y los ataques selectivos contra las infraestructuras, forman parte de la vida cotidiana. No podemos olvidar esta guerra. Hay que negociar entre todos, hay que buscar una salida para que se acaben los combates. Ucrania necesita apoyo incondicional y la Europa de la Unión y los Estados Unidos, tienen una gran responsabilidad en ello. No tendría perdón de Dios, que continuáramos contemplando las escenas de dolor y devastación que, a diario nos ofrecen los medios de comunicación y permaneciéramos impasibles. El horror de los bombardeos y sus efectos colaterales, están teniendo consecuencias irreparables para los ucranianos, al no volcarse los aliados en socorrerlos. Ya no es solamente distribuir alimentos y medicinas lo que hace falta, sino también proporcionar alojamiento seguro, educación y medios con los que levantar sus vidas para los que lo pierden todo. Ucrania es una realidad dolorosísima que tenemos en nuestro continente y que no puede dejarnos indiferentes. Pero, lamentablemente, lo que uno observa es que esta guerra, que se desarrolla aquí al lado, está cayendo en el olvido, porque falta voluntad política para poner en el centro a las personas y dar esa respuesta, a medio y largo plazo, que imponga el alto el fuego. Algo que es posible.

LA MÁQUINA QUE 'LIMPIA' EL CUERPO DE ALICIA EN CASA: "NO QUERÍA DEJAR DE TRABAJAR NI DE VIAJAR"

Diálisis peritoneal. Solo uno de cada 10 pacientes escoge tratar sus riñones en casa. "El miedo les lleva a ir al hospital a tratarse"

Por Laura Tardón. Fotografía de Ángel Navarrete

Si hablamos de pacientes en diálisis, los imaginamos *atados* a sus sesiones de cuatro horas en un centro sanitario, día sí y día no. Es la realidad del 85-90% de las personas que necesitan este tratamiento para sustituir la función de sus riñones cuando estos ya no pueden filtrar por sí mismos la sangre en el organismo. Sin embargo, la hemodiálisis no es su única opción.

Existe otra fórmula, la diálisis peritoneal, que no condiciona tanto sus vidas y nos lleva a pacientes empoderados, viajando por el mundo y que no se ven obligados a frenar su desarrollo profesional. Alicia, a sus 59 años, disfruta de esta libertad gracias a la máquina con la que convive. «En junio me fui a Estepona cinco días, en julio de cruce por el Mediterráneo, en agosto 15 días a Andalucía, me he ido a Burgos y en breve vuelvo a Málaga a una boda».

Este ritmo sería imposible si hubiera escogido la terapia convencional. Sin embargo, con la información de ambas alternativas en la mano, Alicia se atrevió con la técnica peritoneal casi sin dudarlo.

«No quería dejar de trabajar ni de viajar ni tener que estar cada dos días en el hospital... Cuantas menos limitaciones, mejor». Y para ello, hay que vencer el «miedo a ser uno quien se realice la diálisis en casa», destaca argumenta Alfonso Cubas, jefe de servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Getafe. «Esto es precisamente uno de los mayores frenos».

La cercanía del personal sanitario es una red de seguridad para los pacientes que valoran al tomar

esta decisión. El aparato tiene conexión a internet, por lo que los parámetros se muestran directamente en la pantalla del ordenador de Laura Espinel, la médica adjunta que, desde el otro lado, en el Hospital Universitario de Getafe, vigila diariamente que todo esté correcto y está pendiente de cualquier posible dificultad.

Espinel trabaja mano a mano con Mariló Echaniz, enfermera de la Unidad de Diálisis Peritoneal que hace de enlace entre las consultas de Nefrología con el doctor Alfonso Cubas Alcaraz (jefe de servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Getafe) y la unidad de diálisis peritoneal. Son el equipo humano que ayuda a los pacientes a *empoderarse* frente a la enfermedad renal.

Tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal son igualmente eficaces. En la primera modalidad, se establece un proceso que elimina los desechos y los líquidos de la sangre a través de un circuito extracorpóreo, con un filtro externo por el que debe pasar la sangre del paciente unas 16-17 veces durante cuatro horas tres veces por semana.

En la segunda, la sangre se limpia dentro del cuerpo, utilizando como filtro la membrana peritoneal. Requiere que inicialmente, un cirujano vascular implante un catéter en el abdomen por el que se introducirá el líquido dializante y se

extraerán los desechos. Se trata de una intervención quirúrgica ambulatoria que se realiza en una media hora aproximadamente.

A partir de ahí, en el transcurso de cuatro semanas, mientras se cura y cicatriza la zona, el paciente va recibiendo formación de forma progresiva sobre cómo autogestionarse la diálisis en su propio domicilio, en su lugar de trabajo o de viaje.

Puede ser manual o automatizada, en función de las circunstancias. Pero lo más cómodo, asegura Alicia, «es la automatizada». Consiste en tener una máquina cicladora, bolsas de soluciones dializantes, el set de transferencia y todo el suministro necesario, como mascarillas o las boquillas que conectan el catéter al set de transferencia. Todo esto forma parte de la decoración de su dormitorio, pero cuando lo ha necesitado, también se lo ha llevado de viaje.

Con la cicladora en su maleta, Alicia puede recorrer kilómetros. Un tiempo antes, comunica sus planes a Laura y Mariló y ellas establecen la cantidad de bolsas de diálisis que serán necesarias para el viaje. Se ponen de acuerdo con la casa comercial y ésta envía al destino acordado todo el material necesario, incluyendo también gasas, apósitos, boquillas de conexión, mascarillas... Para colgar las bolsas cada noche, un amigo suyo inventó un soporte de acero inoxidable que, unido a



**FUNCIÓN.**

Eliminar el exceso de toxinas y líquidos por una membrana en el peritoneo.

HOSPITAL.

Dos o tres veces en semana el paciente acude a filtrar su sangre en un dializador.

MANUAL.

Sin máquina. Se mete el líquido 'limpiador' y se extrae a las 4h. Se repite 3-4 veces al día.

AUTOMÁTICA.

Una máquina llena y vacía el abdomen con la solución. Este proceso son 8h, por la noche.

EFFECTOS.

Al finalizar la sesión se puede notar durante unas horas una sensación de cansancio.

DATOS.

Más de 31.000 españoles necesitan dializarse, la mayoría escoge acudir a un centro especializado.

en un paciente asciende a los 46.659 euros, mientras que la diálisis peritoneal serían unos 32.432 euros, tal y como recoge la *Actualización del abordaje de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada* (publicada en enero de 2023).

El miedo, la principal barrera. No obstante, a pesar de ser «mejor para el paciente en cuanto a su calidad de vida, más sostenible, más coste-efectiva, la mayoría eligen la *hemo*», apunta Cubas, en consonancia con las estadísticas.

En España, de las 31.000 personas que sufren insuficiencia renal sólo entre el 10% y el 15% escogen la diálisis peritoneal. Unas 3.280, según la Sociedad Española de Nefrología (SEN).

¿Qué razones llevan a rechazar la opción de llevarse la máquina a casa?

—Lo cierto es que muchos pacientes son muy mayores, tienen otras patologías (diabetes, hipertensión, aterosclerosis...), sienten que necesitan más atenciones y se encuentran más seguros yendo al centro sanitario.

—Pero, si hay evidencia de que sería más cómodo para ellos, ¿qué podría revertir la situación?

—Tenemos el interés de aumentar la prevalencia de esta diálisis porque creemos que es muy buena alternativa para el paciente. De hecho, en los planes de todas las comunidades autónomas está en desarrollar más la implantación de la peritoneal. Los pacientes están muy bien entrenados, soportados con lo necesario y atendidos, tenemos un control muy directo y cercano con ellos.

En este sentido, como apunta Mariló Echaniz, hay ejemplos que ilustran que la edad es una barrera que se puede salvar. «Entre nuestros pacientes con diálisis peritoneal tenemos a una persona de 89 años que lo hace perfecto. Si bien es cierto que la media es de unos 50, más baja que la media de los pacientes con hemodiálisis, en torno a los 75». El miedo, el desconocimiento es lo que les frena, aunque es cierto que en manos de personal sanitario como esta enfermera, el camino se allana mucho y siempre hay un acceso fácil y directo que elimina cualquier temor.

No obstante, aparte de la información facilitada por el personal sanitario, es de gran ayuda la que brindan los propios pacientes, que se convierten en asesores entre ellos. «Promovemos mucho al paciente mentor, para que cuente a otros su experiencia. Al fin y al cabo, los pacientes comparten lo que sufren y sus intereses», subraya Cubas. «Ayer vino una mujer a la consulta que está en situación de prediálisis. Había decidido hacer *hemo* y al conocer este caso, ha pedido más información sobre la peritoneal».

“La diálisis peritoneal resulta eficaz, segura, preserva mejor la función renal residual y resulta más sostenible y supone un ahorro sanitario”

“La hago por la noche, mientras duermo, durante ocho horas, así tengo el día entero libre y me ahorro la sensación incómoda de estar hinchada”

Se trata de una técnica indicada en la inmensa mayoría de los casos de insuficiencia renal crónica. La edad no es una contraindicación. Y además, en palabras del jefe de Nefrología del Hospital de Getafe, «la mayoría de los hospitales disponen de este servicio. No requiere ningún aspecto técnico especial, sí vocación y esfuerzo para estar muy encima de los pacientes y ofrecer un acceso fácil desde casa».

un trípode estándar, hace las veces del portasueros utilizado en los hospitales. Plegado, ocupa muy poco espacio en el equipaje.

—¿Cómo se apaña con la diálisis peritoneal?

—Lo hago por la noche, mientras duermo, durante ocho horas, así tengo el día entero libre y me ahorro la sensación incómoda de estar hinchada cuando toca introducir el líquido.

Durante ese tiempo, alrededor de 11 litros de solución van trabajando en su cuerpo. Así, a la mañana siguiente queda *limpio*.

Fue precisamente con Cubas y Echaniz con quienes Alicia se fue preparando. El primer brote de lupus que sufrió hace más de 30 años ya le colocó en la diana de una posible alteración de sus riñones, que se denomina nefritis lúpica. Era consciente de que la inflamación derivada de la enfermedad autoinmune iba a dañar sus riñones tarde o temprano. Los primeros síntomas renales aparece durante los primeros cinco años tras el diagnóstico y suele ser más frecuente entre la segunda y la cuarta década de la vida.

Desde entonces, Alicia ha estado vigilada y controlada, sabiendo que en algún momento habría que plantearse la diálisis. «Hasta septiembre de 2023, mis riñones iban funcionando, pero con el último brote, ya fue imposible», comenta.

—¿Cómo le plantean la posibilidad de las

diferentes opciones sustitutivas de sus riñones?

—Durante todos estos años, hemos ido hablando de las opciones y aunque me hablaron también de la hemodiálisis tradicional, yo tenía clara la peritoneal. Quería seguir trabajando, viajar y hacer mi vida.

¿Cuáles son las ventajas de dializarse en casa?

No sólo permite una mejor calidad de vida. Según el doctor Cubas, «la diálisis peritoneal es eficaz, segura, preserva mejor la función renal residual y resulta más sostenible, ya que supone un ahorro sanitario en cuanto al transporte de los pacientes entre sus casas y el centro, a la ocupación del hospital y estructura sanitaria y también a una menor demanda de asistencia sanitaria».

Cabe destacar que al tratarse de una terapia continua, no cada dos días, «la tolerabilidad de esta terapia es mayor e implica la necesidad de menos medicación». En definitiva, es una alternativa coste-efectiva y así lo indican numerosos estudios.

No cabe duda que el trasplante es el tratamiento más eficiente y deseable, pero no siempre es posible alcanzarlo, por lo que conviene recordar que «la supervivencia y los costes favorecen a la diálisis domiciliaria», apuntan varios especialistas en un trabajo publicado en la revista *Nefrología*.

Para hacernos una idea, concretamente, se estima que el coste medio anual de la hemodiálisis



'MOLECULAS DE LA ESPERANZA': QUÉ SON Y CÓMO PRODUCIRLAS PARA SER MÁS FELICES

Bienestar. Con funciones biológicas 'per se', las mioquinas son producidas y liberadas por el músculo al contraerse de manera sostenida

Por Gema García Marcos

Se las conoce como *moléculas de la esperanza*, un sobrenombre que lo dice todo sobre el terapéutico efecto benefactor que desencadenan en nuestro organismo. «Las mioquinas son moléculas bioactivas, lo que quiere decir que tienen funciones biológicas *per se*, que son producidas y liberadas por el músculo. El término viene de *mio*, prefijo de músculo, y *quina*, que es esa sustancia que favorece la comunicación entre células», cuenta Helios Pareja Galeano, profesor en la Universidad Autónoma de Madrid, experto en ejercicio, nutrición y metabolismo.

Para entender mejor de qué estamos hablando, Pareja Galeano explica que, «originalmente, lo que se conocían eran las citoquinas, cuyo prefijo, *cito*, viene de célula». Las citoquinas, prosigue, son «todas esas moléculas bioactivas, fundamentalmente proteínas, que liberan las células, en especial, las inmunológicas, que son las que comunican tejidos». ¿Qué quiere decir esto? «Por ejemplo, que si hay una respuesta inflamatoria, las citoquinas se activan, se liberan, pasan al torrente sanguíneo y, por ahí, comunican con otros tejidos para ponerla coto».

Hasta los años 80, «se explicaba que el músculo servía para posibilitar el movimiento; tenía cierto rol metabólico —quema mucha energía— y ejercía de escudo protector físico, mecánico y térmico de nuestros órganos vitales frente a los agentes externos». No obstante, a pesar de todo ello, «se le consideraba, algo

así, como una especie de tejido u órgano tonto, lo cual no tenía mucho sentido evolutivamente». Cada elemento de nuestro organismo, continúa, está diseñado «para mejorar nuestra supervivencia y buscar la máxima eficiencia, sobre todo, si gasta tanta energía como el músculo». O sea, que «tenía poco sentido pensar que solo sirviese para funciones tan pasivas y básicas, como la locomoción».

Sin embargo, a partir de la década de los 80, cambió el paradigma: «La doctora Bente Klarlund Pedersen, profesora de Fisiología del Ejercicio en la Universidad de Copenhague y directora del Center for Physical Activity Research (CPAS) descubrió que el músculo, cuando se estimulaba, producía una serie de sustancias que le permitían mandar señales para comunicarse con otros tejidos».

¿Qué estímulos concretos nos ayudan a producir estas *moléculas de la esperanza* que tanto bien nos hacen? «Salvo en el caso de la miostatina, cuyos niveles se elevan cuando estamos parados promoviendo la hipertrofia del músculo, la gran mayoría de las mioquinas se producen cuando hacemos ejercicio físico, especialmente, en sesiones de *cardio* de alta intensidad y de una cierta duración (aquí, los entrenamientos interválicos de alta intensidad no tendrían tanto peso)».

Helios Pareja Galeano se vale de una metáfora muy gráfica para que visualicemos mejor de qué va todo esto. «El músculo es una gran farmacia que tiene almacenada una gran cantidad de medicinas que nos ayudan a tratar distintas patologías crónicas, de diferentes orígenes».

Consideradas una medicina natural con un extraordinario poder de sanación, los beneficios de las mioquinas van mucho más allá de lo que nos podemos imaginar. «Estimulan la neurogénesis, la neuroplasticidad, la reparación de las neuronas, el metabolismo cerebral, etcétera. De hecho, hay dos estímulos que generan este impacto de esa manera en el cerebro y produzcan neurogénesis: algunos antidepresivos —como los inhibidores de la recaptación de serotonina— y el propio ejercicio físico, cuyos efectos son similares a los fármacos, pero sin sus efectos secundarios».

Pero aún hay más. «Además de proteger el cerebro y mejorar nuestra salud mental, las mioquinas ayudan a controlar los niveles de azúcar en sangre, a reducir la inflamación y a reforzar nuestro sistema inmune». Es decir, que, «cada vez que entrenamos le estamos haciendo un regalo maravilloso a nuestra salud desde adentro. No solo nos vemos mejor: ¡también nos sentimos mejor!».

