



DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

ENERO - FEBRERO

2024

ACTUALIDAD ECONÓMICA

El Gobierno se da otro mes para solucionar la crisis de Muface

Asegura que necesita tiempo para plasmar en los pliegos lo que anunció

C. SEGOVIA MADRID

El Gobierno se da al menos otro mes más para resolver el gigantesco concurso de sanidad privada de Muface al no poder aún plasmar en pliegos oficiales de licitación lo que anunció el martes tras el Consejo de Ministros. La mutualidad de funcionarios, dependiente del Ministerio de Transformación Digital y Función Pública, ha comunicado al sector asegurador que aún necesitará unos diez días más para presentar esos pliegos, según ha podido saber ELMUNDO.

Eso implica que el Ministerio intentará tenerlos redactados antes de la huelga convocada por el sindicato CSIF del próximo día 13 y lanzar para entonces por fin el proceso. El concurso llevaría todo el mes de fe-

sulta fundamental para las aseguradoras para poder comprobar si el Gobierno cumple, efectivamente, lo prometido de un aumento del 41% de las primas y paga, efectivamente, 4.808 millones al sector hasta 2027 para que los funcionarios de Muface puedan seguir eligiendo sanidad

privada. También necesitan ver cómo se estructura ese aumento de primas a lo largo del tiempo y por grupos de edad. La redacción de los pliegos es también crucial para que puedan reclamar compensación de pérdidas si surgen nuevos factores de desvío en los próximos tres años y pueden ser también una llamada a éste y otros sectores contratistas de la Administración para arrancar reembolsos por sobrecostos del pasado. El equipo ministerial debe hilar fino para no magnificar el coste, ya elevado, de esta crisis de Muface.

El titular del Ministerio, Óscar López, dio ya por «resuelto el concierto» en su comparecencia del pasado miércoles en el Senado, pero Adeslas y Asisa mantienen cautela.

Mientras tanto, el sindicato CSIF se mantiene movilizado para que los funcionarios no tengan que acudir en masa a la sanidad pública y fue recibido este viernes por el líder del PP, Alberto Núñez Feijóo. Según ha denunciado CSIF en un comunica-

GARCÍA, A LA CONTRA

LA MINISTRA DE SANIDAD. La ministra de Sanidad, Mónica García, afirmó este viernes que trabajará para integrar «poco a poco» a los mutualistas y funcionarios en el Sistema Nacional de Salud (SNS), todo ello después de criticar que el Gobierno haya mejorado de nuevo el concierto de Muface con una subida del 41,2 por ciento en la prima.

«SANA DISCREPANCIA». La ministra de Sumar insistió en que mantiene una «sana pero contundente discrepancia» con la «decepcionante» forma en la que el Gobierno al que pertenece ha gestionado la última licitación.

do, a pesar de la última oferta económica, aún se desconocen los plazos para la firma del concierto sanitario y se siguen produciendo problemas en la atención prestada por las aseguradoras, como «la denegación de pruebas, de citas y de intervenciones quirúrgicas». Por su parte, fuentes del PP destacaron que durante este encuentro, «marcado por la cordialidad», Feijóo reafirmó el compromiso del Partido Popular con la continuidad del modelo de Muface, según Europa Press. El líder popular considera urgente que el Gobierno solucione de forma definitiva «el problema que ha generado en las últimas semanas, llevando a una situación límite la cobertura sanitaria de sus usuarios».

«Es un deber del Ejecutivo garantizar la cobertura sanitaria a los usuarios de Muface, que no pueden ser los paganos de su incompetencia en la negociación con un extraordinario incremento de gasto», trasladó Feijóo a CSIF, según Génova.

El Ejecutivo ha propuesto pagar 4.808 millones hasta 2027

Hay 1,5 millones de mutualistas pendientes de la resolución

brero para dar tiempo al sector a estudiar las condiciones y decidir si se presentan. Un tiempo después, el Ministerio procederá a efectuar la adjudicación.

Oficialmente se trata todavía de la segunda licitación del pasado diciembre que ha sido «retrotraída», pero en el sector está claro que es una tercera ya encubierta tras haber quedado desiertas las dos primeras al no interesar las condiciones económicas a las aseguradoras.

Tras estos antecedentes, la publicación de estos pliegos es el paso que permitirá a Adeslas, Asisa o DKV tomar una decisión final sobre si se presentan y optan a continuar dando sanidad privada al 1,5 millones de mutualistas afectados o vuelven a desertar.

Su disposición, sobre todo de las primeras, es más favorable que nunca tras la fuerte subida aprobada por el Consejo de Ministros el pasado martes, pero eso está pendiente de que quede plasmado en los pliegos. Es decir, en la letra pequeña que re-



Varias personas protestan durante una concentración, frente a la sede central de Muface en Madrid. MATEO LANZUELA / EUROPA PRESS

Moncloa «estudia» adaptar el IRPF al nuevo SMI

El ministro López deja abierta la puerta en pleno debate entre Trabajo y Hacienda

C. A. MADRID

El Gobierno aún no ha tomado una decisión sobre si el salario mínimo interprofesional debe empezar a tributar en el IRPF. Así lo trasladó ayer el ministro de Transformación Digital y de la Función Pública, Óscar López, al asegurar que el Ejecutivo «estudiará» una posible adaptación del impuesto a la subida del SMI.

En pleno debate entre el Ministerio de Trabajo, partidario de ele-

var el mínimo exento para que los perceptores del SMI (1.184 euros mensuales o 16.576 anuales en 2025) no tengan que pagar en la Declaración de la Renta, y el Ministerio de Hacienda, que se está planteando no tocar el umbral mínimo del impuesto para que el salario mínimo empiece a tributar, el titular de Función Pública dejó así la puerta abierta a que el Gobierno acabe adoptando la postura de Yolanda Díaz y vuel-

va a adaptar el IRPF para no perjudicar a las rentas más bajas, como ha hecho en los años anteriores.

Por otro lado, durante su comparecencia en la tarde del viernes en el Senado para dar cuenta de la hoja de ruta de su departamento, el ministro anunció que la estabilización del empleo público comprometida con las instituciones europeas alcanza ya las 332.613 plazas, superando así el compromiso fija-

do en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

«El sector docente y el sanitario, claves para sostener nuestro Estado del Bienestar, son los que más se han beneficiado de este proceso de estabilización», subrayó López durante una intervención en la que evitó despejar cuándo va a convocar a los sindicatos para hablar sobre la subida de sueldos de los funcionarios aún pendiente para 2025.

CASTILLA Y LEÓN 30º ANIVERSARIO DEL IOBA



Miguel Maldonado y Alejandro Vázquez junto a un cartel con la fotografía del profesor José Carlos Pastor en el 30º aniversario del IOBA. ICAL

Maldonado: «Necesitamos centros como el IOBA para seguir generando conocimiento»

El IOBA rinde homenaje a Pastor, «piedra angular» de una institución «emblemática» / Vázquez: «Va a dejar un hueco muy difícil de rellenar en nuestros corazones y en la sanidad»

E. LERA VALLADOLID
«Nos vemos en la estrella». Así se despidió ayer el director del Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada (IOBA) de la Universidad de Valladolid, Miguel Maldonado, de su antecesor, José Carlos Pastor, fallecido el pasado jueves y que fue «piedra angular» de una institución «emblemática» para Castilla y León. La ocasión lo merecía: su «criatura», el centro por el que tanto luchó, celebraba su trigésimo aniversario.

«Pastor fue un personaje único», aseguró antes de añadir que el instituto que creó, «único en la universidad española», cumple 30 años «gracias a la genialidad de su creación».

Un fundador que trabajó para llevar a lo más alto al centro y, sobre todo, a los profesionales, a los que consideró siempre familia. «Hemos perdido a un padre. Ahora más que nunca tenemos que estar comprometidos con cumplir su deseo, que es que el IOBA permanezca unido en sus tres áreas, que son la investigación, la formación y la asistencia especializada a pacientes y que siga creciendo y siga teniendo mucha más trayectoria», destacó Maldonado.

El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, por su parte, presumió de haber sido «alumno» de Pastor

en los años 80. «Va a dejar un hueco muy difícil de rellenar en nuestros corazones y en la sanidad de Castilla y León», lamentó durante la inauguración de la jornada del 30º aniversario del IOBA, en la que el catedrático José Carlos Pastor tenía previsto participar.

Destacó la dualidad de emociones que suscita esta fecha: la celebración del trigésimo aniversario de un instituto que ha sido «fundamental» para la Universidad de Valladolid (Uva) y la sanidad de Castilla y León, impulsando la investigación y el desarrollo de la oftalmología moderna, y al mismo tiempo, el luto por la «irreparable pérdida» de un referente cuya ausencia se sentirá profundamente en la universidad y la Gerencia Regional de Salud.

En relación con esto, Vázquez señaló que el IOBA es un reflejo de la «personalidad del profesor» fallecido, al aunar tres pilares clave: «en primer lugar, su faceta como docente, siendo un profesor excelente y cuya enseñanza era moderna y de calidad. En segundo lugar, una atención sanitaria de alto nivel que atrae pacientes de toda la región y de fuera de ella. Y, en tercer lugar, la investigación, especialmente la de carácter traslacional, que permite aplicar los avances cientí-

ficos en beneficio de los pacientes y en la que reside el éxito», explicó el consejero.

Miguel Maldonado aseguró que «se necesitan centros como el IOBA para seguir generando conocimiento». De hecho, fue más allá y afirmó:

«La inteligencia artificial jamás podrá reemplazar las ideas del cerebro»

Helena Villarejo (Uva): «Fue un maestro, un referente indiscutible de la oftalmología»

«La inteligencia artificial jamás podrá reemplazar las ideas que aparecen en el cerebro de una persona. No podrá reemplazar la interacción entre los distintos profesionales de las diferentes disciplinas». Y es que, según comentó, la IA trabaja sobre conocimiento preexistente. Por ello, la hoja de ruta del IOBA, avanzó, tiene que seguir el mismo camino que hasta ahora con el objetivo en la investigación interdisciplinaria.

Sobre el Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada, recaló que «su alma» es la investigación aplicada, es decir, aquella que se traslada a los pacientes. «Tras 30 años de trayectoria, hemos accedido a la Escalera de Excelencia de la Junta, un logro del que nos sentimos profundamente orgullosos. Tenemos cinco equipos de investigación, más de un centenar de trabajadores, recaudamos fondos para investigación por valor de 25 millones y, realmente, seguimos haciendo una investigación que intentamos que se aplique lo más directamente sobre nuestros pacientes», resumió Maldonado.

En el 30º aniversario del IOBA también intervino Helena Villarejo, secretaria de la Universidad de Valladolid, quien aseguró que la muerte de su fundador había dejado a todos los que forman parte de la institución universitaria «huérfanos». «La pérdida de Pastor deja un inmenso vacío».

Del creador del IOBA dijo que fue «un maestro, un referente indiscutible de la oftalmología, cuya pasión por la investigación y por la docencia ha marcado a generaciones de profesionales». Por todo ello, subrayó que dejará «una huella imborrable». Aunque el rector de la institución académica, Antonio Largo Ca-

brerizo, no pudo estar presente debido a una visita institucional a la India quiso dedicarle unas palabras: «Me ha pedido que os traslade su reconocimiento a Pastor, a su calidad académica y humana, su fortaleza, su sentido institucional y su amor por nuestra universidad. Su legado perdurará». Y Villarejo concluyó con «larga vida al IOBA».

Iván Fernández, director de investigación del IOBA, fue uno de sus discípulos. Llegó al instituto de la mano de Pastor. «Es la piedra angular sobre la que se sustenta el IOBA. Él lo fundó hace 30 años y a partir de ahí ha ido evolucionando».

En este punto, admitió que tras la pérdida del «profesor» va a «costar seguir adelante», aunque señaló que Pastor les ha entrenado para «poder continuar cuando él ya no estuviera». «La obra que él inició tiene todavía mucho recorrido para poder seguir desarrollando investigación y asistencia clínica a los pacientes, que es nuestro principio fundamental», remarcó.