ENFERMERA SATURADA

EL CALDO DE HUESOS, EL 'NUEVO MILAGRO' QUE PREDICAN LAS REDES

La sopa de siempre. Las abuelas ya sabían los beneficios de esta receta rica en glutamina y colágeno. Hoy se vuelven a poner de moda sus propiedades de alivio muscular y regeneración de tejidos

Hacer una sopa a base de caldo de huesos no es nada nuevo, en realidad se trata de una receta cuyos orígenes se remontan a la Prehistoria, pero en los últimos meses toda una oleada de influencers de lo más variopinto, *coaches* y ex participantes de *realities* parecen haber descubierto una receta milagrosa que ha revolucionado su vida. Al caldo de huesos se le ha rebautizado en redes sociales como el milagro líquido o el oro líquido, y se ha convertido en una especie de brebaje al que se le atribuyen todo tipo de poderes sanadores y regeneradores. Pero, ¿posee realmente todas o algunas de esas propiedades?

¿Qué contiene este caldo?

Para conseguir un buen caldo de huesos, debemos cocer a fuego lento huesos de ternera, cordero, pollo, pavo o cerdo en agua durante como mínimo seis horas, pudiendo llegar incluso a 12 o 24. Todo ese tiempo de cocción es imprescindible para poder extraer las máximas proteínas posibles de los propios huesos, las articulaciones y el tejido pegado a ellos. El resultado será un caldo rico en colágeno, proteínas, glutamina, potasio, calcio, magnesio, fósforo, hierro y algunas vitaminas.

Rico en nutrientes y bajo en calorías, ya que una ración rondará las ochenta.

Glutamina, aminoácido estrella

Uno de los principales componentes del caldo de huesos es la glutamina, un aminoácido fundamental para el buen funcionamiento del cuerpo humano: ayuda a regular la temperatura corporal y la frecuencia cardíaca, participa en el equilibrio hidroelectrolítico, alimenta a determinadas células del sistema inmune...

¿Tiene propiedades reales?

Ayuda a cuidar y regenerar la mucosa intestinal, algo que es totalmente cierto gracias a la glutamina. También alivia el malestar estomacal y reduce la inflamación intestinal. Pero lo tenemos también en la carne, el pescado, los huevos y los lácteos, las legumbres, los frutos secos y las semillas.

El colágeno, proteína estrella

Es una proteína del cuerpo que se encarga de dar firmeza y elasticidad a la piel, y de mantener saludables los músculos, ligamentos, tendones y articulaciones. ¿Y qué ocurre? Que un caldo de huesos bien elaborado posee enormes cantidades y es el motivo por el que aseguran que beberlo desencadena todas estas propiedades.



Por
**Luigi
Benedicto Borges**

Un águila llamado Olympia, símbolo de la Lazio. Juan Bernabé, su adiestrador gaditano y admirador confeso de Mussolini. El presidente del club italiano y senador de Forza Italia, Claudio Lotito, hombre de fe que lleva 67 años sin saltarse una misa. Y un explícito vídeo que muestra en todo su esplendor el éxito de la operación a la que se sometió el español, que no tarda en hacerse viral y provoca su dramático despidio. Todo ello tienen en común a una persona: el urólogo-andrólogo Gabriele Antonini. Profesor de Andrología y Cirugía Reconstructiva e Implantología en la Universidad La Sapienza de Roma y uno de los grandes expertos mundiales en cirugía funcional y estética de los genitales. Antonini nunca imaginó que ayudar a uno de los integrantes del equipo de sus amores se convertiría en un escándalo planetario.

«El propósito del denominado caso Bernabé era únicamente sensibilizar al público sobre la existencia de estas problemáticas y sus soluciones, transmitiendo un mensaje de esperanza», resume a *Crónica* desde Madrid. El reuelo no ha alterado su apretada agenda: tras pasar por Finlandia, Estambul y Egipto en el último mes, a las 7:30 horas del viernes 17 de enero ya estaba rumbo al quirófano del Hospital Viamed Santa Elena de Madrid. Ese día, la colocación de dos prótesis genitales se suman a las más de 5.000 operaciones de uro-andrología que ha efectuado en Italia y España.

«En este episodio destaca la importancia de una gestión precisa del mensaje y la información», explica al salir del centro hospitalario. Tras años «de refinamiento», Antonini se ha convertido en el primer cirujano en Europa en efectuar técnicas mínimamente invasivas para colocar los tres componentes de prótesis de pene hidráulico como la colocada a Bernabé. El implante permite controlar la erección con un botón colocado entre los testículos, tal y como mostró en pleno apogeo el cetrero español en el vídeo subido a su Instagram. «Algunas dificultades en la gestión del postoperatorio, probablemente relacionadas con la fuerte terapia antibiótica y los efectos de la anestesia, generaron malentendidos que se transformaron en un problema de comunicación mediática», concluye el doctor.

A Antonini le apena que este caso pueda espantar a gen-



La gira madrileña del urólogo Antonini, el artífice del pene que dejó en el paro al cetrero Bernabé



Arriba, el doctor Gabriele Antonini. Abajo, Juan Bernabé y Olympia. CRÓNICA / GETTY

Los pacientes que acuden al prestigioso cirujano italiano viven «un profundo sufrimiento emocional». Y él, con 15 minutos de quirófano, les cambia la vida. Pero la emoción del español que adiestra el águila de la Lazio al enseñar su prótesis en el postoperatorio ha tenido una incómoda repercusión mundial

te que necesita tratamiento. «Aún persisten muchos tabúes relacionados con la disfunción eréctil y las prótesis penianas. Sin embargo, gracias a los medios de comunicación e internet, se está desarrollando una mayor conciencia. Es esencial sensibilizar a la opinión pública, explicando que, confiando en manos expertas, es posible resolver estas problemáticas de manera brillante y mínimamente invasiva, a menudo con intervenciones de corta duración». Antonini y su equipo son «los únicos en Europa» que adoptamos un enfoque quirúrgico infra-público, evitando así realizar la habitual incisión en el escroto. «Gracias a esta técnica innovadora, somos capaces de completar la implantación de una prótesis en tan solo 15 minutos», resalta.

Cuando los pacientes acuden a Antonini, suelen encontrarse «en un estado de profundo sufrimiento emocional y psicofísico». «Desean llevar una vida sexual normal, pero no obtienen resultados ni siquiera con terapias farmacológicas. Es crucial establecer un diálogo empático con ellos, explicándoles que existen soluciones terapéuticas eficaces y seguras, minimizando los riesgos de complicaciones infecciosas», resalta.

Bernabé, de 56 años, fue operado el sábado 11 de enero en la clínica Nuova Villa Claudia de Roma. Había conocido a Antonini en Formello, el centro deportivo del club romano, donde el doctor ejercía de consultor. Padre de dos hijos, el gaditano perdió un testículo tras sufrir una orquitis al recibir la patada de un caballo en 1991. Luego sufrió un carcinoma de tiroides que le afectó a nivel eréctil. «No estaba impotente pero mis relaciones sexuales no eran del todo cómodas y yo quería al 100%», decía. Se había cansado de usar cialis para la disfunción eréctil. Por eso, tras salir del quirófano compartió la frase «Nunca más tendré que tomar drogas de ningún tipo».

Fueron momentos de felicidad para el cetrero, que con su desparpajo dejaba titulares allá donde veía un micrófono. «Me operaron para aumentar mi rendimiento sexual porque soy muy activo... Necesito eyacular cada vez que tengo tiempo libre» fue uno de ellos. Cuando su miembro viril comenzó a pasar de móvil a móvil, se extrañó de que tildaran su foto de «pornografía» porque para él «la

desnudez es normal» al crecer «en una familia naturista y con una mente abierta». «No bebo, ni fumo ni me drogo, pero a mí me gusta el sexo como a todos los hombres. Soy muy activo y vivo en pareja, pero salgo con otras mujeres. Mi compañera lo sabe porque entiende que, para mí, el sexo es una necesidad, tiene una mente muy abierta», aclaró.

El viernes, entró a las 7:30 al quirófano del Hospital Viamed Santa Elena. A las 12.00 ya había puesto dos prótesis genitales

«Aún persisten muchos tabúes relacionados con la disfunción eréctil y las prótesis penianas», lamenta el doctor

«Hace 67 años que no me salto una misa, tengo un comportamiento irreproachable en todos los aspectos, luto por el cambio y la moralización y [Bernabé] se comporta así?», espetó Lotito, presidente de la Lazio, a la salida del Parlamento de Roma para justificar el despidio del cetrero, que en 2021 ya fue relevado temporalmente por hacer el saludo fascista y declararse seguidor de Mussolini. Tras recibir la noticia, el gaditano se ha atrincherado en la vivienda en la ciudad deportiva del club romano en la que vive desde hace 15 años y ha comunicado que no se va a poder ir «hasta que no cicatrice su herida postoperatoria». No coge el teléfono a *Crónica*, pero denuncia amenazas de muerte en sus redes sociales. «No entiendo por qué tanta gente me insulta, en la vida se pueden cometer errores. Pido perdón. Perdonar no es nada malo, porque Jesucristo también perdonó y es el regalo más bonito que una persona puede recibir», comentó.

Lotito también dijo haber despedido «a la velocidad de la luz» a Antonini, cosa que ha molestado al cirujano, que declara no tener ninguna relación de dependencia laboral con el equipo ya que operaba como consultor. «Me resulta incomprensible cómo podría ser despedido. Espero una carta de disculpas de la sociedad deportiva Lazio, de la cual me enorgullecó de ser tifoso, y la inmediata restauración de nuestra colaboración», sentencia. @LuigiBBorges

CASTILLA Y LEÓN

Atasco en Salamanca y León con hasta 9 meses de espera por una resonancia

La demora media para pruebas diagnósticas baja pero con grandes diferencias entre los centros hospitalarios de la Comunidad: 223 días para un TAC en el CAU de León, 16 en el Clínico de Valladolid

SANTIAGO G. DEL CAMPO
VALLADOLID

Los atascos en las listas de espera de pruebas diagnósticas siguen causando retrasos más allá de lo tolerable en algunos hospitales de la Comunidad. Es el caso de los de Salamanca y León. En el primero de ellos hay que esperar 215 días, es decir, siete meses, para que le hagan a un paciente una ecografía, y 16, casi cuatro meses, para una resonancia magnética. Pero el que se lleva la palma es en el Complejo Asistencial Universitario (CAU) de León, donde hay que esperar la friolera de 223 días, casi 7 meses y medio, por un TAC, y nada menos que 269 días, al filo de los nueve meses, casi un embarazo, para una resonancia magnética.

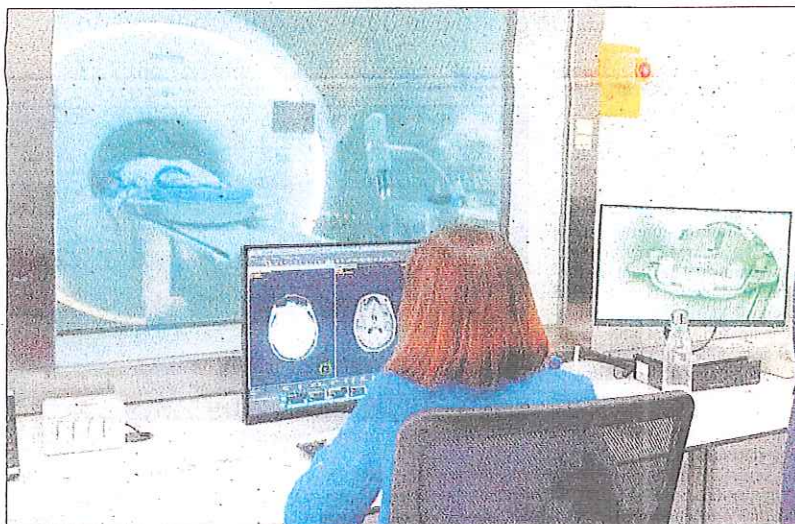
Son los últimos datos sobre listas de espera de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, publicados el pasado viernes, referidos a la situación a 31 de diciembre. Las diferencias entre hospitales se hacen patentes, ya que entre esos 223 días por un TAC en el CAU de León y los 16 que se esperan en el Hospital Clínico de Valladolid hay un abismo.

Y eso teniendo en cuenta los centros más grandes, ya que si se contemplan otros de menor tamaño como el de Medina del Campo la brecha sube, con 11 días de espera por un TAC. Eso sí, la demora media en la Comunidad ha bajado desde del trimestre anterior de forma considerable, de los 63 días del 30 de septiembre de 2024 a los 47 del 31 de diciembre en la misma prueba.

El número de pacientes en lista de espera por un TAC en la Comunidad a esa fecha era de 3.269, considerablemente superior a los 2.539 del trimestre anterior. Se debe, sobre todo, a la disparada lista del Hospital Río Hortega de Valladolid, que en ese periodo pasó de 22 a 1.193 personas a la espera de un TAC.

En cuanto a la resonancia magnética, a ese «embarazo» que hay que pasar en el CAU de León, o a los cuatro meses de Salamanca, se contraponen los solo 22 días del Clínico de Valladolid (solo 10 en el CA de Soria), si bien la espera se ha reducido en la media de la Comunidad autónoma, de los 103 días que había que esperar a fecha 30 de septiembre a los 70 que se contabilizan a 31 de diciembre. Sin embargo, también se ha incrementado el número de paciente en espera para esta prueba, de 4.181 a 5.844, en el periodo mencionado. El CA de Ávila y el Río Hortega de Valladolid se reparten la mayoría de los pacientes.

En cuanto a las ecografías, los 215 días de espera en el CAU de Salamanca contrastan con los 33 del CAU de León, que en esta prueba anota buenas estadísticas, o con los 21 del Hospital Santos Reyes, en Aranda o los solo 7



PET-TAC en las instalaciones del Hospital Clínico de Valladolid. Ical

del Santiago Apóstol, en Miranda de Ebro. Las ecografías también bajaron la espera media en Castilla y León, aunque solo tres días, de 107 a 104. En cuanto al número de pacientes en espera, en este caso bajó, de 8.138 a 7.698.

Por último, las mamografías son las pruebas con menor espera, que oscila de los 62 días en el CAU de Palencia a los solo 10 del CA de Ávila, seguido por los 21 del CA de Zamora y los 24 del Clínico de Valladolid y el CA de Segovia. La espera media bajó de 81 a 41 días en el último trimestre, así como las pacientes en espera, de 411 a 364.

La Administración autonómica valoró positivamente los datos de la evolución tanto de la demora quirúrgica como de la lista de espera de técnicas diagnósticas como de las consultas ex-

ternas: «La Consejería de Sanidad viene implementando, desde la llegada del equipo de Alejandro Vázquez, un plan de choque que gira sobre el eje de un uso eficiente de los recursos propios, sin descartar, en caso de necesidad, el empleo de medios adicionales, manteniendo siempre la garantía de calidad en la atención prestada», apuntó en un comunicado.

«ESPEJISMO»

No es de la misma opinión el Partido Socialista de Castilla y León (Pscyl), que tacha de «espejismo» esa mejora de los datos y ve «urgente» una planificación frente a las listas de espera «más allá de medidas improvisadas».

Así lo puso de manifiesto ayer el portavoz de Sanidad del Grupo Par-

lamentario Socialista, Jesús Puente, pues a su juicio las cifras se están «cronificando» y provocando «inequidades entre las nueve provincias, lo que sitúa a algunas especialidades al borde de la incapacidad resolutoria».

El portavoz de Sanidad del Pscyl subrayó que el 50% de los pacientes en lista de espera quirúrgica se concentra en León y Salamanca, siendo León la más afectada con un 30% del total de pacientes. «Trimestre tras trimestre vemos que por muchas medidas a corto plazo que se financien, como lecciones neonadas o las derivaciones a centros privados, si no se afrontan medidas estructurales y de largo alcance las cosas se mantendrán en cifras injustificables en aquellas provincias que más lista estructural tienen», subrayó.

Las consultas de traumatología y oftalmología encabezan el retraso

S. G. C. VALLADOLID

Las consultas de traumatología y oftalmología encabezan el retraso en lo que se refiere a consultas externas en Castilla y León, según los últimos datos de la Consejería de Sanidad, referidos al 31 de diciembre. En traumatología la situación está peor que el trimestre anterior, con 122 días de espera media, ocho más que el 30 de septiembre. Al cierre del pasado año había 32.692 pacientes en lista de espera estructural para la primera consulta de traumatología.

En cuanto a la oftalmología, ha mejorado muy ligeramente, con 111

días de espera media, tres menos que en septiembre. 31.478 pacientes se encontraban en lista de espera estructural para la primera consulta externa de oftalmología.

Eso sí, la especialidad que lidera a todas en lista de espera, aun cuando no es de las más comunes entre los pacientes, es la de cirugía plástica y reparadora, con 214 días de espera media, es decir, más de siete meses. Esta especialidad ha empeorado en ocho días respecto al trimestre anterior. Son 3.238 los pacientes en lista de espera estructural en esta especialidad, ca-

si todos correspondientes al hospital de Burgos (un total de 3.120).

En el global autonómico, el balance anual de 2024 indica que la espera media estructural se situó en 89 días, el mismo número que un año antes, con seis hospitales (Ávila, León, Palencia, Segovia y los dos de Valladolid) por debajo de esa cifra y otro (Soria) con esa cifra. El global de pacientes en espera estructural para una primera consulta externa asciende a 175.026, por debajo de los 192.747 de 2023. El número se traduce en 17.721 menos, lo que representa una reducción del 9,1%.

Salamanca homenajea a Julio Robles 24 años después de su muerte

VALLADOLID

El Ayuntamiento de Salamanca, junto a la Federación de Peñas Taurinas, celebró el tradicional homenaje al matador de toros Julio Robles coincidiendo con el 24 aniversario de su fallecimiento junto a la estatua que recuerda al diestro, obra del artista Salvador Amaya, situada frente a la plaza de toros de La Glorieta. Antes del inicio del acto, que comenzó con el rezo de un responso por parte del capellán del coto salmantino Constantino Cascón Bueno, la Banda Municipal de Música dirigida por Mario Vercher interpretó los pasodobles taurinos 'La Puerta Grande', 'Ragón Fale', 'Amparito Roca', 'Aquí está El Viti', 'España cañí', 'Nerva', 'Tercio de quites', 'Gallito', 'La Giralda' y 'S.M. El Viti'. A continuación, tomó la palabra Paco Cervantes, peón de confianza de Robles. Tras ello, el alcalde de Salamanca, Carlos García Carbayo, la familia de Julio Robles y el presidente de la Federación de la Federación de Peñas Taurinas de Salamanca, Antonio García Frías, depositaron un centro de flores delante de la escultura, informa Ical.

Los trabajadores suscriben cinco veces más contratos indefinidos

VALLADOLID

La contratación indefinida ya no es sinónimo de calidad en el empleo. La reforma laboral que entró en vigor en abril de 2022 se creó para acabar con la dualidad en el mercado de trabajo limitando las contrataciones temporales a necesidades de producción, tras acabar con el contrato por obra y servicio, y potenciando la figura del fijo discontinuo.

Sin embargo, como denunció para Ical, el secretario de Acción Sindical, Coordinación y Diálogo Social de UGT en la Comunidad, Raúl Santa Eufemia, las empresas están troceando el empleo con jornadas reducidas que obligan a firmar más contratos, se está abusando de los periodos de prueba pese a los esfuerzos de la Inspección de Trabajo y se tira de los fijos discontinuos, buena parte de los cuales han sido asumidos por las empresas de trabajo temporal para su puesta a disposición. El resultado de todo esto es que el año pasado se cerró el ejercicio con 612.008 asalariados con contrato indefinido, 25.423 más que en 2023.

SORIA

El número de donaciones de sangre y plasma cae un 2,27% el último año

Durante 2024 la provincia ha registrado un total de 4.684 donaciones frente a las 4.793 registradas en 2023 / Actualmente se necesita sangre de los grupos «A+, A- y 0+»

V.R.A. SORIA

Tras la época «crítica de final de diciembre y primeros de enero, la situación de los niveles de sangre de los diferentes grupos se ha estabilizado aunque tenemos en amarillo los tipos A+, A- y 0+», tal y como ha explicado el presidente de la Hermandad de Donantes de Sangre de Soria, Pedro Rodríguez, animando a los sorianos a donar. Y es que, asegura, aunque levemente, los últimos números anuales han experimentado un leve descenso. No en vano, durante 2024 se registraron un total de 4.684 donaciones frente a las 4.793 donaciones de 2023 lo que representa una bajada del 2,27%.

«Queremos dar un giro de 180° grados a este comportamiento y llegar a las 5.000 ó 5.100 donaciones anuales», explica Rodríguez. Unas cifras que Soria ha conseguido algún año pero que ahora parecen algo lejanas. Por ello, desde la Hermandad de Donantes de Sangre de Soria se trabaja en la puesta en marcha de campañas, actividades e iniciativas que movilicen a los donantes y también a los que quieren donar por primera vez. Todo por «conseguir la meta de llegar a las 5.000 donaciones anuales, que son las cifras en las que se debe mover Soria», asegura.

Una de las debilidades que observa Rodríguez es que «a la gente le cuesta acudir al punto fijo de donación que se encuentra en el Centro de Ciencias de la Salud, en la zona de Santa Clara». Y, de momento, en este espacio permanecerá durante los próximos meses ya que «hasta dentro de 10 ó 12 meses no podremos regresar al hospital Santa Bárbara, una vez concluyan las obras».

El presidente de la Hermandad de Soria es tajante: «La sangre no



La Hermandad de Donantes de Sangre de Soria quiere alcanzar las 5.000 donaciones. HDS

se puede fabricar artificialmente, la única manera de obtenerla es mediante la donación altruista. La sangre ni se vende ni se compra. Cualquiera de nosotros puede necesitarla un día ya que es necesaria en muchos casos como cirugía, trasplantes, urgencias, enfermedades de la sangre como la leucemia, diálisis...».

Hay que cumplir ciertos requisitos a la hora de donar sangre: «Hay que tener buena salud y tener ganas de ser solidario. También más de 18 años y menos de 65 años. Pesar más de 50 kilos y no padecer determinadas enfermedades», enumera Rodríguez. Tras rellenar un cuestionario y realizar una breve

entrevista con el médico, «te toman el pulso y la presión sanguínea y te sacan una gota de sangre con la que se valora el nivel de la hemoglobina, para descartar una posible anemia», indica. «Después una enfermera o un enfermero especializado te extrae 450 mililitros de sangre. Todo el material es estéril y de un único uso, por lo que no representa ningún riesgo».

La sangre donada «se analiza para comprobar que no tiene enfermedades como hepatitis, sífilis, sida... y que por tanto no representa ningún riesgo para el receptor y se determina el grupo sanguíneo (A, B ó 0) y el Rh (+, -)». Después, «se separan los componentes (gló-

bulos rojos, plaquetas, plasma, etc.) y se envía un informe confidencial al donante con el resultado del análisis realizado a su sangre. Por último, se almacenan los productos obtenidos para ser utilizados».

Hay que tener en cuenta que si eres hombre no puedes donar más de 4 veces al año y si eres mujer, no puedes hacerlo más de 3 veces al año. Además, deben pasar dos meses entre cada donación de sangre. Para la donación de plasma, los tiempos son más reducidos «ya que se puede donar cada 20 días», subraya Rodríguez que indica que «hay que solicitar cita previa ya que únicamente contamos con una máquina y se tarda entre 45 minutos y una

hora en cada sesión». Y es que, continúa el presidente de la Hermandad de Donantes de Soria, «es una máquina tipo diálisis. Te conectan y te sacan la sangre, la máquina separa el plasma y te retornan el resto (hematíes y plaquetas). Tardas más tiempo pero es más suave para el cuerpo».

En el caso del plasma, «durante 2024 se realizaron 496 donaciones, exactamente el mismo número que durante 2023», apunta Rodríguez destacando que Soria está por encima de capitales de provincia como Ávila, Palencia, Zamora o Segovia y lejos, evidentemente, de otras como Valladolid, Burgos, Salamanca o León».

En opinión de Rodríguez «lo más difícil es donar una vez. La perso-

En el caso del plasma, en 2024 se realizaron 496 donaciones

Un hombre puede donar cuatro veces al año y una mujer, tres

na que dona una vez, que es lo que más cuesta, ese primer gesto, suele seguir donando ya que es una experiencia sencilla y sin ningún tipo de problema».

Por todo ello, desde la Hermandad de Donantes de Sangre siguen trabajando para poner en marcha campañas atractivas que consigan atraer a futuros donantes. El autobús viaja el jueves 30 de enero a Medinaceli y Santa María de Huerta y va rotando por los pueblos y la capital en función de las necesidades detectadas. Mientras el próximo viernes, 24 de enero se instalará en Copiso (en la Avenida de Valladolid) entre las 8.30 y las 14.15 horas. Además, el jueves 23 de enero en la sala de formación del hospital Santa Bárbara (entrada por la calle Doctor Fleming) también se procederá a atender a las personas que quieran donar sangre entre las 8.45 y las 14.15 horas.

La Asociación contra el Cáncer de Soria, satisfecha con el equipamiento de la unidad de radioterapia

M.H. SORIA

La Asociación Española contra el Cáncer, AECC, en Soria se muestra satisfecha con el equipamiento instalado en la nueva unidad satélite de radioterapia con un acelerador lineal de última generación, en el que la Junta de Castilla y León ha invertido tres millones de euros. «Es un aparato muy moderno que va a permitir tratamientos igual que los que se vienen realizando en Burgos para los pacientes sorianos», apuntó el presidente de

AECC Soria, Jesús Aguarón, en referencia a que la unidad de Soria es un satélite del Hospital de Burgos, del que dependerá. Lo más relevante es que los pacientes sorianos, al menos una gran mayoría, no tendrán que desplazarse a otras provincias para recibir el tratamiento.

Con todo, desde la Asociación son conscientes de que todavía quedan meses para que el tratamiento de radioterapia pueda comenzar a impartirse en Soria. «Pa-

sará tiempo para que esté en funcionamiento a pleno rendimiento. El Consejo de Seguridad Nuclear tiene que comprobar los aislamientos, la instalación y constatar que reúne los requisitos», matizó Aguarón, añadiendo, «habrá que esperar». En su última visita a Soria, el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, fijó para «abril o mayo» de 2025 la puesta en marcha de los tratamientos de radioterapia en Soria.

Por el momento, tampoco se han

programado consultas de oncología radioterápica, según constatan desde la Asociación. Se concertaron cuatro en diciembre pero, según le consta a la AECC Soria, no hay nuevas citas. El consejero de Sanidad afirmó el pasado 26 de diciembre en Soria que, después de las cuatro únicas el día 20, las consultas se retomarían «después de las navidades».

La Asociación contra el Cáncer confía en la buena marcha de la unidad, que contará con personal

especializado procedente del Hospital de Burgos.

Serán dos oncólogos radioterápicos y dos radiofísicos, y entre cuatro o cinco técnicos especialistas en radioterapia, mientras que el personal de enfermería y auxiliar necesario, según el número de turnos para el funcionamiento del acelerador lineal, será del Hospital de Soria.

Aguarón indicó que desde la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria reciben información sobre la marcha de la unidad satélite y que «la colaboración es buena». Por eso, ya preparan nuevas iniciativas que tienen que ver con la divulgación, campañas informativas y prevención.

SANIDAD ANIMAL

La gripe aviar sorprende, pero España sigue libre... de momento

Esta enfermedad, de la que se espera un pico en febrero, ya no afecta solo a aves y la OMSA pide atención «urgente». Alemania detecta el primer foco desde 1988 de la peligrosa fiebre aftosa



La gripe aviar está infectando a diversas especies de mamíferos, entre ellos las vacas, que también pueden verse afectadas por la fiebre aftosa.

SPC

El ejercicio 2025 arranca para el ámbito de la sanidad animal y el enfoque 'One Health' (Una sola salud) pendiente de la evolución de una gripe aviar, a la que se le va difuminando su apellido porque ya afecta a más de 30 especies, muchas de ellas mamíferos como el vacuno lechero, y con una incidencia cuyo pico se prevé en febrero para el hemisferio norte. La Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) ha avisado de que la amenaza actual de la gripe aviar de alta patogenicidad (IAAP, por sus siglas en inglés) exige una atención mundial «urgente», porque trasciende sus orígenes aviares para afectar, cada vez con mayor frecuencia, a mamíferos domésticos y salvajes.

Más de una treintena de especies ya ha sido infectada por esta enfermedad y se prevé que vaya en aumento, lo cual supone una «amenaza para la fauna salvaje, los animales domésticos y la salud pública», en palabras de la OMSA. La situación ha llevado a esta organización a pedir a sus 183 países miembros que aumenten la vigilancia para detección precoz en ejemplares susceptibles, efectúen

diagnósticos en las no aviares y notifiquen los casos en todas las especies animales. Además, aconseja aplicar medidas preventivas tempranas para romper el ciclo de transmisión y proteger a las personas en estrecho contacto o que manipulen ganado enfermo y sus productos; y reclama a los países que eviten aplicar restricciones comerciales «injustificadas».

El impacto económico de enfermedades zoonóticas (transmisibles a humanos) con potencial epidémico es relevante por su repercusión para la sanidad humana pero también para la cadena agroalimentaria (del ganadero al consumidor), que puede ver mermada su producción de alimentos por las medidas de control y erradicación, como los sacrificios de miles de cabezas de ganado. Hace ya dos décadas, el Banco Mundial anunció que la enfermedad costaría a los países industrializados unos 550.000 millones de dólares, una cifra que, con toda probabilidad, ha crecido sustancialmente.

ESPAÑA RESISTE. A pesar de los recientes casos detectados en granjas de Francia y Portugal, España resiste en cuanto a la incidencia en explotaciones ganaderas. De hecho,

**MÁS DE UNA
TREINTENA DE
ESPECIES
YA HAN SIDO
INFECTADAS**

el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (MAPA) acaba de publicar su último informe en el que detalla que la circulación del virus en la actual temporada «sigue sien-

TEMPORADA BAJA

¿Y la EHE?

El Ministerio de Agricultura emitió su último comunicado dando cuenta de la expansión de la enfermedad hemorrágica epizootica el pasado 18 de diciembre. En él se confirmaba la aparición de esta patología en varias explotaciones de bovino localizadas en las comarcas de Ávila y Sotillo de la Adrada (Ávila) y Bergantiños (La Coruña). En el documento, Agricultura explicaba que durante la actual temporada vectorial se han notificado en

do limitada», sin detectarse «ningún caso de IAAP H5N1 en aves de corral». En el continente, se han detectado desde el 12 de diciembre de 2024 99 casos de IAAP H5N1 en aves silvestres en 14 países, 23 casos en aves cautivas en siete países y 33 focos en aves de corral en ocho países, la mayor parte de ellos concentrados en Centroeuropa. Y en nuestro país, desde el pasado 1 de julio se han detectado 20 casos en aves silvestres (principalmente en especies de gaviotas) en Galicia (18), Castilla y León (1) y Cataluña (1).

total 186 comarcas afectadas por EHE (únicamente habiéndose notificado el primer caso detectado en cada una de ellas). Principalmente se ha detectado circulación en el centro y norte del país, afectando en mayor medida a comarcas en las que no hubo circulación o circuló con menor intensidad durante la temporada pasada. En esta época del año la enfermedad apenas circula debido a que el vector que la transmite, un mosquito, no tiene actividad debido a las bajas temperaturas.

además de otro en un ave cautiva (no de producción).

El salto a multitud de especies ha sorprendido a la comunidad científica pero, más allá de su llegada a animales y lugares insólitos (como a pingüinos en la Antártida), destaca la incidencia que está teniendo en el sector del vacuno lechero de Estados Unidos, donde hace unos días murió la primera persona a causa de esta enfermedad. La situación en el país norteamericano ha llevado a crear una estrategia nacional de análisis de la leche para facilitar la vigilancia integral de la cepa H5N1 en el suministro lácteo y en los rebaños.