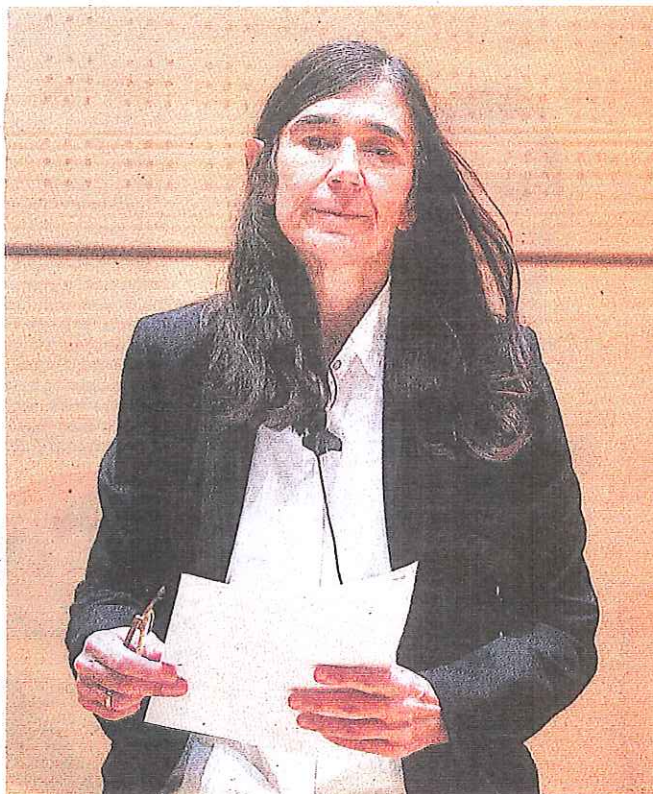
Y esa estrella a la que hacía referencia Maldonado al principio de su discurso es la «estrella de los Pastors». En una de las últimas entrevistas del profesor contó la siguiente historia: «Cuando yo era muy pequeño, vivíamos en Huelva, fuimos de camping. Mis padres se fueron a dar un paseo y me dejaron solo en la tienda de campaña y yo empecé a llorar. Mi padre regresó y me dijo: 'No te asustes, mira al cielo, ¿ves esa estrella que brilla mucho?', yo le dije que sí y él respondió: 'esa es la estrella de los Pastors, cuando nos morimos, nos vamos allí y desde allí todos los días os cuidamos, os damos consejos y os queremos'. Cuando mi madre se despidió me dijo: 'Nos vemos en la estrella'. Y en esa estrella seguro que está el profesor Pastor celebrando los 30 años del IOBA».

EL IOBA EN CIFRAS

«El IOBA es una clínica de oftalmología, altamente especializada, que resuelve unas 20.000 citas anuales y atiende a una media de 9.000 pacientes cada ejercicio, de los que el 35% procede de otras provincias, informa ICAL. Cuenta con doce especialidades y dispone de las últimas tecnologías en trasplantes y terapias celulares.

Uno de sus lemas es 'Investigamos para curar mejor'. Eso es posible al disponer de cinco grupos de investigación, ha desarrollado en este tiempo 30 proyectos de I+D+i y 39 publicaciones científicas en 26 áreas, que han recaudado más de 25 millones de euros en estas tres décadas. Dinero procedente de fondos públicos (66%) y de origen privado (34%).

Además, tiene un programa de doctorado interuniversitario, imparte cuatro másteres oficiales y ofrece formación continuada, con seminarios de investigación, estancias profesionales y programas de visitas. Este instituto suma cada año unos 2.000 participantes, un centenar de estudiantes de posgrado y recibe a alumnos e investigadores de once países para formación práctica y personalizada.



MARÍA
BLASCO

UNA VIDA DISCRETA ROTA POR EL ESCÁNDALO

La alicantina ha dejado de ser directora del CNIO tras 14 años de gestión. Su salida no ha sido amable: se ha producido en medio de acusaciones de abuso de poder. Ella se defiende: "Sabéis que es falso".

POR B. PICORNELL

MARÍA BLASCO LUCHA PARA QUE no se le perciba como nada más que una mujer científica. La que era hasta este miércoles directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), ha rechazado una entrevista con este suplemento por esta razón. De su vida personal, nada.

En su último comunicado, tras 14 años en activo, se ha defendido. "A pesar de que se ha orquestado una campaña de desinformación con el objetivo de deshumanizarme con todo tipo de bulos, que todos conocéis y sabéis que es falso, y de atentar contra mi honorabilidad, no nos hemos arrugado en el momento decisivo y no nos han doblegado. Nunca jamás haría algo así". Blasco menciona sin pronunciarlo y con otras palabras la máquina del fango. El término que bautizó Umberto Eco en su libro *Número cero*. Sacar detalles secretos de la vida personal de alguien. Deslegitimar al adversario. Ninguna de las supuestas denuncias presentadas por abuso de poder (que adelantó el periódico *ABC* y desarrolló *El País*) ha prosperado.

El periodista Antonio Villarreal ha creado una línea del tiempo desde el día en que estalló todo. La primera noticia que se publica con María Blasco en el punto de mira es de *ABC*, el día 18 de diciembre: "El Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas se gastó casi un millón en un proyecto para comprar arte". Dos días después se hizo eco *El País*: "El mayor centro de investigación del cáncer lleva años sin los equipos necesarios para trabajar: 'Esta-

mos al límite' y María Blasco culpa al Gobierno de la falta de fondos del CNIO y pone su cargo a disposición de Diana Morant".

La siguiente información era una investigación. Blasco "cometió presuntamente abuso de poder como directora del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas". El periodista de *El País* relató más adelante las historias de estas presuntas víctimas. Villarreal lanza una pregunta: "¿Qué coño ha pasado para que una bióloga molecular especializada en telómeros, egregio currículum y anodinas maneras haya pasado a recibir más ataques en el último mes que en todos los años que lleva como personaje público?".

"En ese instante pasaron dos cosas, retroalimentadas: las voces dis-

crepantes dentro de su centro, hartos de una jefa que creían intocable, se organizaron y comenzaron a segar la hierba bajo sus pies y la prensa crítica descubrió una nueva forma de atacar al Gobierno a través de lo que parece una infamia inexcusable: la malversación en caprichos de fondos para el cáncer".

"En mi opinión [explica Villarreal] —levemente formada por los años que llevo escribiendo del tema— María Blasco no ha sido objeto de una campaña de desinformación sino de dos. La actual, sospechosamente negativa, y otra, exageradamente positiva y que ha durado más de una década".

María Blasco se ha apoyado en Ruth Toledano, su pareja, periodista y animalista. La mayoría de sus tuits son defendiéndola. Se sabe que en julio de 2021 ambas participaron en un acto en el Ministerio de Ciencia, donde se anunció la colaboración entre el CNIO y la Fundación Franz Weber, entidad antitaurina con la que Toledano colabora. Además, en agosto de 2023 Toledano acompañó a Blasco en un viaje al Ártico organizado por el CNIO. Su relación es pública al menos desde 2021.

Se sabe que tiene un hijo, al que también llevó a aquel viaje con Ruth

Toledano. Pero nunca ha hablado de él. Ni de nadie de su entorno. Tampoco de ella. La única entrevista que concedió más o menos personal fue en un encuentro con Luz Casal para *EL MUNDO*. "La ciencia cura. ¿Cura la música?" "A mí sí. No sólo cura, sino que también ayuda a pensar. Antes, cuando hacía más trabajo manual en laboratorio en Estados Unidos yo siempre iba con mi música, mis cascos... Porque la música me ayuda a pensar, a relajarme, me emociona. Ten-

go un hijo que hace piano y clarinete y es fan de directores de orquesta. Me hace muy feliz".

Estas palabras de Blasco datan del año 2018. "Me reconforta mucho lo que dice Luz, me emociona que a los científicos se nos valore lo que hacemos... En 2009 empezaron los recortes en ciencia. Todavía continúan: el año pasado se recortaron en un 20% los planes estatales de investigación... Yo, por ejemplo, pedí dinero para un proyecto en 2017 y me han dado menos dinero que cuando lo pedí hace cuatro años... No se conoce que España es un país de ciencia, donde se compite con los mejores del mundo. En el CNIO estamos entre los cinco mejores centros del mundo en investigación contra el cáncer... Se piensa que España es un país de turismo, de sol, de fútbol, pe-

ro que no es un país de ciencia. Y lo es", explicaba.

Blasco, nacida en una pedanía de Alicante (Verdegás), ha recibido premios de todo tipo. Es autora de 297 artículos. Ha publicado más de 200 artículos en revistas científicas como *Nature*, *Science* o *Cell*. Su penúltimo reconocimiento data de 2023: recibió el Premio a la Mejor Dirección Científica y de Gestión, otorgado por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria.

Se conoce su
relación con Ruth
Toledano, activista,
desde 2021

"Tengo un hijo que
hace piano y
clarinete", dijo
hace siete años

SANIDAD | V PLAN DE SALUD 2032 DE CASTILLA Y LEÓN

Sanidad fija su hoja de ruta para la próxima década con un modelo digital y centrado en las personas

El Anteproyecto, estructurado en 7 objetivos y casi 200 medidas, se marca como objetivos el refuerzo de la salud pública, la atención a vulnerables, la innovación y la atracción de talento

D. A. - ICAI / VALLADOLID

Castilla y León ya tiene lista la hoja de ruta que marcará los planes y programas sanitarios autonómicos de la próxima década. El V Plan de Salud de Castilla y León 2032, que la Consejería de Sanidad espera aprobar en breve, servirá para redefinir los modelos de asistencia, investigación, gestión y relaciones sanitarias con los pacientes bajo el nuevo paradigma de 'Una salud' o 'one health'. Todo ello, con una planificación a largo plazo que permita y facilite el desarrollo completo de los nuevos programas y la consecución de los objetivos. Siete objetivos generales, cuarenta estratégicos y 171 medidas dan cuerpo a la clave de bóveda que sostendrá durante los próximos años la acción del Gobierno de Castilla y León en materia sanitaria, y que también incluye la necesidad de atraer y retener profesionales y una apuesta clara y decidida por la innovación y la investigación. El documento, al que ha tenido acceso este periódico, apunta como principales objetivos a la digitalización del sistema, el refuerzo de la salud pública, la mejora en la atención a colectivos vulnerables y la apuesta por la innovación e investigación.

El V Plan de Salud seguirá lo que se ha dado en llamar los planes de cuarta generación, bajo este concepto propuesto por la Organización Mundial de la Salud que alerta de la interdependencia entre la salud humana, animal y ambiental, y apuesta por un paciente cómplice, con las bases de la tecnología, el big data y la investigación. Estos planes de cuarta generación tienen una vigencia más amplia, con metas marcadas



Interior de un quirófano del hospital de Soria. / EUGENIO GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

de ocho a diez años, y giran en torno al ciudadano, la inversión en salud, sostenibilidad, y la salud global, informa Ical.

El departamento que comanda Alejandro Vázquez apuesta para esta nueva era por un enfoque intersectorial de la Sanidad en la que se integren la salud en todas las políticas públicas, abordando determinantes sociales como educación, empleo y vivienda. Bajo ese prisma, la Junta de Castilla y León busca un sistema de salud accesible

ble y equitativo, con especial atención a colectivos vulnerables, priorizando la prevención de enfermedades, la vigilancia epidemiológica y la promoción de la salud. Todo ello, revela el texto, apoyados en la implementación de tecnologías avanzadas para mejorar la atención sanitaria y la experiencia del paciente. No pasa por alto el V Plan de Salud el grave problema de falta de sanitarios que arrastra el Sacyl, y se lanza a atraer y retener profesionales sanitarios mediante

formación y mejoras en condiciones laborales.

El documento responde así al cambio urgente de paradigma de abordaje de la salud desde la prevención de la enfermedad y la promoción, y redibujará y actualizará estrategias con el punto de vista puesto en los retos demográficos, que se traducen en mayor enfermedad crónica y pluripatologías, y en aumento de las tasas de dependencia. Se reta a que la prevención y la promoción se expandan como

EL DATO

Antecedentes del nuevo plan sanitario

El documento marco nacerá de una evaluación previa de la cuarta planificación general sanitaria cuyo horizonte terminó en 2020 y para la que la Junta marcó una inversión de 4.969 millones de euros. Asume las tendencias que, en el ámbito de la planificación sanitaria mundial, postula no sólo la OMS, sino Naciones Unidas, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, y Europa, a través de la Agenda 2030 y el reglamento UEProSalud, entre otros. El IV Plan de Salud se prolongó de 2016 a 2020 e introdujo determinantes sociales y marcó el trabajo por áreas de intervención. Profundizó en el cambio organizativo necesario para adaptarse a las nuevas necesidades de los pacientes, cada vez más activos, mejor informados y exigentes, que requiere una adecuada atención en el sistema de salud y la sincronización con los servicios sociales. Giró en torno a cinco áreas de intervención: equidad y salud en todas las políticas; proteger la salud frente a riesgos de origen ambiental y alimentarios; promover estilos de vida saludable y potenciar la seguridad frente a las lesiones; disminuir la carga de enfermedad, y reorientar el Servicio de Salud hacia un atención integrada y una responsabilidad compartida.

una mancha de aceite en todos los sectores, sin olvidar que debe frenar las listas de espera en pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, y contar con la población como cómplice en el uso responsable del sistema. En definitiva, este plan representa un «compromiso a largo plazo» del Ejecutivo autonómico para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de Castilla y León mediante un sistema sanitario moderno, eficiente y adaptado a los retos del siglo XXI.

LOS SIETE OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN

ALINEACIÓN PÚBLICA

Este objetivo busca priorizar el impacto en la salud de todas las políticas públicas aplicando un enfoque integral de la Salud desde todos los ámbitos.

SISTEMA DEL SIGLO XXI

Impulsar un modelo de Servicios Públicos en todo el territorio accesible, equitativo y de calidad basado en la atención centrada en la persona.

SALUD PÚBLICA

El Plan quiere potenciar la Salud Pública fortaleciendo la promoción de la salud desde todos los ámbitos sobre el enfoque 'one health'.

CAPITAL HUMANO

La Consejería se reta a atraer y retener población activa, introduciendo los nuevos perfiles sanitarios y no sanitarios que apoyen a la salud.

SERVICIOS PARA LA SALUD

Este objetivo persigue reorientar la gobernanza hacia un sistema óptimo de calidad con seguridad, basado en la eficiencia y el retorno de la inversión.

MEJORA DE LOS SERVICIOS

Potenciar la investigación y la innovación en el ámbito de la salud para la mejora de la calidad de vida desde la vanguardia sanitaria.

NUÉVAS TECNOLOGÍAS

El último busca transformar los procesos de los servicios públicos, para mejorar los resultados en salud y facilitar la experiencia de la ciudadanía.

ENTREVISTA Sobrecarga de trabajo, nulo reconocimiento, remuneración inadecuada, especialidades y leyes prometidas que nunca llegan... las enfermeras están al límite. La prueba, «un 39% abandonaría la profesión en los próximos diez años», alertan desde SATSE

ISABEL
MADRIGAL

DELEGADA DE
SATSE EN SORIA

«Llevamos años denunciando el déficit de profesionales. En Soria harían falta unas cien enfermeras para alcanzar la media de la UE»

N.Z. / SORIA

Las enfermeras llevan años denunciando una situación límite, con plantillas insuficientes y una carga laboral insostenible. Ahora, un informe del Ministerio de Sanidad pone números al déficit. Por cada tres profesionales que hay en la sanidad (pública y privada) haría falta otra más para llegar a los estándares que marca la Unión Europea y prestar la atención que los pacientes necesitan. Dicho de otro modo, tres enfermeras hacen el trabajo que requeriría de cuatro profesionales.

El sindicato SATSE (Sindicato de Asistentes Técnicos-Sanitarios de España) aglutina a las enfermeras y fisioterapeutas que trabajan en servicios de salud públicos y privados, en Atención Primaria, hospitales, clínicas, el 112, centros sociosanitarios... por lo que conocen a la perfección la realidad que viven los profesionales sanitarios. La delegada de SATSE en Soria, Isabel Madrigal, analiza la situación en la provincia.

Según Sanidad, hacen falta 100.000 enfermeras en España para alcanzar la media de la Unión Europea. ¿Qué déficit de enfermeras calculan desde SATSE que hay en Soria?

Para empezar, valoramos muy positivamente el hecho de que el Ministerio de Sanidad haya hecho este estudio, porque hasta ahora siempre decían que era algo puntual. Ahora, ellos mismos validan que esa falta de profesionales es estructural y crónica, algo que desde SATSE llevamos años denunciando.

No obstante, nos entristece que hayan tardado tanto en verlo porque, si se hubieran adoptado las medidas antes, se hubiera podido revertir ya la situación. Ahora estamos en una situación muy crítica de falta de profesionales, aunque más vale tarde que nunca. Esperamos que, una vez han hecho el diagnóstico, empiecen a poner medidas serias.

En Soria estamos en la media de España. Hay estudios del Colegio de Enfermería y de SATSE y las cifras oscilan un poco según cómo se analicen pero, de media, se podría decir que faltan unas cien enfermeras.

Hablamos de un déficit de cien profesionales ¿sobre qué plantilla?

La plantilla en Atención Primaria es

La sobrecarga de trabajo desencadena en estrés, síndrome del trabajador quemado... y desmotivación y descontento generalizado

Los profesionales no sienten su trabajo reconocido

de 134 (100 de equipo y 34 de área); en el hospital son unas 300; y en residencias son 28 (diez en la Diputación y 18 en Servicios Sociales -Los Reales y el CAMP Ángel de la Guarda-). Luego quedaría lo que hay en privadas.

En SATSE aglutinamos a las profesiones de enfermería y fisioterapia, donde también hay un déficit importante en la sanidad pública.

Empecemos por el sector público. Si tuviera que hacer una radiografía de situación, ¿cómo sería?

La queja general que nos llega es una falta de profesionales importante. Las plantillas o las RPT (Relación de Puestos de Trabajos) son muy escasas, muy ajustadas y, cuando hay periodos vacacionales, permisos, excedencias..., afecta mucho porque esas vacantes no se cubren y, sobre plantillas mínimas, la sobrecarga laboral es importante. El problema es que no es una situación puntual, porque 15-20 días de sobrecarga lo asume todo el mundo. Son situaciones que se extienden en el tiempo, cronificadas.

Uno de los problemas radica en que se sustituye sobre el 75% y se debería sustituir sobre el 100%. En verano, por ejemplo, en el hospital, si salen tres personas de vacaciones, solo se sustituyen dos. Al final, para poder

irte de vacaciones terminas trabajando muchos más días en los días que no te vas.

Se cubre el mínimo legal y hay una sobrecarga de trabajo diaria y continuada en el tiempo.

¿Comparten las problemáticas las enfermeras de Primaria y Hospitalaria, o son casuísticas diferentes?

En Primaria hay una sobrecarga pero el problema sobre todo es la dispersión geográfica. Los profesionales tienen que hacer muchos kilómetros para atender a sus pacientes. Y luego hay una queja que recibimos habitualmente que se refiere a que no está desarrollada la especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria.

En Especializada, a la escasez de plantillas se une que hay una mayor exposición a los turnos y a la nocturnidad, lo que está demostrado que incrementa las patologías. Hay también una mayor exposición al sufrimiento y a la muerte. Y hay además una gran precariedad y es relativamente habitual que, ante cambios de turnos, te avisen de que tienes que ir a trabajar [en turnos que inicialmente no tenías previstos]. Todo eso al final dificulta mucho la conciliación de la vida laboral y familiar. Ya de por sí hacer turnos, lo difícil, pero si además te cambian de un día para otro... la situación se complica aún más.

En enfermería de Servicios Sociales, ¿cuál es la situación?

Enfermería es una profesión vocacional pero Servicios Sociales atiende a un colectivo muy concreto (personas mayores y discapacitadas), y hay profesionales que no quieren trabajar en ese ámbito. Esto supone que, al problema de plantillas reducidas que sufrimos en general, en Servicios Sociales se suma que mucha gente no quiere trabajar allí, que además las bolsas se agotan rápido... de modo que todavía hay más dificultad.

Hasta el Defensor del Pueblo ha hecho informes al respecto de la carencia de medios que venimos denunciando desde hace años en este sector pero, como no es vinculante, no se ha hecho nada. Si Sacyl es la hermana mayor, Servicios Sociales es la hermana pequeña de la Enfermería.

¿Cambia la situación en las residencias públicas y en las privadas?

En Servicios Sociales hay que distinguir las residencias públicas (las de la Diputación y las de Gerencia de Ser-

vicios Sociales) de las privadas. En la Diputación han anunciado que van a hacer un estudio de sus residencias, pero parece que lo vinculan a las pérdidas económicas que hay en esos centros, y ese no debe ser el punto de partida, ya que a veces tiene que haber pérdidas para dar unos servicios esenciales.

En cuanto a Servicios Sociales, hemos luchado mucho con la nueva normativa autonómica. SATSE ha logrado echar para atrás dos reales decretos, pero el último lo han publicado como ley y ya no ha habido manera de impugnarlo. El problema es que, con esa nueva norma, ya no hay ratios de profesionales de Enfermería y de Fisioterapia por usuario, sino que hay ratio de trabajadores en general, sin distinguir por ámbito profesional. Eso puede suponer que, con técnicos de formación media, se pueda cubrir el grueso de las plantillas.

Y una problemática que hemos detectado que se va a producir con esta situación es que los usuarios de Servicios Sociales, por lo general, tienen pluripatologías y precisan de tratamientos, curas, controles... de forma continuada. Si no hay enfermeras ni médicos en las residencias, ese trabajo lo tendrán que asumir los centros de salud. En poblaciones rurales donde haya residencias todo ese trabajo va a recaer en los centros de salud, y las administraciones se tendrán que poner de acuerdo para potenciar esos centros de salud con plantillas reguladas o para mejorar la situación de las residencias, porque la calidad de los cuidados hay que darla.

Otro tema que afecta a las enfermeras de las residencias de personas mayores es que no está desarrollada la especialidad de Geriátrica. Ni lo han considerado ni lo han contemplado.

¿Y en las residencias privadas? ¿Cuál es la situación?

El sector privado ya ni te cuento. Están regulados por convenios que son mucho más restrictivos en cuanto a permisos y demás. Las remuneraciones son menores y, además, te estancas en el desarrollo profesional ya que no te facilitan poder participar en cursos de formación, cuando estamos hablando de profesiones (tanto enfermería como fisioterapia) en continuo aprendizaje. Y, además, lo trabajado en lo privado cuenta muy poco de cara a oposiciones.

En lo que se refiere a Fisioterapia,

además, se hacen unos contratos de muy pocas horas, lo justo para cubrir el expediente. Se publicita muy bien (tanto en la privada como en la pública) que hay servicio de fisio, pero luego la realidad es que los servicios son limitados.

Tener Facultad de Ciencias de la Salud en una provincia suele ser garantía de que hay profesionales disponibles. En Soria muchas veces se agotan las bolsas. ¿Es necesario aumentar las plazas?

Evidentemente, que Soria cuente con estudios de Enfermería y de Fisioterapia nos garantiza que, cada vez que salen egresados, tengamos cierta ventaja. Pero hay que tener en cuenta también que Soria es limítrofe con varias comunidades autónomas y muchos estudiantes son de esos lugares, de modo que, cuando terminan sus estudios, se van.

El año pasado, de 60 estudiantes de Enfermería, se logró retener 20, que eran de Soria. De Fisioterapia el año pasado solo había una persona de Soria en cuarto curso.

La declaración del complejo hospitalario como 'universitario', ¿no sirve de reclamo?

La teoría es que esta consideración sí que facilita el desarrollo profesional y las actividades tanto docentes como investigadores de sus profesionales, de modo que sí que podría ser un incentivo para sus profesionales y fijar talento. Pero realmente la declaración es todavía reciente (en 2022) para ver el efecto.

Luego también se han hecho planes de fidelización, porque hay dificultades para retener a las personas que se han formado aquí, pero tendremos que ver los resultados a medio plazo. Es pronto todavía.

Hablamos de plantillas insuficientes pero la problemática no se queda 'solo' ahí. En líneas generales, ¿cuáles son las condiciones laborales del colectivo?

La sobrecarga de trabajo al final desencadena en estrés crónico, ansiedad, síndrome del trabajador quemado... y hay una desmotivación y descontento generalizado. Y algo muy importante también es que los profesionales no sienten reconocido su trabajo. En Primaria, y sobre todo en lo rural, es cierto que hay un contacto más cercano con los pacientes y, a veces, sí se sienten más reconoci-



EUGENIO GUTIÉRREZ

dos por ellos; pero no por la administración. Pero en el hospital, donde vas siempre corriendo, eso no se da.