La problemática radica, según la OMSA, en que las investigaciones han identificado la leche cruda de vacas infectadas como material de alto riesgo; hay pruebas de transmisión horizontal del virus de vacas lactantes infectadas a otros animales, incluidas vacas, gatos y aves de corral. Por ello, sólo debe comercializarse la leche producida por vacas no infectadas y que haya sido pasteurizada o haya seguido un proceso similar de inactivación del virus. El Departamento de Salud estadounidense ha destacado que el riesgo actual para la salud pública en general sigue siendo bajo, un diagnóstico en el que coincide la agencia de salud de la ONU, que no obstante pide precaución para las personas en contacto directo y continuo con animales susceptibles de estar infectados.

CASI CUATRO DÉCADAS. Por otro lado, Alemania ha detectado el primer caso de fiebre aftosa en su territorio desde 1988. El último caso en España data de 1986, quedando nuestro país oficialmente libre tres años después. Esta enfermedad, endémica en Turquía, Oriente Medio, África, muchos países asiáticos y partes de Sudamérica, se había visto por última vez en Europa en Bulgaria, concretamente en 2011. Se trata de una patología vírica muy contagiosa que afecta a los animales de pezuña hendida (bovinos, ovinos, caprinos y porcinos), tanto domésticos como salvajes. Aunque no presenta riesgo para los humanos, su impacto económico puede ser extremadamente alto.

El brote, detectado en una manada de búfalos de agua de una explotación ganadera, ha desencadenado una serie de medidas restrictivas para contener la propagación del virus, afectando tanto al mercado interno alemán como a sus exportaciones internacionales.

CASTILLA Y LEÓN

Castilla y León precisa 3.300 enfermeras pero las facultades sólo ofertan 1.000 plazas por curso

● La oferta para nuevos egresados aumenta un 6,8% este año entre las doce universidades y escuelas ubicadas en la región, un dato que solo supera Canarias (7,8%) ● Los enfermeros abogan por un «aumento de matrículas»

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

En un extenso desglose de la profesión enfermera en Castilla y León, los documentos parecen tener sellada una palabra año tras año: déficit. Nunca escasean y siempre faltan, pese a que los contratos profesionales aumentan año tras año. Pero no es suficiente si el objetivo es alcanzar los niveles medios de Europa, en cuya comparativa España sale perjudicada al faltar hasta 100.000 enfermeras. De esta cantidad, en Castilla y León se necesitarían más de 3.375 enfermeras para igualar el dato internacional. Y si la solución podría pasar por atraer, formar y estabilizar a universitarios, la oferta por plazas solo llega al millar por curso.

Los datos globales de necesidad no es un aspecto particular de Castilla y León, sino que ningún territorio es ajeno a la escasez de enfermeros y enfermeras. Como es aparentemente lógico, las regiones con mayor población suministran una mayor atención sanitaria, por lo que ocupan los primeros puestos en cuanto a déficit en el sector enfermero. Por ejemplo, en Andalucía hacen falta casi 25.000 enfermeras, mientras en Cataluña y Valencia se aproximan a 16.000 y en Madrid superaría las 13.000. Galicia, Murcia y Castilla-La Mancha también destacan por estos drásticos números, con 9.931, 6.320 y 5.295 profesionales por contratar. Y en Castilla y León, 3.375 son los enfermeros que se necesitarían para llegar a para cumplir con los ratios de Eurostat, OCDE y OMS.

De esta forma, para que España logre cumplir con las medias europeas, se necesitaría un aumento notable de enfermeras activas, con incrementos superiores a 100.000 enfermeras para alcanzar las cifras declaradas por Eurostat (103.634), OCDE (134.865) y OMS (130.961).

«Este déficit de profesionales venimos denunciándolo desde hace años, pidiendo que la Administración autonómica haga un esfuerzo en la fidelización de estos profesionales sin que hayan tomado



Alumnos de Ciencias de la Salud en la Universidad de León. D.L.

medidas al respecto», denuncia Enrique Ruiz Forner, presidente del Consejo de Enfermería de Castilla y León.

Si hacer un estudio «profundo» de las necesidades de la población podría fijar la hoja de ruta para mejorar el sistema sanitario, para batir el déficit de enfermeros la formación académica es una de las vías más recurridas para hacer frente tanto a las jubilaciones como las migraciones hacia otros países o comunidades. De hecho, la entrada de nuevos egresados luce un incremento en las tablas estadísticas, con 1.343 universitarios más en 2023 respecto al curso 2018/19. Y la proyección del Ministerio de Sanidad es que haya 118.620 titulaciones más en los próximos diez años.

«Pero al parecer no es suficiente», considera Ruiz Forner sobre la perspectiva en Castilla y León ya que, según los datos que maneja desde su departamento, únicamen-

te un 60% de los alumnos que cursan el Grado de Enfermería en las facultades de la Comunidad se quedan en el territorio trabajando: «A esto hay que añadir que Castilla y León es la que más bajas por traslado a otra comunidad tiene con un 3,57% de sus colegiados, únicamente por detrás de Islas Baleares, con un 3,67%», explica.

ALTA NOTA DE CORTE

Pese a que cuatro de cada diez enfermeros titulados deciden no trabajar en centros privados o en el sistema sanitario público de Castilla y León, la realidad refleja que la oferta universitaria de Castilla y León podría ser una de las más sugerentes para los bachilleres que tienen como vocación la enfermería, con ofertas tanto en la rama pública como privada en las nueve provincias. Eso sí, la nota de corte en caso de optar por una formación académica financiada por el Estado es una de las más exigen-

tes entre todas las titulaciones disponibles, sin bajar de los 11 puntos e, incluso, por encima del 12 como ocurre en la Universidad de Salamanca (USAL).

En concreto, los universitarios pudieron elegir entre 1.128 plazas ofertadas en las facultades y escuelas de la Comunidad en el curso 2024/25, que supone un 6,6% más respecto al curso anterior. Un dato que solo es superado por Cataluña, con 2.808; Madrid, con 2.495; Andalucía, con 2.143; y la Comunidad Valenciana, con 1.531 plazas de primer curso.

El ámbito público es el más predominante en Castilla y León, con hasta diez diferentes centros distribuidos en seis provincias. Con 785 disponibles en total, es la Universidad de Valladolid (UVA) la institución con mayor oferta, con 190 titulaciones en la Facultad de Enfermería y cuya última nota de corte para su acceso fue de 11,560, mientras en la Facultad de Ciencias de

la Salud de Soria la nota se reduce a 11,177 puntos y las plazas a 60, que son un 53,8% menos que en el anterior curso. En Palencia, en cambio, donde la UVA tiene adscrita la Escuela Universitaria de Enfermería Dr. Dacio Crespo, la oferta se mantiene en 100 plazas con una última puntuación de corte de 11,184.

En León no varían las plazas en los dos últimos años tanto en su Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León (ULE) como en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, en Ponferrada. Así, 100 y 50 alumnos pudieron ser nuevos egresados, respectivamente, tras conseguir en la prueba de Evaluación de Bachillerato para el Acceso a la Universidad (EBAU) un 11,510 y 11,091, como mínimo.

Tras León aparece Salamanca, donde su Facultad de Enfermería y Fisioterapia se impone con el más exigente en cuanto a entrada por un 12,266 de nota de corte en el último año. La mayor puntuación para 90 plazas, las mismas que en el curso 2023/24. Además, la Universidad de Salamanca (USAL) tiene adscrita la Escuela Universitaria de Enfermería de Ávila, donde la oferta se reduce hasta 50 alumnos de primer curso, aunque aquel solicitante deberá haber conseguido al menos un 11,333 en la EBAU.

Por último en el ámbito público, la Universidad de Burgos (UBU) dispone de 85 plazas en su Facultad de Ciencias de la Salud, que tampoco varían respecto al anterior curso. Una oferta a la que acceder a partir de 11,278 en la EBAU.

LA PRIVADA, OTRA OPCIÓN

Sobre el número de plazas en el Grado de Enfermería en Castilla y León, en el ámbito privado podría residir una parte fundamental del posible crecimiento en los siguientes años. Y es que, según los datos publicados por el Ministerio de Universidades, la oferta crece un 68,97% en el último respecto al pasado, tras pasar de 203 a 343 plazas.

Al contrario que la formación PASA A PÁGINA SIGUIENTE

LA POSADA

EL MUNDO

Todos los viernes una mirada a los atractivos de Castilla y León

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR
académica pública, la distribución no es tan extensa al únicamente estar disponible el acceso en centros universitarios de Ávila, Salamanca y Valladolid.

Es la titulación de Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Católica 'Santa Teresa de Jesús', de Ávila, donde más crece la oferta para nuevos egresados con hasta un 550% más de opciones, de 20 a 130. Además, esta universidad tiene adscrito el grado en Cantabria, en la Escuela Técnico Profesional en Ciencias de la Salud 'Clínica Mompía' ubicada en el municipio de Santa Cruz de Bezán, donde hubo 20 plazas para universitarios de primer año que, en cambio, fueron 28 menos que en el anterior curso.

En Salamanca, la oferta se dispara hasta las 80 plazas en su Facultad de Ciencias de la Salud, que son veinte más en la institución que tiene adscrita en Madrid, en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia en Ciencias de la Salud.

Por último, en Valladolid se encuentra la Universidad Europea Miguel de Cervantes, donde hasta 48 enfermeros pueden empezar a cursar su titulación.

MÁS MATRÍCULAS

Una amplia oferta que, sin embargo, no llega a cumplir con la demanda para acceder a las facultades de Castilla y León. Según los últimos datos del Consejo General de Enfermería, hasta 4.551 bachilleres estuvieron interesados en cursar el Grado de Enfermería en la Comunidad.

Pero si el interés existe, la fidelización es la tarea pendiente por parte de Sanidad, según expone Ruiz Forner. «El aspecto económico es importante, pero también lo son las condiciones laborales, con contratos largos. Y también condiciones que nos permitan desarrollar nuestras competencias, no solo asistenciales sino también docentes, de investigación y de educación para la salud», considera.

Una vez conocidas las necesidades de cada región en cuanto a la contratación de enfermeras, como refleja el último estudio del Ministerio de Sanidad, el siguiente paso para el presidente del Consejo de Enfermería de Castilla y León también pasa por «hacer un plan de universidades para que a corto y medio plazo se aumente la oferta de matrículas para reducir en el menor tiempo posible el déficit de profesionales que llevamos arrastrando. Pero ese aumento de matrículas no puede ser de forma indiscriminada». Con los estudios ya sobre la mesa, y el calendario de Europa marcando en 2060 el año en que Castilla y León tendría su correcta cifra de enfermeros, toca mover ficha.

A la cabeza en tasa de enfermeros

Castilla y León presenta un ratio de 735 profesionales por 1.000 ciudadanos, solo por detrás de Navarra (8,84) y País Vasco (7,99) / Un tercio de las enfermeras de Primaria superan los 60 años

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

En Castilla y León hay poco más de siete enfermeras por cada 1.000 habitantes. En concreto, 735. Sin decir si es positivo o negativo, los informes son claros respecto a este dato: no se cumple con los ratios de Europa. Si sus medias son de 9 enfermeras, en España solo Navarra es ajena a la necesidad de estos profesionales en centros de salud y hospitales al contar con un ratio de 8,84. Un punto porcentual de diferencia frente a Castilla y León que, atendiendo a su situación, significa la necesidad de una única enfermera o de 3,375.

Pese a las diferencias entre ambas regiones, el informe 'Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España, 2024', presentado por el Ministerio de Sanidad, no deja tan mal parada a Castilla y León en lo que a déficit de enfermeras por cada 1.000 habitantes se refiere. Y es que, tras Navarra, solo País Vasco es capaz de superar a la Comunidad con un ratio de 8,3 enfermeras por cada 1.000, y donde la comparativa con otros países europeos sitúan una necesidad de 1.819 profesionales en este sector.

A pesar de estas 'pequeñas' limitaciones, se puede observar que España muestra una tendencia de crecimiento en los últimos años. No suficiente, en cambio, ya que las proyecciones de futuro por parte de la OCDE, Eurostat y OMS para igualar sus ratios se sitúan entre un año y los 86. Y cómo no, a Navarra le pertenece el primer valor mientras el segundo a La Rioja.

En lo que se refiere a la situación de Castilla y León, son 26,3 los años que deberán pasar para alcanzar las medias europeas, el sexto mayor tiempo del país. Por encima, al margen de La Rioja, se encuentran la Comunidad de Madrid (52,6), Extremadura (45,6), Cantabria (44,3), Murcia (40,3), Comunidad Valenciana (30,6). Mientras que por debajo aparecen Cataluña (23,6), Andalucía (23), Baleares (22), Castilla-La Mancha (20,6), Asturias (16,3), Aragón (13,6) y Canarias (7).

La hoja de ruta, además de la formación universitaria en territorio nacional con graduados adscritos al sistema público o privado nacional, podría ser la acogida de otros profesionales desde otros países. Pero a pesar al crecimiento exponencial, con 726 enfermeras acogidas en España de países como Portugal, Colombia o Rumania, la movilidad destaca por ser entre las propias comunidades de España, con un total de 4.257 contratos que implicaron desplazamiento.

Por regiones, Cataluña (3.880), Madrid (1.423), Navarra (1.027) y País Vasco (1.001) son las receptoras principales de enfermeras, a las que habría que añadir Asturias (221) y Ba-

RATIO DE ENFERMERAS POR 1.000 HABITANTES Y TIEMPO QUE SE TARDARÁ EN ALCANZAR LOS RATIOS EUROPEOS

Comunidad	2018		2024		Tiempo (años)
	Enfermeras	Ratio	Enfermeras	Ratio	
Navarra	5.627	8,57	6.013	8,84	1,0
País Vasco	16.586	7,58	17.834	7,99	8,3
Castilla y León	16.784	6,99	17.572	7,35	26,3
Canarias	13.434	6,01	16.387	7,30	7,0
Aragón	8.909	6,70	9.807	7,27	13,6
Asturias	6.767	6,64	7.343	7,27	16,3
Extremadura	7.216	6,79	7.453	7,09	45,6
Cantabria	3.729	6,42	3.913	6,61	44,3
Madrid	44.292	6,56	46.111	6,53	52,6
Cataluña	46.796	6,12	51.683	6,41	23,6
La Rioja	2.021	6,37	2.068	6,36	85,0
Castilla-La Mancha	11.715	5,73	13.250	6,29	20,6
Baleares	6.366	5,26	7.346	5,93	22,0
Andalucía	40.178	4,74	47.606	5,51	23,0
Com. Valenciana	25.697	5,11	29.236	5,46	30,6
Galicia	14.188	5,25	13.890	5,13	-
Murcia	6.604	4,39	7.451	4,79	40,3
TOTAL	278.046	5,87	306.268	6,28	28,3

FUENTE: Ministerio de Sanidad

EL MUNDO

leares (76).

En el revés, Andalucía (-1,937), Castilla-La Mancha (-1,129) y Castilla y León (-679) se caracterizan por ser emisoras netas, con un mayor número de salidas que de entradas. Y no son las únicas, ya que hasta otras ocho comunidades tienen un flujo de movilidad negativo, como son Aragón (-562), Comunidad Valenciana (-552), Murcia (-548), Extremadura (-524), La Rioja (-404), Galicia (-354), Cantabria (-319) y Canarias (-227).

PRECARIEDAD LABORAL

Si la escasez de enfermeras es una preocupación mundial, el Ministerio de Sanidad explica que en España esta escasez es «resultado de las condiciones laborales precarias y la falta de desarrollo profesional, que fomentan la migración nacional e internacional de enfermeras». Por ello, el departamento de Mónica García considera «prioritario» la mejora de esas condiciones laborales tanto salariales para paliar ese déficit.

Es una amenaza que está sobre la mesa y en el día a día, lo que dificulta las necesidades de personal en los sectores sanitario y sociosanitario. En la mente de un enfermero confluyen así factores «push» y «pull», siendo los primeros aquellas condiciones que generan un efecto de expulsión a diferencia de las atractivas oportunidades en otras regiones o países, donde haya salarios más altos, menos temporalidad y mejores condiciones laborales desde los primeros años de ejercicio. Si no se logra esta combinación, la fuga de talento crecerá año tras año.