Tampoco se siente en la profesión que las remuneraciones económicas sean adecuadas. Algo se ha mejorado, ya que se ha instaurado la carrera profesional en Servicios Sociales, hemos conseguido que se incremente la hora continuada y los sábados... pero queda mucho por hacer.

Es una profesión vocacional pero se ha convertido en una carrera de obstáculos. Según datos nacionales, casi el 40% de las enfermeras españolas ha manifestado la intención de dejar la profesión en los próximos diez años. En Soria, ¿se conoce este dato? Hemos hecho encuestas recientemente y ha salido que un 39% abandonarían la profesión en los próximos diez años.

Hablamos de una situación laboral pero no hay que ignorar que, además, este déficit de personal hace mella en el Sistema Nacional de Salud y, por tanto, en los cuidados de la población. En sus manos hay vidas, ¿cómo repercute todo esto en el bienestar de los pacientes?

Afecta y mucho. Afecta en varios aspectos. El primero es el riesgo de sa-

lud y seguridad del paciente, con una mayor morbimortalidad. Hay estudios que demuestran que un mayor número de pacientes por enfermera conlleva una mayor morbilidad y mortalidad, una detección tardía de complicaciones, y errores.

Además, esto afecta a la calidad de la atención, con tiempos de espera prolongados. Los pacientes se enfrentan a mayores demoras para obtener citas, diagnósticos y tratamientos, lo que puede empeorar su condición médica. También implica una atención menos personalizada y un seguimiento inadecuado. En Atención Primaria, en Fisioterapia, la lista de espera en España es de 43.000 pacientes. Cuando hay una lista de espera tan larga, los pacientes sienten una situación de abandono.

En cuanto al acceso a la atención médica, en ocasiones se ha dado el cierre de servicios por no haber personal. Hay una desigualdad en la atención. La administración habla de reorganización pero realmente son cierres, y aquí lo hemos vivido con cierres de plantas en el hospital.

Y, respecto al bienestar de los pacientes y su salud mental, la incertidumbre de no saber cuándo les van a atender genera ansiedad, estrés, una pérdida de confianza en el sistema

sanitario, complicaciones evitables y costes adicionales.

En fisioterapia, por ejemplo, está demostrado que una actuación precoz puede evitar que un problema se cronifique, por lo que sería interesante potenciar las plantillas de fisioterapia en Primaria. Se subsanaría mucha patología a tiempo y, con ello, se evitaría también mucho absentismo laboral, lo que redundaría en la sanidad y reduciría los costes por bajas y demás. Al final mucha gente acaba yendo al fisio a nivel privado...

¿Cuál es la ratio recomendada y cuál es la ratio con la que trabajan?

La ratio recomendada por varios estudios científicos es de entre seis y ocho pacientes por enfermera, pero es cierto que depende de la unidad, del grado de patología... Y lo que tenemos actualmente es prácticamente el doble, 15 pacientes por enfermera.

¿Qué expectativas de futuro tienen desde SATSE? Porque, volviendo al principio de esta conversación, ahora ha sido el propio Ministerio quien ha diagnosticado el problema de déficit de personal...

En ese sentido estamos contentos porque ellos mismos han evidenciado el problema y entendemos que, si

lo diagnostican y lo plasman en un informe, es porque van a poner soluciones. Tienen que tomar medidas drásticas y, obviamente, pasan por aumentar profesionales. Entre otras medidas hay que aumentar las plazas en las universidades para que haya más profesionales. Pero también hay que evitar que los que están se quieran ir antes de tiempo. Nos gusta la profesión, porque es vocacional, pero la gente está al límite.

Llevamos años hablando de la Ley de Seguridad del Paciente, una ley que busca garantizar unos cuidados seguros y de calidad y tener unas plantillas enfermeras adecuadas en los servicios de salud. ¿Hasta qué punto es necesaria esa nueva norma?

Para nosotros es muy importante y pongo un ejemplo para que se entienda. Cuando yo estudiaba EGB éramos 45 en clase. Cambió la Ley de Educación y ahora son, como máximo, 22 alumnos por aula en Infantil y Primaria, 27 en Secundaria, y 32 en Bachillerato. A nadie se le pasa por la cabeza plantear que ahora las aulas sean de 50 alumnos, porque se entiende que eso repercute en la calidad. Lo mismo se puede trasladar a la Sanidad. La enfermera tiene que tener unas ratios adecuadas para po-

der prestar el servicio al paciente como se debe.

¿Cuáles son los retos del colectivo?

Desde que soy enfermera y desde que estoy en el sindicato las quejas se repiten: falta de profesionales, estrés, no reconocimiento, retribuciones... Es necesario mejorar las plantillas, que se apruebe la Ley de Seguridad del Paciente, la reclasificación profesional, el desarrollo de las especialidades, la jubilación anticipada, aumentar las plazas en las universidades...

En lo que se refiere a retribuciones, ahora estamos con la campaña para recuperar las pagas extras. Cuando hubo la crisis, con la Ley de Medidas, se recortaron las pagas extras a un 70%. En otros servicios se han recuperado ya, pero en Sanidad no. Entendimos en su momento que había crisis y todos teníamos que apoyar. Lo hicimos, pero ahora no entendemos que se mantenga este recorte. Son como 300 euros por paga extra, es decir, 600 al año. Desde 2010 hasta 2024 es mucho dinero, mucha pérdida de poder adquisitivo.

Espero que ahora que Sanidad a hecho un diagnóstico... ponga las medidas estructurales adecuadas y no se quede en un parche.

Un aliado contra la anemia

Un grupo liderado por Ana Soriano y María Inmaculada López, investigadoras de la Universidad de Granada, ha investigado los efectos del consumo de una dieta basada en leche de cabra fermentada en forma de yogur en un modelo animal de anemia por deficiencia de hierro, relacionando las propiedades de mejora de la salud intestinal de esta leche con la recuperación de esa anemia ferropénica, la más común en el mundo.



4

DE CADA 10 pacientes tratados con quimioterapia a nivel mundial padece dolor nervioso periférico severo y persistente (neuropatía). Conocerlo es fundamental para promover el diagnóstico temprano y desarrollar estrategias de tratamiento personalizadas.

ENTREVISTA Mantener a raya la insulina a través de la combinación adecuada de hidratos de carbono y proteínas es la receta que recomienda esta experta tras 20 años de experiencia en su consulta, no solo para adelgazar sino para tener una alimentación sana

ÁNGELA QUINTAS

NUTRICIONISTA

«Comer saludable es caro. La proteína sube mucho la cesta de la compra»

MARÍA ALBILLA (SPC)

A estas alturas, habrá quien ya haya tirado la toalla de los propósitos de año nuevo entre los que suele estar bajar esos kilos posnavideños que empiezan a estorbar cuando uno pone la mirada en el deseado verano, pero la clave para conseguirlo no está en pensar a corto plazo, sino en comprometerse con la salud. De eso sabe mucho la nutricionista Ángela Quintas, que aporta las claves para controlar la inflamación, el peso y los picos de insulina en su último libro, *De la boca a tu salud*.

¿Cuál es la clave para mantener en el tiempo la buena alimentación que nos solemos proponer en enero?

Sobre todo, no buscar soluciones rápidas. Si nos ponemos objetivos que no son factibles, no lo vamos a poder mantener en el tiempo. Hay que tener unas metas realistas que se adapten a nosotros.

No hay fórmulas mágicas, suele decir, solo entender el funcionamiento de nuestro cuerpo para tomar decisiones conscientes.

Ojalá existieran las fórmulas mágicas... Uno debe conocer antes de empezar cómo está y es que hay mucha gente que lo desconoce, que no es consciente del sobrepeso que tiene y el riesgo que supone para su salud la grasa visceral que tiene, por ejemplo, en la tripa.

¿Por qué cuesta tanto la adherencia a las rutinas saludables?

Vivimos en un mundo lleno de tentaciones. Todos los alimentos ultraprocesados de los que solemos hablar, que están llenos de grasas y azúcares, están muy ricos, son muy palatables y producen placer cuando los comemos. Además, vivimos en un país en el que todo lo celebramos alrededor de una mesa. Un tercer factor es el hambre emocional, es decir, las recompensas que nos damos cuando hemos tenido un día maravilloso y lo que

Estamos viendo enfermedades en edades muy tempranas que hace unos años no veíamos, como la diabetes tipo 2

El ayuno, bien pautado, me parece fenomenal

En la menopausia es muy importante un buen aporte de vitamina D



nos merecemos también cuando las cosas han ido mal. Gestionar y controlar todo esto es realmente complicado.

¿Qué hacemos peor, comer mal o ser demasiado sedentarios?

Comer desde luego no lo hacemos bien y si contamos que es algo que se repite entre tres y cinco veces al día, ya vamos mal. Tampoco destacamos en el deporte, no... Pero hay que ser consciente de que hay que hacerlo adecuado a cada uno. A veces vienen a la consulta pacientes con un sobrepeso tremendo y me dicen que van a empezar a correr... Hay que tener cuidado. Lo que sí o

sí podemos hacer es cambiar la alimentación.

Los datos de obesidad y sobrepeso son alarmantes. Hablamos del 63,7 por ciento de los hombres, el 48,4 por ciento de las mujeres y 40,6 de los niños. Esto es mucho más que bajar cinco kilos...

Lo de los niños es increíble. Además estamos viendo enfermedades en edades muy tempranas que hace unos años no veíamos, como la diabetes tipo 2. Como madre de un hijo adolescente, muchas veces me planteo qué va a pasar con esta generación cuando lleguen a adultos. Mi generación, al menos, co-

mía bien antes, pero ellos no tienen esa herencia que nosotros sí hemos tenido.

¿Estos malos hábitos están relacionados con la condición económica de las familias?

Todo va unido. Comer saludable es caro, sobre todo porque la proteína es bastante costosa y sube mucho la cesta de la compra, pero nosotros estamos viendo sobrepeso en niños de 12 o 13 años a los que no serviría de nada tratar en la consulta si no se hace a la familia en global, porque ese niño está comiendo lo que come la familia y ahí hay que repasar todo su entorno. Conseguir una

merienda saludable con dos euros es mucho más complicado que comprar bollos, así que sí, el factor económico es importante.

Para usted el control de los picos de insulina es clave en una dieta correcta. ¿Por qué?

Después de llevar más de 20 años en esto, me he dado cuenta de que las dietas de control de insulina crean una adherencia bastante importante. Las personas que la hacen sienten una situación de bienestar que les hacen querer mantenerla en el tiempo. Además no son restrictivas ni locas.

Esta pauta alimentaria no tiene que ser solo para bajar peso, hay gente que la usa para comer cada día porque te mantiene activo y sin los bajones típicos de insulina habituales después de las comidas.

¿Cree que se están demonizando en la actualidad los hidratos de carbono en pos de la proteína?

La gente se piensa que los hidratos de carbono son solo el arroz y la pasta, pero también entran aquí las frutas y las verduras. Cuando quieres bajar peso se suelen bajar los hidratos de carga glucémica alta, pero los introducimos combinándolos con una proteína. Ahí está el secreto. O en hacer un almidón resistente, es decir, cuando cuezo el hidrato, lo dejo enfriar y me lo tomo en forma de ensalada, por ejemplo. Ahí estoy reduciendo mucho la aportación del hidrato.

Habla de no dejar pasar más de una hora desde que nos levantamos hasta ingerir algún alimento. ¿Qué opina entonces del ayuno intermitente?

Es cierto que está probado científicamente que el ayuno intermitente funciona, pero es verdad también que, desde mi punto de vista, se está malinterpretando porque hay gente que hace una cena a las 20,00 horas y ayuna hasta las 14,00 horas del día siguiente, pero lo rompe comiendo lo que quiere. Y eso no es, no es real. Estupendo que dejes descansar a tu páncreas en la ventana que se decide, pero cuando te estás alimentando no lo puedes hacer con productos que sean de mala calidad. Si lo vas a hacer bien pautado, me parece fenomenal.

Así que el ayuno sí sería compatible con una dieta de control de la insulina.

Sí, siempre que esté bien pautado.

¿Sucede lo mismo con lo de hacer deporte con el estómago vacío?