Es lo que advierte el Consejo de Colegios Profesionales de Enfermería de Castilla y León, que se apoya en los 43.800 euros anuales que ga-

nan las enfermeras hospitalarias con 14 años de antigüedad, categoría estatutaria fija y nivel II de carrera profesional, es decir, aquellas enfermeras que en Castilla y León tienen consolidado un puesto de trabajo fijo en la sanidad pública de la comunidad autónoma. Si bien la región se sitúa entre los mejores salarios medios de España, Enrique Ruiz Forner, presidente del Consejo, avisa que estas cifras no reflejan la realidad de muchas enfermeras en la región, donde la precariedad laboral dificulta alcanzar dichas condiciones.

Sin antigüedad, el sueldo base junto a las pagas extra para las enfermeras de Castilla y León también es de los más altos tanto en Atención Especializada y Primaria, como siendo especialista en Atención Primaria o en Unidad de Hospitalización. Así, solo se sitúa por detrás Navarra, donde el salario alcanza los 25.445,84 euros, muy del resto de España como de Castilla y León, en segunda posición con 17.152,2 euros al año en cada categoría.

Conviene recordar que el Ministerio de Sanidad refleja que por tipo de enfermeras, los datos en 2024, en Castilla y León se disgregan en Atención Primaria en un 92,1% en la rama generalista. Por rangos de edad, el 29,9% tiene 60 o más años, mientras si la cifra supera los 50 el porcentaje se dispara hasta el 70,7%. En caso ser especialistas, de las cuales un 71% son matronas y el 28,3% de familia, solo el 32,5% tiene 50 o más años.

En cuanto a la Atención Hospitalaria, un 95,2% son de tipo generalista, con menor envejecimiento respecto a la Primaria ya que solo el 32,5% tiene 50 o más años. Respecto a especialistas, entre las cuales más de la mitad son matronas (56,4%) y

un 16,4% son pediatras, el 20,1% supera los 50 años.

Por debajo del salario base para enfermeras en Castilla y León aparecen las Islas Baleares, con sueldos entre los 16.925 y 17.160 euros; la Comunidad de Madrid, fijado en 16.661,76 euros; Andalucía, con oscilaciones entre los 16.661 y 16.674 euros; La Rioja, con 15.441,76 euros; la Comunidad Valenciana, con 15.441 euros; Extremadura, con 15.139,94 euros; Asturias, con 15.138,94 euros; Aragón, con 15.138,84 euros; Murcia, con 15.138,94 euros; Galicia, con 15.665,74 euros, como en Castilla-La Mancha y Cantabria; País Vasco, con 14.628,98 euros; y Cataluña, con 13.432,92 euros. Sueldos relativamente uniformes que, sin embargo, se diferencian por el monto de las pagas extras.

«Lograr consolidar una posición estatutaria fija y una antigüedad significativa en Castilla y León es una meta que muchas enfermeras no consiguen debido a la falta de estabilidad laboral y las muy precarias condiciones iniciales de contratación. Cientos de miles de enfermeras, acumulan sucesivos y numerosos contratos temporales, a veces de tan solo un fin de semana», señala Ruiz Forner. «Esto lleva a muchos profesionales a buscar oportunidades en comunidades autónomas donde la estabilidad es mayor o incluso en el extranjero, donde pueden desarrollar una carrera profesional más predecible y menos precaria».

«No podemos permitir que las enfermeras formadas en Castilla y León abandonen la región porque no encuentran un entorno que valore su esfuerzo. Es hora de garantizar tanto salarios dignos como estabilidad laboral desde el inicio de sus carreras», concluye Ruiz Forner.

> VALLADOLID

El traje terapéutico de la parálisis cerebral

Investigadores del Río Hortega usan sensores vestibles para el análisis de marcha y movimiento en niños con esta enfermedad / Desde su puesta en marcha han atendido a más de 30 pacientes. Por **E. Lera**

Un niño de unos cinco años espera. En sus ojos, una mezcla de incertidumbre y esperanza. A su lado, su madre, con las manos entrelazadas sobre su regazo, aguarda con un gesto parecido, que transmite amor y desvelos. La escena no es real, pero instantáneas similares se repiten muchos días en el servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Allí, un equipo multidisciplinar busca cambiar la vida de niños con parálisis cerebral con el uso de sensores vestibles para el análisis de la marcha y el movimiento.

Esta enfermedad es la principal causa de discapacidad infantil en Europa. «Se trata de una afección causada por una lesión cerebral que ocurre alrededor del momento del nacimiento. Las consecuencias pueden variar desde dificultades motoras hasta afectaciones cognitivas», explica la médica rehabilitadora Beatriz de la Calle.

Para una familia que recibe este diagnóstico la primera pregunta siempre es la misma: ¿Podrá mi hijo caminar? Esta inquietud refleja la importancia del movimiento en la vida humana, un rasgo «fundamental» en la evolución de nuestra especie. Sin embargo, la realidad golpea y solo tres de cada cuatro pacientes con parálisis cerebral logran algún tipo de marcha.

Y es aquí donde reside la innovación. El proyecto, desarrollado junto a Mario Martínez Zarzuela, investigador de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Telecomunicación de la Universidad de

Valladolid, ha permitido al hospital Río Hortega crear un protocolo que se materializa en una esperanza tangible.

¿Por qué? La también experta en Rehabilitación Infantil detalla que este trabajo permite medir el efecto de los distintos tratamientos utilizados para mejorar la marcha en los niños, analizando cómo caminan antes y después de las terapias, por lo que ayuda en la toma de decisiones. «Empleamos tecnologías asequibles, portátiles y mínimamente invasivas».

Esta circunstancia, según expone, ha permitido extender el protocolo cada vez a más pacientes. «En muy pocos meses se han atendido más de 30 personas con marcha patológica en nuestra unidad, realizando en cada una tres valoraciones, y algunos de ellos ya han sido tratados en más de una ocasión», apunta De la Calle.

Entre toda la heterogeneidad de enfermos que han atendido, comenta que los casos más leves tienen una movilidad más o menos independiente que debe ser optimizada, mientras que los más graves presentan una marcha poco funcional y requieren de intervenciones más importantes. «En la rehabilitación de los niños empleamos distintas técnicas como la terapia física, la infiltración de toxina botulínica para la espasticidad, la prescripción de órtesis en miembro inferior, la radiofrecuencia o la cirugía», sostiene para, a renglón seguido, añadir que el objetivo de la iniciativa es que cada niño alcance su máximo

potencial, proporcionando desde el servicio de rehabilitación tanto a ellos como a sus familias el apoyo necesario en su día a día.

En este proyecto emplean una combinación de *hardware* y *software*, que incluye sensores vestibles de tipo inercial y de electromiografía junto a sistemas de visión artificial basados en redes neuronales de aprendizaje profundo y otros desarrollos específicos. Una artillería que posibilita a estos profesionales combinar todas las fuentes de información. «La solución final nos permite cuantificar el efecto de los tratamientos en nuestros pacientes, lo que a su vez posibilita una mejor personalización de los mismos», incide Beatriz de la Calle.

Para poder medir la patología han creado una base de datos en niños voluntarios con marcha no patológica y desarrollo típico que quieren seguir ampliando. ¿Cómo? La han dividido en dos grupos de edad (menores y mayores de ocho años) y sus patrones de marcha sirven de referencia cuando analizamos la marcha en niños con parálisis cerebral.

A los pacientes les realizan las mediciones en tres momentos: antes del tratamiento, lo que les sirve para tomar decisiones sobre qué músculos pinchar, qué tipo de órtesis poner, o si se podrían beneficiar de otros tratamientos; a las 3-4 semanas, donde valoran de forma individualizada los resultados; y a los cuatro meses, lo que a su vez les sirve de referencia para la siguiente actuación.



Su mejor carta de presentación, en su opinión, es que han incorporado a la clínica tecnologías alternativas a sistemas más complejos y costosos de análisis de movimiento, que requieren de muchas cámaras y la colocación precisa de marcadores en posiciones anatómicas del paciente. «Estos últimos solo están disponibles en algunos hospitales en España, por lo que la mayoría de servicios de rehabilitación no se realiza una valoración cuantitativa

de la marcha de los pacientes que acuden al servicio», lamenta y agrega que la innovación introducida permite atender a menor coste a muchos más pacientes, y hacerlo de forma más personalizada.

Emplean dos tipos de tecnologías. En primer lugar, sensores vestibles que requieren de menos tiempo para la preparación y grabación de los pacientes y que tienen la ventaja de que los registros no sean tan dependientes de la ex-

BLOQUE OPINIÓN

Los centros tecnológicos, motores del cambio

MARTA RIVERA BENITO

La innovación ya no es un lujo, sino una necesidad estratégica para la supervivencia y competitividad de cualquier empresa. Una obligación impuesta por un mercado variable.

En este contexto, los centros tecnológicos desempeñan un papel insustituible como catalizadores del cambio, y así lo recoge el último informe de la Federación Española de Centros Tecnológicos (FEDIT). Los 53 centros tecnológicos que forman parte de este grupo gestionaron en 2023 más de 868 millones de euros en proyec-

tos, un 12% más que en el anterior ejercicio. Este aumento no solo refleja el éxito de estas instituciones, sino también la creciente confianza de las empresas en su capacidad para impulsar la innovación como motores de transformación.

El centro tecnológico CARTIF, del que formamos parte más de 220 personas y que acaba de soplar las velas de su 30 aniversario, actúa como puente entre el conocimiento científico y la realidad empresarial, transformando ideas en soluciones prácticas y rentables. Invertir en I+D a través

de un centro tecnológico como CARTIF no es solo una apuesta para el futuro, sino una garantía de crecimiento sostenible y diferenciación en mercados cada vez más exigentes. Su trayectoria es una prueba de que la inversión continuada en I+D no solo genera retornos económicos, sino que fortalece el tejido industrial de las regiones.

La capacidad para mitigar los riesgos asociados con la inversión en innovación hace de los centros tecnológicos un eslabón en el que confiar. Las empresas, especialmente las pequeñas y medianas, suelen enfrentarse a barreras económicas y tecnológicas que dificultan sus esfuerzos en I+D. CARTIF ofrece el conocimiento, las infraestructuras y el soporte necesarios para superar estos obstáculos, permitiendo a las empresas acceder a soluciones que, de otro modo, quizá estarían fuera de su alcance.

Más allá de las cifras, la inversión en I+D a través de los centros tecnológicos tiene un impacto directo en la competitividad de las empresas. Por cada euro invertido en subvenciones públicas, retornan tres en ingresos fiscales, y cada empleo directo genera cuatro más en

otros sectores. Cuando la innovación se realiza de manera estratégica tiene un efecto multiplicador que beneficia a toda la economía.

A pesar de los avances, España sigue enfrentándose a retos estructurales en materia de I+D y el porcentaje del PIB dedicado a este ámbito aún está lejos de los niveles de países líderes en innovación. Los centros tecnológicos pueden convertirse en aliados estratégicos no solo para las empresas, sino también para las políticas públicas que buscan impulsar un crecimiento basado en el conocimiento.

En conclusión, invertir en I+D a través de los centros tecnológicos no es una opción, es una necesidad. Su capacidad para transferir conocimiento al tejido empresarial, crear empleo y generar retornos económicos demuestra que son un pilar esencial para el desarrollo. En un mundo donde el cambio es la única constante, apostar por la innovación no solo asegura el presente, sino que construye el futuro.

Marta Rivera Benito forma parte del departamento de Comunicación de CARTIF.



Profesionales participantes en el proyecto con uno de los pacientes en el Hospital Río Hortega. J.M. LOSTAU

perencia previa del personal que los utiliza. En segundo lugar, técnicas de visión artificial para el procesamiento de grabaciones de vídeo adquiridas con dispositivos móviles y que permiten la reconstrucción del movimiento en tres dimensiones. «Los modelos neuronales de inteligencia artificial que es posible emplear para la valoración de la marcha a partir de vídeo sin que el sujeto lleve ningún tipo de marcador mejoran día tras día», ce-

lebra Beatriz de la Calle, quien asegura que en el futuro es probable que estas grabaciones sean lo suficientemente precisas por sí mismas, de manera que no habría necesidad de colocar marcadores o sensores vestibles en los sujetos a estudio.

Este trabajo, que nació en la peculiaridad de la pandemia como iniciativa personal de profesionales inquietos ante las nuevas situaciones planteadas por los nuevos tiempos

que vivimos y sus retos, ha despertado interés en otros centros, como, por ejemplo, el servicio de rehabilitación del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Es verdad, tal y como reconoce, que en ese centro cuentan con «un preciso sistema» de adquisición de movimientos, si bien les gustaría evaluar otras alternativas que les permitieran valorar a los pacientes «con más facilidad y de manera más frecuente».

De cara al futuro, De la Calle

avanza que tienen pensado ampliar este análisis de marcha a otros pacientes, en concreto a adultos con ictus. En España, se estima que cada año se producen entre 110.000 y 120.000 nuevos casos de ictus, siendo la primera causa de discapacidad adquirida en el país y la segunda causa de mortalidad general —la primera en mujeres—. Cerca de 360.000 personas tienen reconocida una discapacidad relacionada con accidentes cerebrovasculares, ya que provoca alteraciones en la marcha que afectan a la movilidad, el equilibrio y la independencia funcional de los pacientes.

PRESIÓN ASISTENCIAL

El trabajo, desarrollado en colaboración con la Universidad de Valladolid, involucra no solo a profesionales médicos del hospital, sino también a docentes investigadores y estudiantes del Grado de Ingeniería Biomédica de la institución académica. Esta sinergia interdisciplinar ha resultado fundamental para el éxito del proyecto. «Sin la universidad, nada de esto hubiera sido posible», subraya De la Calle, antes de resaltar la importancia de esta colaboración para superar las dificultades que a menudo enfrentan los médicos en el ámbito hospitalario cuando intentan realizar investigaciones.

«Como médico eminentemente clínico, me resulta muy difícil investigar, con la presión asistencial que tenemos», admite. La falta de un tiempo específico reconocido dentro del horario laboral para actividades de investigación obliga a los médicos interesados a dedicar tiempo extra, fuera de su jornada, a estas tareas, una situación que, a largo plazo, puede resultar insostenible.

Pero la médica rehabilitadora del Río Hortega va más allá, explicando la relevancia que tienen las colaboraciones externas en la consecución de recursos para poder desarrollar proyectos. «Aunar fuerzas con la universidad o con otros centros de investigación es indispensable», declara. «También para conseguir financiación». Y es que, según cuenta, la competitividad que se ha instaurado en las diferentes convocatorias hace que sólo unos pocos privilegiados puedan llevar adelante

sus líneas de trabajo. «La convocatoria de ayudas de la Gerencia Regional de Salud es muy competitiva, por lo que solo unos pocos de los proyectos presentados acaban siendo financiados», lamenta Beatriz de la Calle.

De hecho, comenta la situación por la que pasaron con su trabajo como un ejemplo paradigmático de cómo, a veces, una iniciativa que es bien valorada inicialmente, acaba quedándose a las puertas por una valoración exigente y una alta competitividad. «Nuestro proyecto fue muy bien valorado y, aún así, no alcanzó la puntuación mínima en la primera evaluación», confiesa. En esa primera instancia no se tuvo en cuenta que era una iniciativa de bajo coste con mucho potencial en la región, algo que el tiempo ha terminado demostrando. «Ahora hemos demostrado que era viable y está teniendo un gran impacto en la sociedad. Esto no habría sido posible sin el apoyo de un grupo de investigación de la universidad», considera.

A pesar de los avances logrados, la doctora enfatiza la precariedad en la que se sustenta el proyecto a largo plazo. La dependencia de personal no fijo, como médicos residentes y estudiantes, pone en riesgo la continuidad de la investigación. «No contamos con personal contratado por el hospital dedicado a estas tareas, por lo que dependemos de la disponibilidad temporal de médicos residentes y estudiantes de fin de grado y máster», aclara. Esto pone de relieve la necesidad de un mayor apoyo institucional para asegurar la continuidad de estas líneas de investigación que redunden en una mejora en los tratamientos de rehabilitación de pacientes de toda la región.

De la Calle reivindica la necesidad de que se tomen medidas que impliquen un respaldo estructural a la investigación sanitaria, algo que tiene que concretarse, como primera medida, en la contratación de más personal fijo. «Esto hace que la continuidad de las líneas de investigación iniciadas con el proyecto puedan verse comprometidas a largo plazo si no conseguimos disponer de personal fijo que ayude a garantizar la continuidad y ampliar los servicios que hemos incorporado en el proyecto».

BLOG OPINIÓN

Lecciones de una T gigante

PRUDENCIO HERRERO ACEBO

Cuando pensamos en inteligencia colectiva, solemos imaginar comités estratégicos, equipos deportivos bien coordinados, o quizás, algoritmos brillantes de inteligencia artificial. La inteligencia colectiva es una característica intrínsecamente humana, pero, ¡oh sorpresa!, parece que deberíamos empezar a mirar con más admiración a las hormigas.

Un experimento fascinante publicado en PNAS pone a prueba a las hormigas locas de cuerno largo (un nombre tan adorable como sus movimientos caóticos), frente a

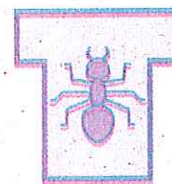
humanos en igualdad de condiciones. Bueno, más o menos igualdad. La tarea era simple: mover una pieza gigante en forma de T a través de dos puertas estrechas. Para los humanos, eso implicaba esfuerzo físico y alguna que otra coordinación. Para las hormigas, solo un buen número de ellas y algo de paciencia.

Car a cara, un humano aplasta (figurativamente, claro) a cualquier hormiga. Nada sorprendente. Pero la cosa se complica en grupo. En equipos pequeños o grandes, los humanos conseguimos resultados muy

rápidos... hasta que los investigadores deciden cortar nuestras vías de comunicación. ¿Cómo? Con mascarillas, gafas de sol oscuras y prohibición absoluta de hablar o gesticular. Imagine a un grupo de personas intentando mover una T gigante sin poder comunicarse ni siquiera con un «oye, ¡que estoy aquí!».

El resultado fue predecible: caos humano. Las hormigas, mientras tanto, seguían a lo suyo: sin palabras, sin gritos, sin reuniones de equipo, pero con una sincronización que dejaba claro que llevan siglos perfeccionando esto de trabajar juntas.

El experimento demuestra que nuestra ventaja evolutiva, la comunicación, también puede ser nuestro mayor desafío. En cuanto nos la quitan, somos como hormigas con mala señal Wi-Fi. Pero, ojo, la tecnología no ayuda. Imagina si en lugar de gafas oscuras nos hubieran dado un Smartphone. Seguro



que antes que mover la T, el grupo humano habría terminado haciendo memes sobre la tarea.

Mientras miro el vídeo del experimento en mi móvil (porque sí, soy humano y multitarea), me doy cuenta de algo: las hormigas no solo nos enseñan sobre eficiencia. Nos recuerdan que

a veces el caos organizado es más efectivo que nuestra tendencia a debatirlo todo.

Así que, la próxima vez se encuentre en una reunión interminable, piense en las hormigas. Ellas habrían terminado el proyecto, movido la T y, probablemente, ya estarían en el bar celebrándolo. Porque en el reino de la inteligencia colectiva, el verdadero secreto no está en hacer ruido, sino en aprender a coordinarse sin perder el foco.

Prudencio Herrero Acebo es director de AENOR en Castilla y León.



Reunión del equipo de investigadores de la Universidad de Salamanca y el CSUR en Mastocitosis de Toledo. E.M.

SALAMANCA

El sistema inmune y la mastocitosis

Investigadores de la USAL y el Centro de Referencia en Mastocitosis de Toledo realizan un estudio que muestra el impacto del sistema inmune en este tipo de cáncer de sangre, abriendo nuevas vías para su tratamiento. Por **M. Bausela**

Investigadores de la Universidad de Salamanca descubren el impacto del sistema inmune en la mastocitosis, abriendo nuevas vías para su tratamiento. El estudio de la investigadora posdoctoral Alba Pérez Pons del grupo dirigido por Alberto Orfao, investigador principal del Centro de Investigación del Cáncer de la USAL y del Centro de Investigación Biomédica en Red, revela el papel que tiene en los síntomas de este tipo de cáncer de sangre poco frecuente.

La mastocitosis se caracteriza por la acumulación de mastocitos anormales portadores de una mutación en el gen KIT en diferentes tejidos y órganos del cuerpo. Los mastocitos son un tipo de glóbulos blancos que ayudan a proteger al cuerpo de infecciones y tienen un papel clave en las enfermedades alérgicas. Para ello liberan una gran cantidad de componentes que afectan a otras células de su micro medio ambiente, entonces, «es fácil pensar que cuando esta célula está mutada, que hace que esté de manera constitutiva liberando mediadores, ejerza un efecto aún mayor en las células del sistema inmune», cuenta la investigadora.

Fue basándose en esto y a la experiencia de investigaciones pasadas que «se empezó a plantear o hipotetizar que habría

otras células implicadas también en estos cambios que estábamos viendo y que podían verse cambiadas debido a la mutación que tenía el mastocito».

Como parte de este estudio han analizado el sistema inmunitario de un gran número de pacientes con mastocitosis y comparado sus diferencias con personas sanas, tanto en cantidad de células como en la activación de estas. Gracias a este análisis no solo han visto diferencias en los mastocitos, sino también en otras células del sistema inmunitario como los linfocitos T y B que, aunque no portan la mutación en el gen KIT, sufren cambios. Son estos resultados lo que podría «explicar por qué ciertos pacientes con mastocitosis presentan síntomas similares a los de alergia», incide.

Para ello ha contado con la colaboración del Centro de Referencia (CSUR) en Mastocitosis y enfermedades relacionadas (Instituto de Mastocitosis de Castilla-La-Mancha) de Toledo, que junto con Salamanca forma La Red Española de Mastocitosis.

«El hospital de Toledo actúa como centro de referencia de la enfermedad a nivel español, entonces hasta hace poco, porque ahora se ha abierto otro centro de referencia en Cataluña, prácticamente todos los pacientes a ni-

vel nacional visitaban al menos una vez al equipo médico de CSUR».

Debido a esto, aunque la mastocitosis es una enfermedad rara han podido tener acceso a «un número mucho mayor de pacientes que a lo mejor en alguna otra enfermedad rara que no exista este tipo de centro de referencia. Por eso al final hemos tenido tan buenos resultados».

Durante la elaboración del estudio lo primero que determinaron fue qué grupos diagnóstico incluir en el estudio. Para ello contaron con la base de pacientes del Hospital toledano que participaron en la investigación de manera voluntaria. Allí se les tomaban una muestra de sangre que posteriormente era enviada a Salamanca para hacer la investigación.

En cuanto a la labor de la investigadora posdoctoral, esta fue la encargada de recepcionar toda la información clínica que llegaba de los pacientes para tener una base de datos que pudieran luego correlacionar con lo que veían en el estudio, especialmente datos relevantes como su sintomatología clínica.

«Cuando nos llegaban las muestras de sangre las procesábamos, las criábamos en citómetros de flujo y luego analizábamos en un software cómo esta-

ban las poblaciones del sistema inmune en sangre de estos pacientes. Tras esto se hacía un trabajo de análisis de datos, elaboración de gráficas, y darle forma a esos números que nos van saliendo», asegura.

Sin embargo, aunque ha finalizado el estudio el trabajo de este equipo de investigación no cesa. «Los resultados nos han abierto las puertas a nuevas cosas que todavía hay que seguir investigando en esta misma línea. Ahora seguimos estudiando el sistema inmune en estos pacientes con histiocitosis, pero también estamos ampliando a otras enfermedades que están relacionadas con el mastocito, aunque no llegan todavía a cumplir el criterio diagnóstico de la mastocitosis, como los síndromes de activación mastocitaria».

«Estamos muy satisfechos con los resultados porque hasta ahora esta enfermedad casi siempre se había estudiado desde el punto de vista del mastocito o de la mutación del mastocito. Por ello, el haber encontrado alteraciones que se relacionan más con alteraciones en el sistema inmune y que además hayamos visto que hay una asociación con la sintomatología clínica tiene mucha repercusión a nivel de tratamiento».

Este es un grupo de enfermos que tienen «peor calidad de vida

porque tienen mucha sintomatología y realmente no tienen un tratamiento, ya que no se ha demostrado que toda esa sintomatología sea por una mutación en el mastocito. Entonces, al no tener una causa concreta de por qué se activa este no existe un tratamiento que realmente funcione en muchos de estos pacientes».

Es por ello que destaca que durante el estudio un grupo de pacientes de los que han analizado tienen una sintomatología muy similar, con lo cual se podría plantear la hipótesis de que el sistema inmune también estaría alterado en este grupo de enfermos. «Es algo que también hay que seguir investigando».

Alba Pérez apunta y se está viendo el eco de lo que supone este estudio, ya que se están planteando tratamientos combinados. «Los tratamientos que se están usando aparte de los tratamientos sintomáticos son fármacos que actúan sobre la proteína mutada en este mastocito. Sin embargo, ahora, como ya se está viendo que hay una asociación con la sintomatología y otras células que no son el mastocito, ya se está empezando a plantear usar inhibidores del gen KIT, pero también algún otro tipo de fármaco que inhiban algunos efectos del sistema inmune», concluye.



Los pediatras del Hospital Universitario de Burgos Juan Arnáez (izquierda) y Juan Valencia. SANTI OTERO

> BURGOS

NIPT: Innovación en la estimulación del dolor en pediatría

Juan Valencia y Juan Arnáez, dos pediatras del Hubu, han estudiado la forma de crear un dispositivo que creará estímulos medibles para pacientes que necesitan un diagnóstico neurológico. Por **María Merino**

El diagnóstico preciso y el tratamiento oportuno son fundamentales en patologías que afectan al sistema nervioso de recién nacidos y niños, especialmente en casos de encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI). Pero, ¿qué ocurre cuando una evaluación tan crítica como la respuesta al dolor depende de métodos manuales y subjetivos?

El pediatra del HUBU y Docente del Grado en Ingeniería de la Salud, Juan Valencia, junto con su compañero de profesión y amigo Juan Arnáez Solís, han investigado para crear un dispositivo capaz de estandarizar y objetivar esta evaluación, reduciendo los riesgos de interpretación errónea y mejoran-

do las oportunidades de tratamiento. El proyecto ha recibido el galardón en la categoría "Diagnóstico de vanguardia" en el 2º HUB de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León.

Esta evolución innovadora proviene de la experiencia y dedicación de ambos profesionales comprometidos con la salud pediátrica. Los dos pediatras han dedicado sus carreras a trabajar en diversos hospitales y a resolver las preguntas que plantea la práctica clínica diaria, combinando investigación básica, aplicada y traslacional con un claro objetivo: beneficiar a los pacientes pediátricos más vulnerables. Juntos, han desarrollado este proyecto llamado NIPT (Neona-

tal/Infant Pain Tool).

El estudio surge con el objetivo de conocer mejor la repercusión de aquellas patologías que implican un posible daño neurológico en niños y recién nacidos. Entre ellas destaca la encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), en la que se ha producido un daño neuronal tras un evento de falta de oxígeno como puede ser una parada cardiorrespiratoria o un daño periparto en el recién nacido. En los casos más leves, los recién nacidos pueden experimentar una recuperación completa sin secuelas aparentes. Sin embargo, en situaciones más graves, las lesiones neurológicas pueden desencadenar complicaciones como parálisis cerebral, retrasos en el de-

sarrollo, trastornos cognitivos, problemas motores y dificultades en el aprendizaje. En los casos más críticos, pueden surgir epilepsia, discapacidades visuales o auditivas e incluso fallos multiorgánicos durante los primeros días de vida. Además, el daño neurológico puede afectar la capacidad del cerebro para controlar funciones esenciales, como la respiración y la regulación de la temperatura, lo que puede poner en riesgo la vida del recién nacido. Estas consecuencias no solo afectan al niño, sino que también tienen un profundo impacto emocional y social en las familias, lo que resalta la importancia de un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz.

Actualmente, su diagnóstico se basa en una escala en la que en una de las variables que se miden es la reacción al estímulo del dolor. De su interpretación depende la graduación de gravedad y por tanto el tratamiento y pronóstico. A día de hoy ese estímulo se hace manual (mediante un pellizco) y con una importante variabilidad entre los profesionales, lo que da lugar a una interpretación subjetiva con las consecuencias que ello supone, explica Valencia.

Este trabajo pretende desarrollar una herramienta que unifique y clarifique la gravedad del diagnóstico de este tipo de patologías permitiendo un cambio en la asistencia y calidad de vida de los niños y sus familias.

Su propuesta es el desarrollo de un dispositivo tecnológico: NIPT (Neonatal/Infant Pain Tool) que funcionará aplicando un estímulo

doloroso controlado, ajustable en intensidad y duración, garantizando que el procedimiento sea consistente y replicable en cualquier situación. Eliminando la subjetividad y proporcionando un rango de resultados escalables y cuantitativos. Otro aspecto clave del NIPT es su capacidad para adaptarse a las necesidades reales de los entornos clínicos. Estas características hacen del dispositivo una herramienta especialmente valiosa en situaciones críticas, donde cada segundo cuenta y la precisión en el diagnóstico puede marcar la futura morbilidad del paciente.

Además, al ser un dispositivo portátil, el NIPT puede utilizarse no solo en hospitales de alta especialización, sino también en centros de salud rurales o con recursos limitados, ampliando así su impacto potencial en la atención pediátrica a nivel global. Este enfoque incluso refuerza su carácter innovador y su capacidad para reducir las desigualdades en el acceso a tecnologías avanzadas en salud.

El impacto esperado del NIPT es significativo. Al eliminar la subjetividad, mejora la precisión del diagnóstico y permite a los especialistas tomar decisiones basadas en datos objetivos. Esto se traduce en mejores pronósticos para los pacientes, ya que facilita intervenciones más tempranas y tratamientos adaptados con mayor exactitud a la gravedad del daño neurológico. Además, el dispositivo unifica los estándares de evaluación, creando un marco homogéneo de atención que puede aplicarse en cualquier hospital.

Actualmente, el proyecto se encuentra en sus fases iniciales, con el desarrollo del prototipo y la realización de pruebas en laboratorio. Posteriormente, se llevarán a cabo tests en condiciones clínicas reales, tanto en niños sanos como en pacientes. Este proceso busca validar la eficacia y la seguridad del dispositivo antes de su implementación en la práctica médica, asevera Valencia.

El NIPT representará un avance crucial en la atención neonatal, con el potencial de transformar los estándares de cuidado en patologías neurológicas críticas. Su desarrollo supone un paso adelante en la búsqueda de soluciones innovadoras que mejoren la calidad de vida de los pacientes pediátricos y sus familias.

El haber ganado en la categoría de diagnóstico de vanguardia del 2º HUB de Investigación e Innovación en Salud de Castilla y León, supone un reconocimiento y un respaldo para poder realizar el trabajo, cuenta Valencia. Durante la jornada del evento otra Médico habló de las dificultades que los sanitarios encuentran a diario para poder compaginar la investigación con sus trabajos de asistencia clínica. El Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León que organiza este evento apuesta por la investigación e innovación y Valencia cree y espera que les puedan aportar las herramientas y el apoyo necesario para que este proyecto llegue materializarse.

> PERSONAJES ÚNICOS / IGNACIO LÓPEZ MIÑARRO



Este especialista en oftalmología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid recibe la beca Mutual Médica debido a sus labores de investigación en su análisis acerca de las causas de la pérdida de visión en pacientes con distrofia endotelial de Fuchs, un trabajo en el que colabora el IOBA. Por **María Bausela**

Una mirada diferente

Graduado de medicina en la Universidad de Valladolid y especialista en oftalmología en el Hospital Clínico Universitario, donde trabaja actualmente, Ignacio López Miñarro analiza con una mirada diferente las causas que están detrás de la pérdida de visión en pacientes con distrofia endotelial de Fuchs (DEF). Este doctor recibe la beca Mutual Médica debido a sus labores de investigación en su 'análisis molecular de marcadores de estrés oxidativo y transformación epitelio-mesenchimal en personas con DEF'.