EXPERTOS LLEGAN A UN CONSENSO GLOBAL QUE APUNTA QUE EL EJERCICIO FÍSICO ES ESENCIAL PARA LOGRAR UNA LONGEVIDAD SALUDABLE

Un panel formado por 34 expertos de 26 instituciones internacionales ha publicado un consenso global sobre el ejercicio físico -un acuerdo basado en la evidencia científica-, que revela que «no solo mejora la calidad de vida de los adultos mayores, sino que también es una herramienta esencial para prevenir enfermedades y fomentar una longevidad saludable». El Consenso



global sobre recomendaciones óptimas de ejercicio para promover una longevidad saludable en personas mayores se publicó en *The Journal of Nutrition, Health and Aging* y está disponible para consultar en línea en acceso libre. El documento ofrece respuestas claras y basadas en la evidencia. Además, hace un llamamiento a gobiernos, profesionales sanitarios, educadores físico-deportivos, entrenadores y a la sociedad en general para adoptar este enfoque como una estrategia efectiva de promoción de la salud y bienestar. Estas recomendaciones, respaldadas por un panel internacional de expertos, establecen un marco clave para transformar el concepto de envejecimiento.

Hombre, no te vas a comer un cocido antes de ir a hacer deporte, pero sí convendría tener cierta cantidad de hidrato de carbono almacenada en el músculo en forma de glucógeno para que sea lo primero que utilice el cuerpo cuando empiece a hacer deporte. Luego ya tu cuerpo tendrá la capacidad de usar la grasa como fuente de energía.

¿Es importante adaptar la dieta a cada uno en función de su edad? En el libro esta vez he hecho un apartado de un tema que no había tratado nunca como es la dieta en los adolescentes, que necesitan un aporte importante de hidratos de carbono y proteína a mediodía, mientras que en las personas mayores cuando hay ya falta de dentición y no hay ganas de comer suele haber déficit de proteína que se podría suplir con proteína en polvo y no pasa absolutamente nada. Imagínate, una crema de verduras con proteína de guisante. Sería perfecto.

En el embarazo, sin embargo, siempre hemos sido muy conscientes de que las pautas de alimentación deben cambiar. Sí, ahí éramos bastante conscientes, pero por qué no ir adaptándolo a las diferentes etapas de la vida ahora que ya sabemos que puede ser bueno.

¿Qué sucede en la menopausia? Muy muy importante la dieta en la menopausia. La mayoría de mis pacientes son mujeres y muchas están en la perimenopausia o menopausia y lo primero que les digo es que deben conocer los síntomas de esta etapa que no son los mismos para todas, pero sí suele aumentar el colesterol, la grasa abdominal... En este período, por ejemplo, sí es muy importante un buen aporte de vitamina D porque la caída de estrógenos hace que empeore la calidad ósea.

Hemos hablado mucho de la dieta de control de la insulina, pero luego están las antiinflamatorias, las antioxidantes... ¿no se puede simplificar un poco todo esto? Realmente lo que hay que hacer es llevar una alimentación variada, que lleve frutas y verduras, que elimine los ultraprocesados, los alimentos ricos en grasas que no son del todo correctas, usar alimentos integrales, beber suficiente agua, que a veces se nos olvida...

Dejar los ultraprocesados... Llevamos años con este mantra... pero la industria es más fuerte. ¡Es que son muy palatables! Pero la gente tiene que ser consciente de que no puede consumir esos alimentos todos los días porque les van a pasar factura.

POLÍTICA SANITARIA | UNA CONTRIBUCIÓN DE 1.284 MILLONES

EL GOLPE MÁS DURO PARA LA OMS

La decisión del presidente de EEUU de no financiar a la entidad llega con el país liderando los casos de gripe aviar en el mundo

ANTONIO BROTO (EFE)

La salida de EEUU de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de las primeras decisiones anunciadas por el presidente Donald Trump al comenzar su segundo mandato, será un duro golpe financiero para una de las agencias más activas y necesarias en el sistema multilateral, particularmente tras la pandemia de covid-19.

Estados Unidos es de largo el principal socio financiero de la OMS, con una contribución de 1.284 millones de dólares (aproximadamente el 18 por ciento del presupuesto total de la agencia) en 2022-2023, por encima de los 856 millones de dólares de Alemania y los 468 millones de la Unión Europea, que completan el top 3. No obstante, en la agencia sanitaria de la ONU son altamente importantes también las contribuciones de actores no estatales como la Fundación Bill & Melinda Gates (830 millones de dólares) y la Alianza para las Vacunas GAVI (481 millones de dólares), entre otras.

La salida de la OMS anunciada por Trump, que no hace sino



El virus H5N1 es el máximo candidato a protagonizar futuras pandemias.

continuar la que ya prometió en su primer mandato -interrumpida por el ascenso al poder de Joe Biden- llega además en un momento delicado, después de que Estados Unidos fuera el pasado año el país con más casos en el mundo de gripe aviar.

El virus H5N1 que la provoca es uno de los patógenos que los expertos ven como máximo candidato a protagonizar futuras epidemias si logra mutar para poder transmitirse entre humanos.

La semana pasada, la entidad

mundial recordó que en 2024 EEUU registró 66 de los 81 casos de gripe aviar (H5N1) en humanos, la cifra más alta desde 2015, y la mayoría por un inquietante cauce hasta entonces nunca visto, desde ganado vacuno al hombre en granjas lecheras.

«Cada transmisión entre unos animales y otros, o a humanos, es una oportunidad para que el virus sufra mutaciones o se mezcle con otros virus gripales», advirtió entonces el director general, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

ESTUDIO | UN DATO CURIOSO CONTRASTADO POR LA CIENCIA

¿Busca una pareja más joven? Lo hacen todos, aunque no lo digan

AGENCIAS

Tanto los hombres como las mujeres se sienten atraídos por parejas más jóvenes, se den cuenta o no, según concluye un estudio de la Universidad de California Davis (Estados Unidos), sobre 4.500 citas a ciegas de personas que buscaban una pareja a largo plazo. El trabajo ha sido publicado en la revista *Proceedings of the National Academy of Sciences*.

«Después de una cita a ciegas, los participantes se sintieron ligeramente más atraídos por parejas más jóvenes, y esta tendencia fue igualmente cierta para hombres y mujeres», afirmaba Paul Eastwick, profesor de psicología de UC Davis y autor principal del estudio. «Esta preferencia por la juventud entre las mujeres resultará chocante para muchas personas, porque en las parejas mixtas, los hombres tien-

den a ser mayores que ellas. Además, las mujeres generalmente dicen que prefieren parejas mayores», reexamina Eastwick.

«Pero las preferencias de las féminas en las citas en sí mismas revelaron algo completamente diferente».

Este estudio abarcó un rango de edad de entre 22 y 85 años y es la primera investigación que examina el vínculo entre la edad de la pareja y el deseo romántico.

Toque de queda digital para los jóvenes

«El móvil con conexión a internet es una droga» que está causando una epidemia de enfermedades mentales en los menores, adictos a las redes sociales y a la pornografía. Para el catedrático de Salud Pública de la Universidad de Navarra, Miguel Ángel Martínez-González, es necesario que en los hogares se tomen medidas para atajar la adicción a las pantallas, que pueden ir desde no permitir el uso del teléfono inteligente hasta los 18 años a imponer un toque de queda digital nocturno.

Y estas medidas contra la adicción las explica en su nuevo libro *12 soluciones para superar los retos de las pantallas*, mientras reclama a las autoridades que tomen medidas más severas porque «ya vamos tarde».

El médico especializado en medicina preventiva y salud pública insiste en que las consultas de los psiquiatras y psicólogos están llenas de niños, adolescentes y jóvenes con depresión, ansiedad, anorexia nerviosa, déficit de atención, autolesiones y, lo más grave, un aumento de los suicidios, en especial entre la generación Z (nacidos a partir de 1995), «la más depresiva de la historia».

Reclama a las autoridades que prohíban el uso de los móviles inteligentes por debajo de los 16 años, aunque él propone que suba hasta los 18, y que se ponga veto a la pornografía y su libre acceso. Pero mientras hay que tomar cartas en el asunto en casa, con unos hijos e hijas que han sido secuestrados por los algoritmos.

17 FÁRMACOS

España ha financiado 17 nuevos medicamentos huérfanos autorizados por la UE durante 2024, lo que supone un ligero descenso respecto al año anterior, cuando se batió el récord con 21 fármacos de este tipo financiados, según un informe publicado recientemente.

CASTILLA Y LEÓN

Un millar de mutualistas se pasan al Sacyl y no podrán volver en un año a Muface

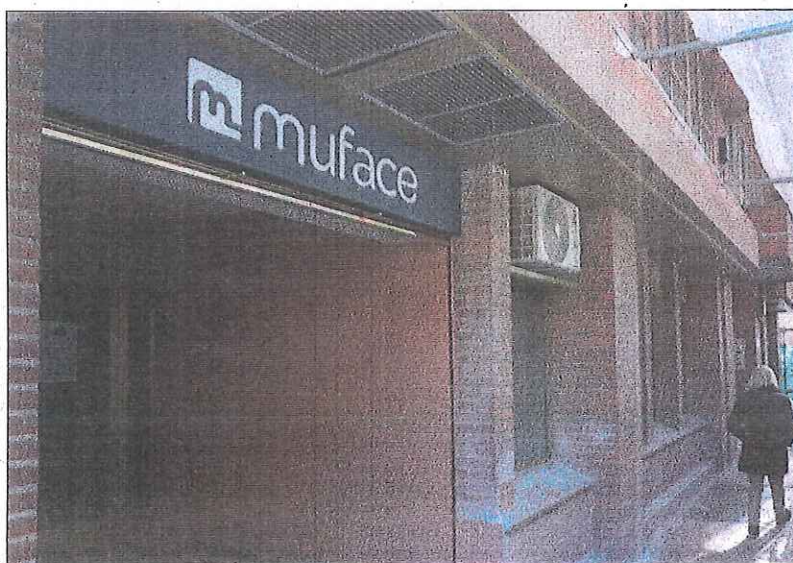
● Sanidad preveía una mayor «avalancha» en el traspaso de los funcionarios con asistencia privada al servicio público de salud de Castilla y León que, de no arreglarse el concierto con las aseguradoras, absorbería a otros 75.000 funcionarios

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
Elegir entre atención sanitaria pública o concertada. Dos opciones entre las que se vieron desembocados a elegir los mutualistas de Muface tras la crisis del modelo. En concreto, hasta 76.682 funcionarios en Castilla y León estaban en vilo por sus futuras condiciones, mientras el sistema público de Sanidad empezaba a temblar por la posible recepción de nuevas altas y el consecuente colapso de las listas de espera. Pero esa amenaza parece rebajarse tras ser 1.006 los mutualistas que se han pasado al Sacyl.

Cuando las aseguradoras DKV, Asisa y Adeslas plantaron a Muface y su nuevo concierto para los años 2025 y 2026, las razones coincidían para las tres compañías: la insuficiente subida en las primas que sería insuficiente tanto para paliar las pérdidas como para garantizar la vigencia de sus negociaciones. Pese a quedar desierta la licitación, la mutualidad garantizó que mantendría «la atención médica y asistencial en los términos actuales» y «con posterioridad a la fecha de finalización del concierto con arreglo a los mecanismos previstos en la Ley de Contratos del sector público». Es decir, la continuidad de servicio tuvo efectos desde el 1 de enero y se mantiene así hasta que exista un nuevo concierto en vigor.

Por tanto, mientras el ministro de Transformación Digital y Función Pública, Óscar López, ha tratado de encontrar la fórmula para conseguir el paso atrás de Asisa, Adeslas y DKV, cada funcionario ha tenido -y tiene- total libertad de elección para elegir el cambio ordinario desde una de esas entidades concertadas a los servicios públicos de salud de comunidades y ciudades autónomas.

En una hipotética incorporación de la totalidad de la población mutualista de Muface con cobertura asociada a una de esas tres aseguradoras, el incremento fijado por el Gobierno de España sería del



Oficinas de Muface en Valladolid ubicadas en el Paseo del Hospital Militar. ICAL

2,12% en el número de personas que recibirían prestación sanitaria pública. Y de todas las comunidades, Castilla y León sería la que mayor impacto recibiría al tener que sumar un 3,12% de población mutualista con asistencia privada siendo, además, la que lo haría con uno de los porcentajes más altos sobre funcionarios mayores de 65 años, con un 35,84% integrados en esta franja de edad.

Si Muface llegara a su final, el traspaso de 76.682 cartillas sanitarias repercutirá en las áreas de salud de Castilla y León, siendo Valladolid la más perjudicada con 15.446 funcionarios que pasarían de golpe al sistema público (6.605 procedentes de Adeslas, 2.869 de Asisa y 1.781 de DKV); seguida Ávila, con 13.975 (10.211 de Adeslas, 3.083 de Asisa y 681 de DKV); León, con 12.684 (4.147 de Adeslas, 4.963 de Asisa y 424 de DKV); Salamanca, con 11.295 (6.663 de Adeslas, 1.020 de Asisa y 3.612 de DKV);

Burgos, con 6.361 (4.859 de Adeslas, 717 de Asisa y 785 de DKV); Segovia, con 4.609 (2.774 de Adeslas, 1.475 de Asisa y 360 de DKV); y Soria, con 3.131 (380 de Adeslas, 1.969 de Asisa y 782 de DKV).

SIN «AVALANCHA»

Las hipótesis, sin embargo, se quedaron en eso, en hipótesis. Y es que el traspaso contabilizado hasta el momento únicamente engloba al 1,3% de funcionarios con sanidad privada en Castilla y León, lo que se traduce en 1.006 nuevas altas en Sacyl y que no significa la «avalancha» que tenía prevista la Consejería de Sanidad.

Un millar de personas que se unen de forma automática a las 33.454 personas inscritas al INSS, si bien el Gobierno informa que «durante el mes de enero podrán revertir su decisión en el segundo plazo», que empezará a estar vigente a partir de la publicación del nuevo concierto. En caso de no pre-

sentarse la solicitud, los funcionarios que quieran volver a estar inscritos en una entidad aseguradora hasta dentro de un año al mantenerse la cobertura hasta el 31 de diciembre.

UNA PRIMA RÉCORD

A falta de conocer cómo quedará la distribución final del colectivo por entidad médica, la rebaja de las tensiones entre el Gobierno y las tres aseguradoras parece resolverse con la aprobación del Gobierno de un aumento del 41,2% en la prima que paga por los servicios de Muface. De este modo, el importe total del presupuesto del contrato, una vez modificado el precio, asciende a 4.808,5 millones de euros, 1.276,5 millones de euros más que el concierto vigente. «El Gobierno de España ha salvado el futuro de Muface», declaró ante ese incremento el ministro Óscar López.

La que es la mayor prima del sec-

tor asegurador para los tres años de duración del convenio (2025-2027) permitirá que la cobertura privada, previsiblemente, vuelva a registrar cifras similares previo al peligro de desmantelamiento de Muface.

Si llegar todavía al anuncio del nuevo concierto, el acercamiento de posturas con el Gobierno ya parecen contar con el «sí» de Adeslas a la licitación, al menos si se consolidan los avances comunicados por el ministro Óscar López, y que resulta clave debido a que es la aseguradora con más peso en Muface, con 508.703 mutualistas. «Adeslas quiere manifestar su positiva valoración de los cambios introducidos en la licitación y mostramos la confianza en la viabilidad del convenio para la atención sanitaria de los mutualistas de Muface para los próximos tres años», reflejó la entidad en un comunicado.

Si bien desde Adeslas explicaron que todavía tienen que conocer los pliegos y el rumbo elegido por la dirección de la compañía, consideran que el aumento 1.276,5 millones de euros respecto al concierto vigente «recoge un necesario de incremento de la financiación para poder alcanzar el objetivo de tener pérdidas en el nuevo concierto».

Conviene recordar que Adeslas informó que con las condiciones del anterior contrato tendrían unas pérdidas de 250 millones en los tres años que duraría el convenio, hasta 2027. «Lleva años siendo deficitario y, por ello, otras importantes aseguradoras han ido dejando estos contratos y fueron abandonando el sistema», reflejaron en su momento.

No estará sola en su esperado «sí», y es que Asisa también para retroceder en el que parecía su separación definitiva con Muface. «Creemos que las condiciones establecidas en la licitación son insuficientes y no permiten mantener la actual calidad asistencial. A pesar de nuestra firme voluntad de man-

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosko

CASTILLA Y LEÓN



El científico y activista mirandés Dabiz Riaño, en la entrada del CREER, en Burgos. SANTI OTERO

DIEGO SANTAMARÍA BURGOS
Cambiar la realidad requiere movimiento. Aunque sea desde una silla de ruedas. Bien lo sabe el científico y activista mirandés Dabiz Riaño, enfermo de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) desde hace 15 años. Lejos de resignarse, compagina su trabajo como investigador en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) con una incansable labor en defensa de las personas con diversidad funcional. Desde múltiples frentes. A base de documentales, actos de protesta y proyectos de divulgación para sortear barreras arquitectónicas. Su última gesta, a raíz de «compartir tiempo y experiencias» con usuarios y asociaciones, ha consistido en promover una Comisión de Derechos Humanos en el seno del Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias (CREER), ubicado en Burgos.

No está solo este Quijote. Ya en 2023, logró recabar el apoyo de 92 entidades de todo el país para exigir la restauración del Programa de Respirio Familiar y los encuentros de asociaciones tras su abrupta eliminación por la pandemia. Logró parcialmente sus objetivos, pero nunca se conformó y sigue luchando al considerar que el centro está «tremendamente infrautilizado». Al mismo tiempo, confía en que esta Comisión sirva para canalizar las quejas, necesidades y sugerencias de todos los usuarios. Para ello, el jueves difundió una encuesta con 10 cuestiones básicas sobre Derechos Humanos para determinar si realmente se respetan de puertas hacia dentro.

En menos de 24 horas, más de una treintena de asociaciones respondi-

Querer es CREER

EL COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS DEL CENTRO ESTATAL DE ENFERMEDADES Raras ARRANCA CON UNA ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS Y ASOCIACIONES

ron al llamamiento. Según Riaño, «muchas hablan de vulneraciones de derechos». No obstante, aún es demasiado pronto para extraer conclusiones. Su intención, avanza, es presentar públicamente los resultados en el CREER el 28 de febrero, coincidiendo con el Día Mundial de las Enfermedades Raras.

La petición ya ha sido remitida oficialmente al ministro de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, Pablo Bustinduy, la directora del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Immerso), María Teresa Sancho, el director del Real Patronato sobre Discapacidad y responsable de Servicios Sociales de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), Jesús Martín, y el director del CREER, Aitor Aparicio. De momento no ha recibido respuesta. Y si les denegaran el permiso, el Comité se plantearía la posibilidad de realizar la presentación a las puertas del centro o buscar cualquier otro espacio en Burgos. Lo que está claro es que «lo vamos a hacer».

«Tienen un mes de plazo, así que hay tiempo para encontrarnos un hueco», advierte Riaño mientras remarca que la solicitud es, al mismo

tiempo, una invitación a todas las personas a las que hizo llegar la misiva. «He hecho, le encantaría establecer un debate para analizar lo que depaen las encuestas, subsanar posibles deficiencias y mejorar el funcionamiento de las instalaciones».

La encuesta, «completamente abierta», no solo va destinada a usuarios y asociaciones. También se dirige a familiares, cuidadores y trabajadores del centro. Entre las preguntas, se aborda el cumplimiento o vulneración de derechos como el de accesibilidad, igualdad y no discriminación, libre opinión, privacidad o integridad física y mental. Para fomentar la participación y conocer en mayor profundidad la experiencia de los participantes, cada ítem incluye un apartado para describir «ejemplos concretos» en caso de que la respuesta sea afirmativa.

Con esta iniciativa, el Comité de Derechos Humanos de usuarios del CREER pretende «dar voz a todas esas personas que no tienen forma de decirlo que sienten aunque lo reclamen». Riaño intuye que la encuesta de maras levantará ampollas, pero cree que es la mejor opción para abrir cau-

ces de diálogo sobre la situación del CREER de cara a mejorar todo aquello susceptible de corregirse.

Pase lo que pase, con o sin permiso, los miembros del Comité están «dispuestos a llegar hasta el final». En esa línea, precisamente, Riaño sigue sin tirar la toalla al reclamar, por activa y por pasiva, que los encuentros de asociaciones no se limiten únicamente a los fines de semana. O a la hora de denunciar que el Programa Integral para la Promoción de la Autonomía Personal en Enfermedades Raras (Pipap), concebido para sustituir al de Respirio Familiar, «no se ajusta a las necesidades de las personas usuarias». Por no hablar del cierre de CREER durante los meses de verano, «los de mayor demanda de nuestro colectivo y con mejores condiciones climatológicas para ir a Burgos».

Mientras tanto, el activista mirandés continúa inmerso en múltiples proyectos. Entre ellos *Mizura*, consistente en recrear espacios (interiores y exteriores) en 3D para evaluar su accesibilidad, gracias a una beca de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) y las inestimable colaboración del investigador japonés Aldra Kato, experto en dispositivos LiDAR para la detección de obstáculos.

Pico y pala, siempre de aquí para allá, Riaño avanza su intención de organizar un evento inclusivo en Burgos de aquí a unos meses. De momento prefirió no dar detalles porque quedan muchos flecos pendientes, pero no cabe duda de que pondrá todo su empeño para demostrar que las personas con diversidad funcional, lejos de ser una carga, tienen mucho que aportar a la sociedad.

CUANDO LAS ENFERMEDADES YA NO VIAJAN: "HAY QUE EVITAR QUE SEAN ENDÉMICAS"

Amenazas. Dengue, chikungunya, fiebre de Crimea-Congo, usutu, mpox... son algunos de los nombres de infecciones que antes teníamos por exóticas, pero de las que ya podemos contagiarnos sin necesidad de haber sellado el pasaporte

Texto e infografía de Gracia Pablos

Ocho casos de dengue en Cataluña fruto de un único brote, cuatro de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo repartidos entre Extremadura, Sevilla, Castilla-La Mancha y Salamanca y más de 130 de fiebre del Nilo Occidental, la mayoría en Andalucía. Es el

balance de 2024 para algunas de las enfermedades que hasta no hace mucho asociábamos a viajes a lugares exóticos y lejanos. Este año lo iniciamos con la detección del virus Sindbis en la Península Ibérica. Los investigadores del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y de la Estación Biológica de Doñana (EBD-CSIC) hallaron su presencia concretamente en mosquitos capturados en distintas localidades de las provincias de Málaga, Sevilla, Huelva y Cádiz.

No son grandes cifras, ni siquiera las de la fiebre del Nilo Occidental, al menos no si las comparamos con las propias de otras mucho más conocidas o con la incidencia de estas mismas patologías en los países en los que sí son endémicas. El dengue, sin ir más lejos, sumaba más de 12 millones de casos a finales de agosto, la mitad de ellos solo en Brasil.

Pero lo que preocupa de nuestros casos es eso, que son **nuestros**, producto de transmisión local, no se trata de casos importados, y por tanto son la prueba tangible de que lo que hoy consideramos una enfermedad emergente podría llegar a convertirse en endémica.

«Cuando empezamos a darnos cuenta de las enfermedades importadas o emergentes siempre es por casos anecdóticos», explica la doctora María Velasco, portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seim) y presidenta del Grupo de Patología Importada (GEPI). Un caso de ébola importado de África, un diagnóstico de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo... «No podemos aplicar el mismo criterio que se usa para otras enfermedades en nuestro medio de prevalencia, su relevancia viene a veces por la gravedad de la

DE IMPORTADAS A AUTÓCTONAS

El escenario más temido es el paso de enfermedad exótica e importada de países endémicos a una enfermedad con transmisión local establecida.

TRES ESCENARIOS PARA TRES ENFERMEDADES EMERGENTES

Incidencia de casos autóctonos (transmisión local). Datos: RENAVE (Informes epidemiológicos) y Fundación IO (datos 2024)



CUANDO LLEGAN PARA QUEDARSE: LA FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL EN EEUU

El virus del Nilo Occidental no necesitó de más de tres años para pasar de ser el culpable de algunos casos en la ciudad de Nueva York a provocar contagios en 44 estados y en cinco provincias canadienses.