Esta enfermedad afecta a la transparencia de la córnea, una parte del ojo que permite que entre la luz a su interior, y, por tanto, produce disminución de la visión en los pacientes que la padecen. En concreto, el causante de la pérdida de esta transparencia es la degeneración de una de las capas de la córnea, debido al acúmulo de sustancias tóxicas o estrés oxidativo, asociadas a la edad, y la exposición a otros múltiples factores como puede ser el caso del tabaco.

A día de hoy el único tratamiento efectivo que existe para las personas con esta enfermedad es el trasplante de córnea, «una cirugía compleja que además depende del banco de donantes», asegura López Miñarro.

En este marco surge la investigación que ha llevado al joven oftalmólogo a alzarse con el premio dotado con 5.000 euros. Galardón que se vio enmarcado en los XXXIV Premios a la Investigación Mutual Médica del pasado año con los que buscan reconocer la labor de investigación de médicos en ejercicio, residentes y estudiantes en torno al desarrollo de terapias innovadoras, herramientas diagnósticas o el cuidado y tratamiento de enfermedades, y para los que se presentaron más de 450 candidaturas.

Su proyecto, centrado en el análisis molecular de esos marcadores de estrés oxidativo y transformación epitelio-mesenchimal en personas con DEF, «consiste en un análisis observacional, que compara marcadores de estrés oxidativo en humor acuoso - que es un líquido que se encuentra en su interior del ojo, en contacto con la córnea-, y de la misma córnea enferma, de pacientes con esta enfermedad, con pacientes sanos».



Ignacio López Miñarro, especialista en oftalmología en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. E.M.

La iniciativa, que sirve además como trabajo de tesis doctoral para el especialista en oftalmología, «nace con la intención de buscar alternativas no quirúrgicas para tratar o mejorar el pronóstico de esta enfermedad».

«Cuando empecé la residencia, hicimos un trabajo de revisión de los trasplantes de córnea que se hacían en el hospital, y vimos que, al ser esta la principal causa de trasplante, genera una gran carga asistencial», cuenta el doctor del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Pero no fue hasta que acudió al congreso de ARVO (Association for Research in Vision and Ophthalmology), en Estados Unidos que aprendió más acerca de esta enfermedad, las investigaciones que se estaban realizando al respecto, y comenzó a plantearse realizar un análisis relacionando estas cuestiones.

«La distrofia de Fuchs es una enfermedad relativamente frecuente

y nuestro centro se sitúa como una referencia nacional de trasplante corneal por lo que es el medio ideal para abrir una línea de investigación en este punto».

Para realizar esta investigación su equipo de trabajo está compuesto por profesionales del hospital y del Instituto de Oftalmología Aplicada (IOBA), que es «un grupo de investigación reconocido en oftalmología».

Este está formado por el propio Ignacio López Miñarro, el doctor José María Herreras, la doctora Lidia Cocho del Hospital Clínico y el IOBA, el doctor David Galarreta del Clínico, y la doctora Sara Galindo del IOBA. Profesionales que ayudan al especialista de oftalmología con el análisis de las muestras.

A estos se suman las compañeras de residencia del becado por Mutual Médica, Isabel Bermejo y María Gómez, que colaboran en la recogida de muestras y la recolección de las firmas de consentimiento.

Formado este equipo de trabajo la primera fase de su investigación pasó por la recogida de las muestras de humor acuoso de los casos de pacientes con esta enfermedad y pacientes sanos. Estas son recogidas al principio de una cirugía en pequeños tubos estériles a manos de los cirujanos Herreras y Galarreta. En el caso de los controles sanos estos se obtienen de pacientes a los que se les va a realizar la cirugía de catarata.

Posteriormente, dichas muestras fueron congeladas en cámaras frigoríficas a -80°C y remitidas al IOBA para su análisis. «Este se hace a través de una técnica llamada análisis múltiple con microesferas: un conjunto de 'bolitas' asignadas a un código de color diferente cada una. Cada tipo de 'bolita' se une a una molécula diferente que queremos analizar, y así analizamos varias moléculas al tiempo», explica el doctor de oftalmología.

En una segunda fase, aún pendiente de realizar, van a recoger la

parte de la córnea que se retira del paciente enfermo, el endotelio, y se enviará al IOBA para teñir y analizar por inmunohistoquímica. Método por el que se usan anticuerpos para determinar si hay ciertos antígenos o marcadores en una muestra de tejido.

Pasada esta fase y obtenidos los resultados López Miñarro apunta que le gustaría que estos pudieran ser publicados en alguna revista internacional, y «quizás abrir algún proyecto de investigación nuevo, en esta enfermedad u otras distrofias corneales, a raíz de que hemos creado esta mecánica de recogida y análisis de muestras».

Además, incide que espera que una vez finalizado el análisis los datos obtenidos puedan ayudar a los pacientes con distrofia endotelial de Fuchs y la población en general a «comprender y a reforzar que es una enfermedad relacionada con el estrés oxidativo, y, por tanto, con los hábitos de vida, como el tabaco».

«El objetivo general de la investigación es demostrar que la concentración de moléculas relacionadas con el estrés oxidativo en humor acuoso y en el endotelio corneal, una de las capas de la córnea, son detectables y están relativamente aumentadas en pacientes con DEF con respecto a pacientes sanos».

«Pero también queremos poner en relación los niveles de marcadores de estrés oxidativo con criterios clínicos y la gravedad de la enfermedad en el momento en que el paciente es sometido a cirugía de trasplante de córnea. La identificación de estas moléculas puede hacernos pensar en futuras dianas de tratamiento». Pero además, los resultados de este estudio pueden ser útiles para «investigar en futuros tratamientos antioxidantes como complemento o alternativa a la cirugía».

Todos estos aspectos contribuyeron a poder alzarse con la citada beca que asegura que ha supuesto «un empuje importante» para su trabajo. «Con los fondos obtenidos, podemos adquirir el material necesario para completar el análisis de las muestras como reactivos, tinciones, etc. y poder publicarlo. Es un orgullo poder aportar un grano de arena primero a los pacientes afectados, que es el principal objetivo», concluye.

Oftalmología y traumatología, las especialidades con mayor demora

Los sorianos esperan una media de cien días para acceder a una primera consulta / Otorrino dobla el número de pacientes aguardando una cita y son más de un millar

MILAGROS HERVADA SORIA
Las especialidades de oftalmología y traumatología son las que registran una mayor demora en el Complejo Hospitalario de Soria, arrastrando una realidad de años, con la salvedad de que las listas de espera y los días hasta ser visto por el médico van incluso en aumento.

Oftalmología es la consulta con un mayor número de pacientes aguardando. Según la información hecha pública por la Consejería de Sanidad al cierre del año 2024, suman 2.118 los que esperan una primera consulta con el oftalmólogo, y lo hacen una media de 108 días, más de tres meses. En ningún caso es un buen dato, pero lo es aún menos si se tiene en cuenta que las cifras se han incrementado. En diciembre de 2023, la especialidad arrastraba 2.011 pacientes, es decir, ahora son cien más, y el tiempo de demora era el mismo, 110 días.

Esta especialidad es una de las enquistadas en el hospital. En el año 2022, la Gerencia de Asistencia Sanitaria llevó a cabo un plan de choque con la presencia de oftalmólogos del Hospital de Burgos que giraron consulta durante los fines de semana, reduciendo de 4.399 sorianos que estaban a la espera de ser atendidos por el especialista a los 2.258 en agosto de ese año. Desde entonces, las cifras rondan esos niveles.

En el caso de traumatología, actualmente son 1.703 los pacientes en la lista de espera de una primera consulta y lo están 106 días de media. Lo cierto es que ese tiempo de demora se ha reducido en el último año, ya que en diciembre de 2023 estaba en cuatro meses. Pero a cambio los sorianos aguardando consulta son más, concretamente 389.



Oftalmología es la consulta con un mayor número de pacientes aguardando, 2.118. MARIO TEJEDOR

Esperan una primera cita en oftalmología 2.118 pacientes

La especialidad con menor lista es oncología médica, 4 días de demora

Lo más destacado de los últimos datos de lista de espera y demora media en las consultas externas publicados por Sanidad apuntan a la especialidad de otorrinolaringología que si bien no supone la lista de pacientes más abultada,

son 1.017, ha registrado un más que notable incremento en un año, doblando el número de pacientes aguardando. Al cierre de 2023 había 516, por lo tanto se ha multiplicado por dos. Lo mismo ocurre atendiendo a las jornadas de demora media. Hace un año eran 55 y ahora ya son 107 días.

Según informaron fuentes del sindicato CCOO, el problema se encuentra en la dotación de profesionales, ya que de cinco que constan en la plantilla orgánica, únicamente son dos los que están atendiendo actualmente las consultas de otorrinolaringología en el Hospital Santa Bárbara.

En todos los casos, estas cifras se refieren a pacientes en espera estructural, que incluye aquellos

que se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de atención especializada y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles de la sanidad de Soria.

En el otro lado del listado, las especialidades con mejores datos en el Complejo Hospitalario de Soria son las de medicina interna, con apenas 11 pacientes esperando su primera consulta, nefrología con 26, obstetricia con 34 y en mejor posición oncología médica con únicamente dos al cierre del año pasado y cuatro días de demora.

En el conjunto de especialidades, los pacientes en lista de espera de una primera consulta son 7.260, un total de 1.576 más que a cierre de 2023.

Baluartes, favorito en Castilla y León, según el Top 100 de The Fork

SORIA
El Top 100 nacional 2024 de The Fork, la plataforma de reservas online de restaurantes líder en Europa, da la bienvenida a un nuevo ganador en Castilla y León. Baluarte, del chef Óscar García, en la capital soriana, se ha consolidado como el restaurante favorito de los españoles en Soria el pasado año. Además ocupa el puesto 49 del palmarés en el conjunto de toda España.

El restaurante soriano, reconocido con una Estrella Michelin y dos soles de la Repsol, mezcla sabores de la tierra soriana con ingredientes de temporada. En la Comunidad de Castilla y León, hay otros dos establecimientos que se han adentrado en el palmarés nacional, al margen del ganador: Víctor Gutiérrez (83), galardonado también con una Estrella Michelin y dos soles Repsol y situado en Salamanca; así como Ajo de Sopas (85), recomendado por la Guía Michelin ubicado en Palencia.

A nivel nacional, el primer puesto es para L'Antiquari Gastronòmic, situado en Barcelona. Dirigido por el chef Yordi Martínez y ubicado en una de las plazas más emblemáticas del barrio Gótico, logró posicionarse como el restaurante favorito de los españoles en 2024. Este espacio cuenta con una propuesta de menú degustación de 14 pases que fusiona la tradición de las recetas del pasado, con las técnicas más innovadoras de la cocina actual, en un local exclusivo para 16 comensales.

La plataforma de internet The Fork permite descubrir cientos de opiniones de los usuarios y reservar online en toda de España.

CASINO

CHARLA DE PSICOLOGÍA

El Colegio de Psicología de Castilla y León (COPCYL) celebra mañana en Soria la charla 'Acontecimientos vitales: presente, pasado y futuro', dentro del ciclo 'Psicología Hoy: ¿qué puede hacer por ti?'. Con entrada libre hasta completar el aforo, será a las 20.00 horas en el Círculo Amistad Numancia, la ponente es la psicóloga sanitaria Elisa Arranz López. Asisten el decano en funciones del Colegio, Jaime Gutiérrez, y el vocal por Soria en funciones, Luis Ángel Romero.

La revista diaria de EL MUNDO. Martes, 21 de enero 2025

PAPPEL

MI VIDA CON
OZEMPIC:
"COGÍ UN CUBO
DE POLLO
FRITO Y DIJE:
"MIERDA, NO
PUEDO"

El escritor Johann Hari,
obeso desde joven,
descubrió la 'droga milagro'
en una fiesta de famosos
y fue de los primeros en
apuntarse al 'boom'. Ahora
publica un libro con su
experiencia: "Es una salida
para la gente gorda obesa,
pero una salida arriesgada"
Por Israel Zaballa (Madrid)
Fotografía de Mark Harrison
The Times / News Licensing



PAPEL | EN PORTADA

Por Israel Zaballa (Madrid)
Fotografía de Gogo Lobato

La tarde de la Nochebuena de 2009, un hambriento Johann Hari (Glasgow, 1979) entró en un Kentucky Fried Chicken de Londres y pidió un enorme cubo de pollo. Ya había ensalivado allí antes. Por eso, el empleado exclamó: «¡Johann! Tenemos una cosa para tí». Tras reunir al personal, le entregó una tarjeta dedicada por todos que le nombraba mejor cliente del establecimiento. «Se me cayó el alma a los pies al pensar que ese ni siquiera era el local de pollo frito que más frecuentaba», remata el británico para cerrar la grasienda anécdota.

El episodio, bien rebozado en harina autoinculpatoria y salpimentado de humor marca de la casa, lo sirve Hari como aperitivo en *Adelgazar a cualquier precio. Cómo Ozempic y otros fármacos van a revolucionar nuestra alimentación y nuestra salud física y mental* (Península). Tras su éxito con *El valor de la atención*, el aplaudido periodista coge ahora el cuchillo de trinchar para diseccionar los claroscuros de la nueva generación de medicamentos para el sobrepeso.

«La obesidad es el mayor asesino de occidente», zanja Hari al otro lado de Zoom. «Y ahora tenemos fármacos que pueden contribuir a revertir este problema. Con Ozempic, por ejemplo, pierdes de media un 15% de tu peso corporal en un año. Estamos ante una gran oportunidad para combatir a este asesino».

El famoso ensayista no solo se involucra en este tema como investigador. También nos entrega ese trocito de su alma que ansía darse atracones de pizzas; que se atormenta por fracasar en dietas a cual más loca; que siente rabia por el bombardeo de anuncios de comida basura; que teme enfermar por sus kilos de más; o que tiene remordimientos cuando por fin decide inyectarse Ozempic en su michelín. «Soy uno de vosotros», parece querer decir a un colectivo largamente estigmatizado.

«He sido obeso la mayor parte de mi vida adulta. Ahora, con 46 años, soy mayor que mi abuelo cuando murió de un ataque al corazón y sabía que a mí me podía pasar lo mismo», explica sobre su caso. «Sentía por ello un deseo personal que me impulsaba a investigar. Para mí, el riesgo era muy alto: sentía que era algo a vida o muerte».

Sufrimos como sociedad una grave pandemia de obesidad. Y puede que el alivio esté a la vuelta de la esquina. Los nuevos fármacos parecen haber dado con la tecla biológica que nos congraciara con la báscula. Un pinchacito y... ¡zas, ya no tienes hambre! ¿Estamos ante algo histórico que erradicará nuestro descontrolado apetito? ¿O ante una peligrosa moda pasajera? «Yo creo que estamos en un momento decisivo, no solo en el tratamiento de la obesidad sino de la medicina», continúa Hari. «Será un avance comparable al de la píldora anticonceptiva, va a cambiar drásticamente nuestra forma de vivir. Solo añadiría, como advertencia, que estos medicamentos son relativamente nuevos. Los diabéticos llevan unos 15 años tomándolos y las obesas aún menos».

El descubrió esta alternativa a finales de 2022, en la fiesta de un actor oscarizado. Hari había engordado 10 kilos durante la pandemia, pero allí todos estaban flacuchos. «Se les marcaban los pómulos y tenían las barrigas más firmes», dice. Comprendió cuál era el secreto de aquellas cinturas de avispa cuando una amiga le enseñó en su móvil «un tubito de plástico azul claro con una aguja diminuta». Pues genial, ¿no? Poco después, él empezó a inyectarse Ozempic.

¿Qué influyó más al tomar aquella decisión?

«Algo que, en realidad, sabía de toda la vida. Supongo que desde que tenía, no sé, siete años, si me hubieran preguntado: ¿Ser obeso es malo para la salud? Yo habría dicho: ¡Obviamente!».