Casos en humanos por año (datos provisionales para el año en curso). Datos: CDC



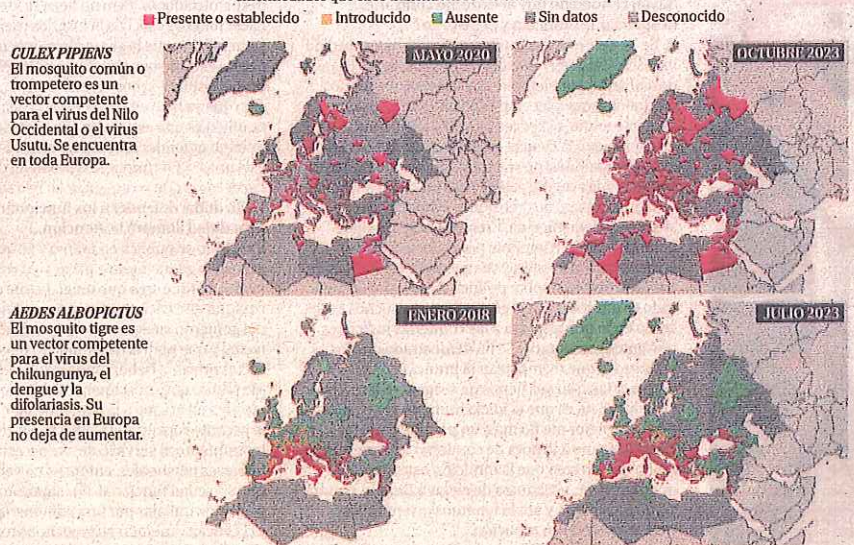
VECTORES: UN FACTOR DETERMINANTE

Para que una nueva enfermedad se convierta en habitual o endémica deben cumplirse tres factores: que entre el virus, que la población sea susceptible y que, en el caso de las enfermedades transmitidas por vectores, exista un vector competente.



PRESENCIA DE MOSQUITOS EN EUROPA

El cambio climático está convirtiendo Europa en un espacio idóneo para muchos vectores, lo que aumenta el riesgo de que las enfermedades que ellos transmiten se asienten en nuestro país.



Mapas: Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC)

¿CÓMO VIAJAN LOS VIRUS?

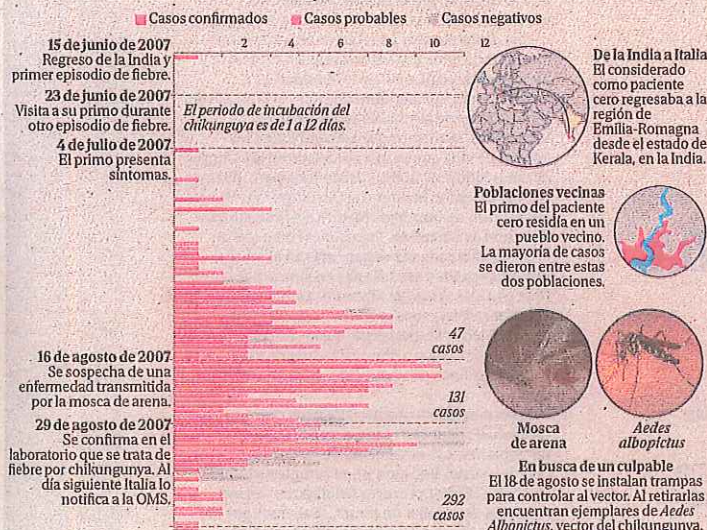
Es la primera pregunta que se plantea cuando se detecta un caso de una enfermedad que hasta ahora nos era ajena. Existen varios caminos.

EL VIAJERO ENFERMO

Una escapada a un país exótico puede acabar con algún contagio inesperado, un 'souvenir' que descubriremos al regresar. Suele ser una cuestión que no afecta a nadie más que al propio viajero, pero también puede significar el principio de un brote local.

DE TURISTA A PACIENTE CERO: EL BROTE DE CHIKUNGUNYA EN ITALIA (2007)

Casos por día. Datos: ECDC



EL ANIMAL PORTADOR

Muchas de estas enfermedades son zoonosis, virus que afectan a animales y que saltan a las personas. Estos animales actúan como reservorios, conservan el virus sin que ello implique su enfermedad, pero que sí posibilita la infección de otros sujetos.

Las aves migratorias no solo actúan como reservorio natural de muchos virus; también son un medio de transporte que permite que éstos viajen largas distancias.



En el caso del virus de Grisea-Congo, se cree que las aves migratorias portaban las propias garrapatas infectadas que actúan como vector de esta enfermedad.

EL VECTOR VIAJERO

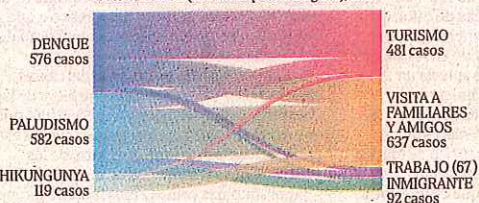
Los mosquitos no pueden volar grandes distancias así que no son ellos quienes portan los virus a través de los océanos (sin ayuda de otros animales, al menos). Sin embargo, en casos excepcionales pueden colarse en un avión y viajar con nosotros.

LOS VIAJES MÁS 'PELIGROSOS'

Un alto porcentaje de los casos importados corresponden a viajes realizados con motivo de una visita a familiares o amigos. En estos casos es habitual que el viajero, antiguo residente de ese país de destino, no sea tan consciente de que la inmunidad que pudiera haber tenido en su día ya se ha perdido, y que corre el mismo riesgo que cualquier otro turista.

CASOS IMPORTADOS Y MOTIVO DE LA ESTANCIA

Número de casos por enfermedad y motivo.
Datos: RENAVE (Informes epidemiológicos), 2023



enfermedad, por la implicación o por la diseminación potencial».

Son casos llamativos, por eso los hemos visto en titulares a lo largo del año pasado. Por fortuna no hablamos de nuevas pandemias o de gráficas verticales de incidencia como sucedió con el Covid-19, pero sí representan una amenaza que hemos de tener muy presente y de la que hemos de ser conscientes. «Lo importante es evitar que se conviertan en endémicas», recalca Velasco. «Tenemos que diagnosticarlas a tiempo porque algunas son muy graves, son fiebres hemorrágicas que pueden acabar con la vida del paciente».

¿Cómo es posible que una enfermedad endémica en países a miles de kilómetros de distancia provoque brotes de transmisión autóctona en pacientes sin antecedentes de viaje a zonas de riesgo o de contacto con animales infectados? El epidemiólogo Antoni Trilla, catedrático de Medicina Preventiva de la Universidad de Barcelona, lo resume en tres puntos: «Uno, población susceptible, es decir, sin inmunidad frente a esta enfermedad. Dos, la presencia del virus (o bacteria, pero casi todas estas patologías son víricas). Y tres, en caso de que la infección se transmita por vectores (por ejemplo, la picadura de un mosquito), es necesario que exista un vector competente». Si se cumplen estas condiciones, y en el caso que nos atañe es así, ya tenemos listo el caldo de cultivo para que sea posible la transmisión local.

¿Cómo llega el virus hasta nosotros? En el caso de una infección transmitida por vectores éstos no pueden recorrer grandes distancias por su cuenta pero sí pueden viajar gracias a su propio medio de transporte: las aves migratorias. O incluso puede que éstas, u otros animales que sirvan de reservorio, transporten el virus sin más, a la espera de que un vector competente en el país de destino se infecte y ponga en marcha la rueda.

En este sentido el calentamiento global también aporta su granito de arena al templar temperaturas y alargar estaciones, de forma que diversos lugares pasan a ser idóneos para los vectores encargados de transmitir muchas de estas enfermedades. «El cambio climático hace que los veranos sean más largos», expone Trilla, «y que las temperaturas se muevan más en el rango en el que los mosquitos pueden reproducirse, también las garrapatas».

El ejemplo perfecto lo tenemos en Andalucía y su alta incidencia de la fiebre del Nilo Occidental, tal y como lo describe el epidemiólogo: «Tienen caballos—un huésped habitual de esta enfermedad—tienen aves migratorias, es un gran aeropuerto de aves migratorias, reúnen todos los factores que hacen que se entra algo, como lo ha hecho el virus del Nilo Occidental, la acción pase por el control de mosquitos».

El concepto *One World, One Health* se hace aún más presente en un mundo globalizado y de tantos desplazamientos como el nuestro. España, sin ir más lejos, sumó 94 millones de turistas en 2024, una cifra que duplica nuestra propia población. En ese ir y venir de viajeros también se introducen enfermedades en forma de casos importados, y lo hacen como un fiel reflejo de la situación en el mundo. A veces ese *souvenir* puede ser la chispa que encienda la mecha en una población susceptible, como sucedió con el chikungunya en Italia en 2007, y en

ocasiones parece haber múltiples focos que hacen casi imposible identificar al paciente cero, tal y como pasó con la pandemia pero también con la mpox (antes conocida como viruela del mono) en el año 2022, con un brote simultáneo en varios países europeos potenciado por eventos de supercontagio.

«Hay enfermedades en las que el viajero no va a transmitir más allá porque no hay vector o forma de que se transmita», advierte María Velasco, «pero otras, incluso la malaria, en las que si viene una persona infectada con el parásito, con el virus en la sangre, ese viajero infectado podría ser una fuente para que se contagiara otro».

Por eso es fundamental recordar la importancia de las consultas de atención al viajero, algo que en nuestro país es opcional salvo que el viaje nos lleve a destinos en los que es obligatorio presentar un certificado de vacunación para entrar (sucede en algunos países con la vacuna de la fiebre amarilla, por ejemplo). En España, pese a que aún no tenemos la especialidad de enfermedades infecciosas, sí contamos con una buena red de atención en este sentido, y ya forma parte de la responsabilidad de cada viajero informarse a tiempo y tomar las precauciones adecuadas, primero por su propia seguridad y después por la salud colectiva.

¿Qué peso tienen los inmigrantes en los casos importados? No demasiado, al menos no de forma diferenciada. «Los migrantes forman parte de este mundo como los demás, como los viajeros, los turistas, los cooperantes...», aclara Trilla y tajante dice que «no son la causa de la introducción de estas enfermedades, no hay ninguna que esté ligada claramente a la inmigración y en las que ésta sea el reservorio. Ninguna».

Velasco comparte esta visión: «La mayoría de enfermedades que puede traer este colectivo no se van a transmitir en España, es raro que venga un migrante con un dengue recién adquirido, es mucho más fácil que lo traiga un viajero, y también las personas que migran suelen ser las más fuertes y sanas de sus poblaciones». Por otra parte, nuestro propio sistema sanitario y su cobertura universal son el cortafuegos perfecto en este sentido. Cualquier persona inmigrante será atendida de entrada, evaluando su estado de salud, y facilitando una puesta al día de los calendarios de vacunaciones. «Eso tiene un coste y lo pagamos entre todos», añade Trilla.

Sea cual sea el paciente cero, la pregunta es la misma que ante cualquier otra enfermedad: ¿Qué podemos hacer para prevenirla? En el caso de las emergentes, esa prevención pasa en primer lugar por evitar que se convierta en endémica. El epidemiólogo centra la estrategia en dos elementos clave: el abordaje médico de la propia enfermedad y el control de los vectores. Aunque la búsqueda de tratamientos y vacunas seguirá su curso, en este escenario se hace aún más importante el segundo punto de la estrategia. Eso implica, si no es posible evitar su introducción (esa es la batalla que libra hace años nuestro país con el *Aedes aegypti*), al menos reducir el tamaño de su población. «Cuanto más mosquitos hay, más aumentas la probabilidad de que alguno pique a alguien que tenga virus y que se transmita», remacha Trilla.

CUANDO EL CÁNCER LLEGA A LOS 26: "MI VIDA SE QUEDÓ EN PAUSA"

Oncología. Mila Ogalla tardó más de dos años en ser diagnosticada de cáncer colorrectal porque nadie pensaba en la posibilidad del tumor en una mujer tan joven. Las investigaciones, no obstante, muestran un incremento global de los casos en menores de 50. "Hace falta más visibilización", reclama

Por Cristina G. Lucio

Más de dos años estuvo Mila Ogalla peregrinando de consulta en consulta sin que nadie prestara demasiada atención a sus molestias. «No te preocupes por eso», le dijeron decenas de veces, achacando la fatiga, el malestar, los problemas para ir al baño y los episodios de diarrea que sufría a todo tipo de causas. «Hasta me dijeron que era porque tomaba demasiado aire al respirar», recuerda.