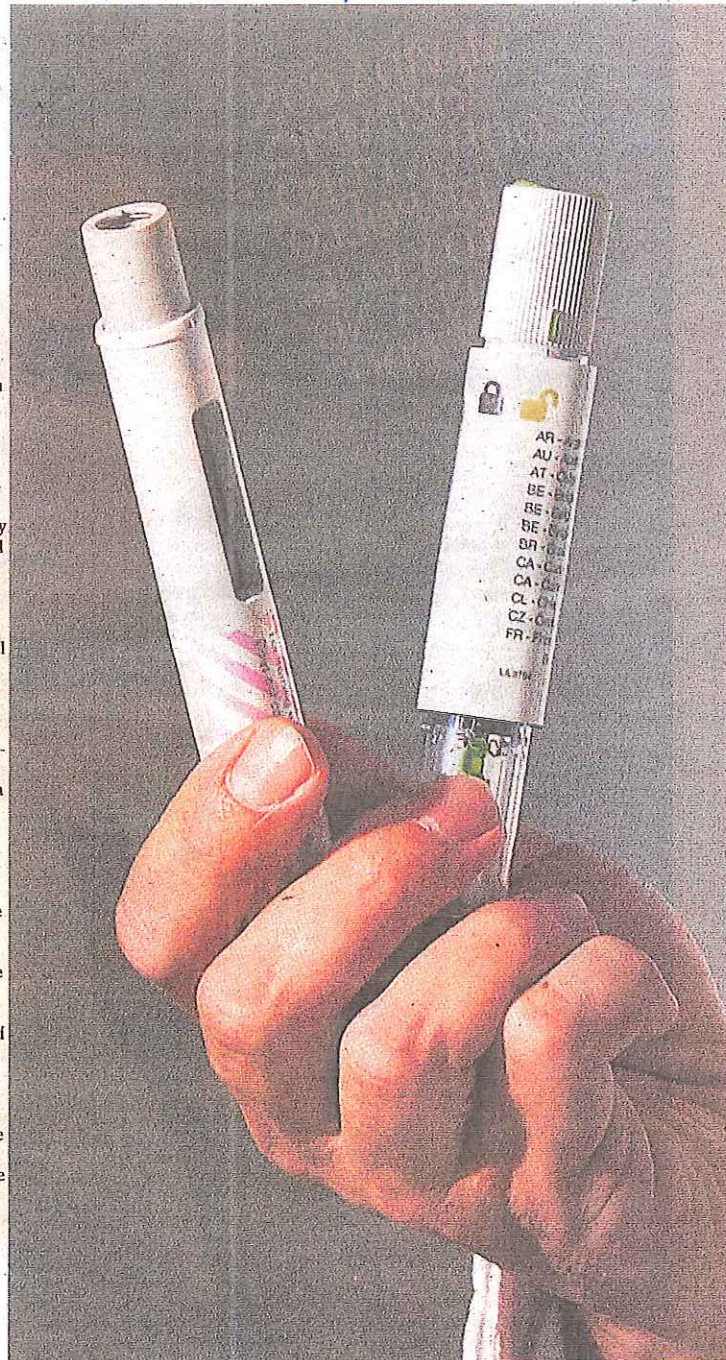
Aquella intuición infantil se confirmó después: «Entrevistando a los principales expertos y leyendo

datos científicos sobre el tema, me quedé perplejo por los prejuicios que causa la obesidad. Te hace más propenso a sufrir un ataque al corazón, un derrame cerebral, terribles dolores...». En esos puntos suspensivos caben muchos males, pero Hari enfatiza los riesgos de contraer diabetes tipo 2: «La mayor causa evitable de ceguera y amputaciones. Y puedes morir, de media, unos 15 años antes».

NUEVA LISTA DE EFECTOS POSITIVOS ...Y ADVERSOS

Son famosos y su uso masivo permite rastrear cualquier efecto en la salud, tanto positivos como negativos. Los análogos del GLP-1, más conocidos por el público general como Ozempic, Wegovy y Mounjaro, dejan sus huellas en el organismo y los investigadores tratan de rastrear los efectos secundarios no deseables y los no buscados. De hecho, la semana pasada la Agencia Europea del Medicamento admitió a trámite el estudio de un trastorno ocular raro en pacientes que tomaban semaglutida, tras conocer los datos de dos trabajos observacionales que sugieren un incremento del riesgo de neuropatía óptica isquémica anterior. Hasta ahora estos fármacos se han aprobado para tratar diabetes y obesidad y los médicos recomiendan que se haga siempre bajo prescripción. En los últimos años, la llegada de la nueva generación y su uso fuera de indicación médica se ha asociado a un amplio espectro de efectos positivos *extra* sobre la salud como un menor riesgo de trastornos cardiometabólicos, así como negativos, entre los que se apunta a un mayor riesgo de afecciones gastrointestinales o hipertensión, como recopila un artículo en *Nature Medicine*. «Este trabajo recoge una eficacia y unos riesgos que iban más allá de los sistemáticamente reconocidos», aseguran los autores.

No es extraño que Hari decidiera inyectarse el prometedor fármaco. Tras el primer pinchazo, vio pasar su vida culinaria ante sus ojos. Por su mente desfilaron montañas de pollo frito y chucherías con formas de platano. Una visión que conecta con el motivo por el que nos hemos convertido en la civilización más gorda de todos los tiempos y, por tanto, en la más necesitada de un tratamiento de choque. El periodista tiene claro quién es el malo de esta película de terror: «Lo que comemos sería irreconocible para tus abuelos y los míos. Hasta un 70% de las calorías que ingiere un niño americano vienen de la comida procesada y ultraprocesa-



Dos viales del medicamento Ozempic.

da. Se trata de alimentos ensamblados en fábricas a partir de productos químicos, un proceso al que no llamaría cocinar. Resulta que esta nueva comida afecta a nuestros cuerpos de una manera completamente diferente al modo en que afectaba a nuestros antepasados».

¿Qué nos hace por dentro? Nos vuelve adictos a ella, para empezar. Como les pasó a las ratas de un experimento a las que se acostumbró a comer bacón, chocolatinas y

tarta de queso. Después se negaban a comer otra cosa. «Casi preferían morirse de hambre que comer comida sana de nuevo», cuenta Hari. Aquella «dieta americana» era como un chute de droga dura.

Pero el efecto más perverso de la comida basura quizá sea otro, y es ahí donde sitúa Hari el meollo todo este asunto: «Mina nuestra capacidad de sentimientos llenos. Interfiere, en las señales corporales que nos dicen: 'Eh, tú, has comido suficien-

CIENCIA | PAPEL

te. La ciencia demuestra que nos atiborramos y enseñada volvemos a abrir la puerta del microondas. Una y otra vez. Sin sensación de saciedad comemos sin parar, engordamos y necesitamos fármacos que nos devuelvan la sensación de saciedad. Es el diabólico círculo que dibuja Hari. Como les pasa a las cobayas, la situación nos enfrenta a un complicado dilema: «Todos nos hemos criado en una trampa y los nuevos fármacos son como la salida. Pero una salida arriesgada: algunos deberíamos pasar por ella y otros no».

¿A qué riesgos se refiere? Primero habría que sopesar el pequeño peaje de los efectos secundarios: «La

vienen con reproches: «Si el método de avergonzar a la gente obesa funcionara, no habría gordos... Esta pandemia no empezó porque nos volviéramos vagos, sino por el tipo de comida que empezaron a darnos».

¿Son menos perezosos los delgados japoneses que los obesos británicos? Hari dice que no. Pero además de señalar la comida basura, también culpa al ambiente que nos la mete por los ojos y el bolsillo: «Tenemos un entorno que socava sistemáticamente nuestro autocontrol, especialmente el de los más pobres. Entra en una tienda de una zona pobre e intenta comprar alimentos frescos. Es muy cara y que la comida procesada de mierda es muy barata».

Además, las dietas solo funcionan en el 15% de los casos: «Nos queda un 85% de personas para las que ese modelo no funciona. Podemos calumniarlas si queremos, pero eso no resuelve el problema. Sólo hará que se sientan mal y a quienes las insultan

Las dietas sólo funcionan en el 15% de los casos. "Podemos calumniar a los que fracasan si bien eso no resuelve el problema"

"Esto puede ser muy beneficioso para gente como yo pero puede resultar peligroso para quienes sufren desórdenes alimenticios"

mayoría siente náuseas al principio, pero suelen irse en unos meses. Otros eructan o sufren estreñimiento».

—Tú tuviste bastantes náuseas, ¿no?

—Sí, pero no especialmente malas. Las primeras semanas me sentía mareado, nada terrible. Si me hubiera pasado eso un día al azar, no me hubiera impedido ir a trabajar. Aunque fue desagradable.

De la lista de riesgos físicos, rescata dos. «Uno de los que más me preocupa es el riesgo de sufrir cáncer de tiroides. Se ha visto en ratas», dice tras advertir que muchos de estos temas siguen discutiéndose entre los investigadores y matizar que es un tipo de cáncer de muy baja incidencia. ¿Y el otro riesgo? «Me preocupa la gente con desórdenes alimenticios. Cuando tomas estos medicamentos pierdes el apetito. Eso es enormemente beneficioso para gente como yo, pero puede resultar catastrófico para quienes sufren algún desorden con la comida, gente que quiere morirse de hambre y que ahora compra estos fármacos por Internet. Necesitamos una regulación muy estricta».

Ante estos pros y contras, alguien pensará... «lo pruebo y luego ya veremos». Pero, al parecer, hay que mentalizarse de que estos fármacos son para siempre si se quiere evitar el temido efecto rebote. «No es un romance de verano; es un matrimonio para toda la vida», avisa Hari. Implica tratar la obesidad como una enfermedad crónica e interiorizar que uno pasará mucho tiempo tomando estos fármacos.

«Esa es una de mis mayores preocupaciones», dice. «Tres de mis abuelos vivieron más de 90 años, así que asumo que podrían quedarme otros 45 años de medicación. Y no conocemos los efectos a largo plazo, algo inquietante si tenemos en cuenta que estos fármacos actúan sobre todo en el cerebro. De todas formas, como me dijo un experto al que entrevisté, lo que sí sabemos seguro es que los efectos de la obesidad son terribles».

Claro que también existe una solución sin riesgo aparente: «La tercera opción es no tomar comida procesada y evitarte dilema. Si puedes hacerlo, hazlo. Es mucho mejor, no hay peligro alguno en ello. Pero a muchos no nos vale esa tercera vía. He probado con dieta y ejercicio y, a largo plazo, nunca me funcionó».

Ahora es cuando alguien entre el público, generalmente con bíceps esculpidos en duras sesiones de gimnasio, suele saltar para decir: «Alto, alto, alto... ¿No serás en realidad un poco vago?». Ya, ya, ya... Si eso Hari ya lo sabe: pero es que la cosa no es tan sencilla. Que más quisieran quienes sufren su obesidad como una espada de Damocles que les estigmatiza con un lado del filo y por el otro les enferma.

Su respuesta es conciliadora: «Cualquier persona gorda tiene una voccita en la cabeza que le dice eso mismo: 'Eres un vago, no eres lo suficientemente bueno'. Culturalmente lo arrastramos desde muy atrás. Pero tiene un argumento incontestable para quienes

también: nadie quiere ser visto como un acosador».

Además, el factor tiempo corre en contra de quienes se enfrentan a esta situación: «La mejor solución a largo plazo pasaría por resolver la causa subyacente, nuestro modelo de alimentación. Pero para gente como yo, sería demasiado tarde. Ya he estado expuesto a todo esto y sufrido las consecuencias en mi cabeza y en mi cuerpo. La gente como yo necesita un remedio diferente y estos fármacos, sin ser perfectos, nos lo ofrecen».

¿Se acuerdan de que unos párrafos más arriba Hari ha mencionado el cerebro y no la tripa en relación a los efectos del fármaco? No se sorprenda, no era un error. Ahí arriba, encima de sus hombros, están los botoncitos que activan o desactivan el apetito. Y, sin que se sepa todavía cómo, es donde estos fármacos hacen su magia: «Entrevisitando a neurocientíficos de Cambridge y otros lugares, lo primero que piensas es: 'Oh, joder, ¿qué es esto?... ¡Es como cambiar mi cerebro!».

Hari le ventajas y pega. Si la moneda sale cara, podría acercarnos a la cura de muchas otras adicciones: ya hay estudios en este sentido. Pero si la moneda sale cruz, podría afectar negativamente al estado de ánimo. Si algo nos quita las ganas de comer... ¿Nos quitará si queramos las ganas de vivir? «Algunos científicos piensan que tal vez estas drogas amortiguan los sistemas de recompensa del cerebro. Si ese es el caso, podrían estar amortiguando tu sistema de recompensa por otras cosas? Es algo muy discutido» responde Hari.

Enseguida incorpora otro ángulo al poliedro: «Ocurrirá algo mucho más básico, y es que muchos de nosotros utilizamos la comida para animarnos, para calmar nuestras emociones, para tranquilizarnos. Y cuando tomas estos fármacos, ya no puedes hacer eso». ¿Quién no ha ahogado alguna vez un mal día hundiendo una magdalena en leche? Reconozcámoslo: sienta bien. Y eso nos lleva de nuevo a un KFC. Cojámonos a la mano de Hari para cerrar esta historia donde la empezamos. «Llevaba unos seis meses tomando el fármaco», empieza a relatar. «Estaba en Las Vegas y tuve un día horrible investigando el asesinato de un ser querido. Así que fui a un KFC como cientos de veces, y pedí lo de siempre: un cubo de pollo frito. Tomé un trozo y pensé: 'Mierda, no puedo comer esto. Vomitarás si te lo comes'. Y recuerdo haber pensado a continuación: no te queda más remedio que sentirte mal».

Privado del consuelo que solía darle la comida, Hari tuvo que superar a pelo su mal día. No es que se arrepienta de tomar Ozempic. Pero hubiera querido, dice, que alguien le hubiera advertido sobre lo duro que iba a ser a nivel psicológico. Que conste que lo cuenta con una sonrisa. Se siente transformado para bien. Ya no echa de menos las fritangas y se ha echado un novio cocinero que le prepara cosas sanas. Y lica: este domingo se tomó una ensaladita y le supo a gloria. Dejémoslo aquí, con ese buen sabor de boca.

LOS CHIMPANCÉS ORINAN JUNTOS COMO HUMANOS

Evolución. Un estudio revela que nuestros parientes no humanos más próximos también siguen esta costumbre social: "Siguen a los que tienen mayor rango en su grupo"

Por Teresa Guerrero (Madrid)

Quien no orina en compañía, o es un ladrón o un espía. Este dicho italiano resume con humor una costumbre social extendida por diferentes culturas que, para sorpresa de un equipo nipón, también practican nuestros parientes no humanos más próximos: los chimpancés.

Los científicos del Santuario Kumanoto de Japón, residencia de 20 chimpancés en cautividad, se dieron cuenta de que éstos solían hacer pis al mismo tiempo, lo que les recordó el comportamiento de las personas. Se preguntaron si podría tratarse de un acto contagioso, como cuando bostezamos, o más bien un comportamiento social. Para averiguarlo, los monitorizaron durante 600 horas, analizando 1.328 ocasiones en los que orinaron.

Como detalla a este diario Ena Onishi, coautora y estudiante doctoral en el Centro de Investigación de vida salvaje de la Universidad de Kioto, observaron en a 16 machos y cuatro hembras: «Nuestra investigación sugiere que este fenómeno puede tener profundas raíces evolutivas. Descubrimos que tienden a orinar cuando otros individuos cercanos lo hacen», explica Onishi, que admite que no han podido extraer conclusiones sobre si las hembras eran más proclives a orinar juntas, como suele pasar con las mujeres. «Los 20 chimpancés estaban divididos en cuatro grupos; en tres de ellos había cinco machos y en el otro grupo, cuatro hembras y un macho. Esta limitación dificulta investigar cuánto influye el sexo del animal, pues no se trata sólo de si son machos o hembras, sino también de las diferencias que hay en la estructura de cada grupo y las dinámicas entre individuos del mismo sexo o grupos mixtos, que no son directamente comparables en nuestro estudio».



Cuatro machos que viven en cautividad y que formaron parte del estudio recogen ramas. SANTUARIO KUMANOTO

Además de tratarse de la primera vez que se constata esta actitud en una especie no humana, otra conclusión destacada es que los chimpancés con menos capacidad de mando tenían más probabilidades de orinar cuando otros lo hacían. Un hallazgo que, según el coautor Shinya Yamamoto, sugiere que en este comportamiento influye la jerarquía social: «Es más probable que los de menor rango del grupo sigan a los de mayor rango cuando van a orinar».