Tenía 26 años y nadie, ni siquiera ella, pensaba en la posibilidad de un cáncer. Pero el responsable de aquellos problemas era un tumor en el colon que ya había alcanzado los ganglios. Lo descubrió en 2020, precisamente cuando el Covid más arreciaba, poniendo contra las cuerdas el sistema sanitario. «Tenía la cita de la primera colonoscopia programada para el 16 de marzo, justo cuando arrancó el estado de alarma pero, por supuesto se pospuso, porque no se consideraba urgente».

En mayo, musita, por fin vieron el tumor. Y un mes y medio después la operaron. La primera vez que escuchó la palabra cáncer se quedó completamente en shock. «Una doctora empezó a hablarme de la

que no te lo puedes creer. Eres una persona joven, con un estilo de vida sano, con una buena alimentación, sin ningún factor de riesgo... Y solo piensas, ¿qué hago yo aquí?», recuerda Ogalla, que hoy tiene 31 años y combina su trabajo como actriz y modelo con la concienciación sobre la realidad del cáncer en personas jóvenes para «romper ese tabú que existe» y generar visibilidad sobre un problema creciente.

Los casos de cáncer, tal y como recuerda Ogalla, están aumentando en menores de 50 años. Lo están constatando diversas investigaciones, como un estudio publicado en septiembre de 2023 en la revista *BMJ Oncology* que estima que la incidencia mundial de tumores en adultos jóvenes (menores de 50 años) ha aumentado un 79% en tres décadas. El estudio muestra diferencias importantes entre países y tipos de tumor, pero revela una clara tendencia al alza, sobre todo en cánceres como el colorrectal.

En España, la situación no es de momento equiparable a la de Estados Unidos, donde algunos trabajos han calculado que una persona nacida

en los años 90 tiene el doble de posibilidades de sufrir un cáncer de colon que quienes llegaron al mundo en los 50, pero sí se aprecia un crecimiento.

«Estamos viendo un aumento claro», constata José Perea, cirujano, director del Instituto Quirúrgico Digestivo de Madrid e investigador del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), que estima que a día de hoy «aproximadamente el 10% de todos los

cánceres colorrectales que vemos se dan en menores de 50 años», una cifra creciente que no se explica simplemente por la existencia de factores genéticos que confieren un riesgo elevado para el desarrollo precoz de tumores.

«Encontrar cuáles son las distintas causas que explican este aumento, que es global, que se ve sobre todo en los países desarrollados pero también en países en vías de desarrollo, es lo que estamos intentando hacer distintos grupos», continúa Perea, quien recuerda que muy probablemente no haya un único culpable que explique esta tendencia al alza. Lo más plausible es que distintos factores, algunos incluso todavía desconocidos, puedan estar haciendo crecer las cifras del cáncer en jóvenes.

Uno de los factores a los que se señala con más vehemencia tiene que ver con nuestros hábitos de vida. Las alarmantes cifras de obesidad, el sedentarismo, la mala alimentación y el tabaquismo o el consumo de alcohol cumplen un papel importante. «Sabemos que los cambios en los hábitos de vida que se han producido en las últimas décadas influyen», apunta Josep Tabernero, director del Vall d'Hebron Instituto de Oncología (VHIO) y jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Cuestiones como que la alimentación cada vez se base más en alimentos ultraprocesados y sea más rica en grasas y pobre en fibra dan alas al cáncer. «Estamos perdiendo las ventajas que tenemos gracias a la dieta mediterránea», advierte el especialista, quien subraya que «hay que dedicar tiempo a preparar la comida y consumir frutas y verduras de temporada» para invertir en salud.

Tabernero lidera una investigación que está tratando de dilucidar el papel que cumple el microbioma—ese ecosistema de microbios que puebla nuestro intestino y que cumple un papel clave en distintos procesos fisiológicos—en este riesgo de desarrollar un tumor. «Sabemos que el cáncer colorrectal de aparición precoz tiene un microbioma que es distinto al de la población general y también al de las personas con un cáncer colorrectal que ha aparecido a edades más avanzadas», explica el investigador, cuyo equipo ha identificado incluso a una bacteria en particular, *Fusobacterium nucleatum*, con un papel claro en esta relación, aunque saben que no es la única influyente. «Hay distintos factores que influyen en los cambios y en la composición del microbioma, como la alimentación, la lactancia o el consumo de antibióticos. No hemos establecido todavía los mecanismos implicados, pero sí está demostrada la

La incidencia mundial de tumores en adultos menores de 50 años ha aumentado casi un 80% en las últimas tres décadas

asociación epidemiológica entre el cáncer colorrectal de aparición joven y un microbioma diferente», explica.

Otra de las cuestiones que se estudia es la influencia de las exposiciones ambientales, por ejemplo a algunos contaminantes, que se produce desde las primeras etapas de la vida. Y, por supuesto, los especialistas no descartan que haya algún factor que todavía desconocemos y cuyo papel sea importante en esta tendencia al alza.

«Es importante seguir investigando porque estamos viendo más casos y casos más graves, aunque todavía no se sabe si esto último se debe a una biología más agresiva del tumor o a que muchas veces este tipo de tumores se diagnostican de forma más tardía», señala Perea.

No se piensa en la posibilidad del cáncer colorrectal en jóvenes ni dentro ni fuera de las consultas, coinciden ambos especialistas, quienes ven necesario que se tenga más en cuenta este posible diagnóstico tanto por parte de los profesionales sanitarios como en la ciudadanía.

Ante síntomas como la presencia de sangre en las heces (que puede provocar un color oscuro en las

"No se piensa en la posibilidad de un cáncer colorrectal en personas jóvenes ni dentro ni fuera de las consultas"

quimioterapia, de cómo iba a ser el tratamiento, de la posibilidad de congelar mis óvulos... hasta que vió en mi mirada que nadie me había dado todavía el diagnóstico y ya pronunció las palabras *cáncer de colon*. Y en ese preciso momento, todo se paró. «Es



deposiciones), cambios notables en el hábito intestinal, cólicos, una anemia por déficit de hierro, una pérdida de peso sin causa justificada o una sensación constante de cansancio y falta de energía es necesario consultar con el médico, recuerdan.

Esta semana, junto a otros pacientes, Mila Ogalla se reunirá con el comisario europeo de Salud, el húngaro Olivér Várhelyi, precisamente para hablar sobre la importancia de visibilizar el cáncer y acabar

con el tabú que le rodea. Su objetivo, asegura, es aumentar la concienciación sobre la enfermedad, promover que se hable con honestidad de ella y que otros pacientes tengan más recursos e información que los que ella tuvo durante su periplo. «Todavía sigo reclamando los resultados genéticos de mi tumor, porque no los tengo», lamenta.

Tras la cirugía, Ogalla tuvo que someterse a 12 ciclos de quimioterapia, ocho de ellos de forma oral porque el tratamiento intravenoso tuvo que

Cifras del cáncer. Se estima que en 2025 se diagnosticarán en España 296.103 nuevos casos de cáncer, según cifras de SEOM. Se espera que en 2050 lleguen a 350.000 los nuevos diagnósticos

Por edades. El cáncer sigue muy asociado a la edad. Las estimaciones señalan que de los casos esperados para 2025, 176.981 se producirán en mayores de 65 años. Se calcula que 16.508 serán en menores de 45

Tipos. Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en España en 2025 serán los de colon y recto (44.573 nuevos casos), mama (37.682), pulmón (34.506), próstata (32.188) y vejiga urinaria (22.435)

Mortalidad. En 2023, el cáncer de pulmón fue el responsable del mayor número de muertes por cáncer en España, seguido de los cánceres de colon, próstata, páncreas y tumores hepáticos y de vías biliares

suspenderse por una respuesta muy agresiva. Para acabar de complicar las cosas, pasó gran parte de ese periodo aislada, porque la terapia coincidió con uno de los peores momentos de la pandemia. «Tuve muchos apoyos, pero a través de una pantalla», explica.

Fueron meses muy complicados, recuerda: «Mi vida se vio forzada a ser pausada y tuve que dejar todo aparcado». Y retomar el día a día no ha sido fácil, «por los cambios físicos, mentales y por todo lo que sufrir un cáncer conlleva», cuenta, a través del teléfono, en una pausa del rodaje de la serie que está grabando. Cinco años después, su cáncer está en remisión.

La vida después del diagnóstico es diferente, subraya. Porque, aunque ya no hay rastro de la enfermedad en su organismo, el cáncer sigue muy presente para ella. A día de hoy sigue sufriendo episodios de fatiga, neuropatías periféricas y alteraciones intestinales derivados de la cirugía a la que tuvo que someterse para retirar el tumor. «El espacio que la enfermedad sigue ocupando en tu vida es grande y el miedo a que vuelva también está ahí», desliza.

Actualmente Ogalla acude a revisiones cada cuatro meses. Le han dicho que por las características de su tumor tiene un mayor riesgo de desarrollar un cáncer de endometrio o de útero, por lo que la batería de análisis y pruebas a las que debe someterse es muy completa. Siempre siente un poco de vértigo cuando se acerca una nueva cita, asegura, aunque «va cambiando, cada vez». «A lo mejor lo llevo bien para la colonoscopia y cuando tengo que hacerme la analítica ya me pongo muy nerviosa, con mucha ansiedad», cuenta.

Lo que le ha ayudado mucho, remarca, es haber dado una charla en el hospital, junto al equipo de oncología, sobre la realidad de los pacientes. «Fue la primera vez que recorrí esos pasillos con otro objetivo, con otra finalidad y me dio mucha paz».

«Hay que hablar del cáncer porque existe un tabú que lo único que hace es incrementar el miedo e impedir que haya información y una comunicación abierta y honesta sobre la enfermedad. Cuanto más constantes sean esas conversaciones, más conscientes van a ser tanto la población como el personal médico o los responsables políticos de cuál es la realidad», reclama. «Es una necesidad. Es muy importante que entre todos acabemos con ese pavor a hablar del cáncer que todavía existe».

DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER CASTILLA Y LEÓN

Seis provincias de la región, a la cabeza del país con la mayor tasa de nuevos casos de cáncer

Zamora lidera el conjunto del país con 842 diagnósticos por 100.000 habitantes, con León, Palencia, Salamanca, Ávila y Soria entre las diez provincias con peores cifras • Castilla y León detecta 17.541 casos al año

MARÍA BAUSELA VALLADOLID Castilla y León cierra un año de aumentos en la tasa de incidencia y mortalidad del cáncer en sus provincias, igualando en 2024 el máximo de la tasa de mortalidad de los últimos 12 años. Tanto es así que seis provincias de la Comunidad se sitúan a la cabeza del país con la mayor tasa de nuevos casos. Entre las nueve provincias es de nuevo Zamora quien registra la mayor tasa de nuevos casos de cáncer con 842 por cada 100.000 habitantes. Un dato que sitúa al territorio zamorano a la cabeza nacional en cuanto a la tasa de nuevos, con León, Palencia, Salamanca, Ávila y Soria también entre las diez provincias con peores cifras según el informe dinámico del Observatorio Contra el Cáncer gestionado por la Asociación Española contra el Cáncer. De esta manera, el territorio castellano y leonés cierra el año con 733 nuevos casos y 310 fallecidos por cada 100.000 habitantes, sumando un total de 17.541 casos al año.

No muy lejos de Zamora se encuentran otras cinco provincias castellanas y leonesas dentro de las diez del país con mayor tasa de incidencia. Estas son León en cuarta posición con 774, Palencia en quinta con 752, Salamanca en sexta con 751, Ávila en octava con 743 y Soria en novena con 718. Por su parte, Burgos se encuentra en la posición número once con una tasa de 704, Valladolid en la catorce con 686 y Segovia en la quince con 675.

Por su parte, Castilla y León se sitúa también por segundo año consecutivo como la segunda comunidad con mayor tasa de incidencia del país con 733 nuevos casos por cada 100.000 habitantes, sumando un total de 17.506 nuevos casos. Esta se ubica detrás de Asturias, con una incidencia de 746, y por delante de Galicia con 717, Cantabria con 670 y País Vasco con 662.

Comparando los datos con los del año 2023 todas las provincias han experimentado un cierto au-

mento que continúa la tendencia al alza de años anteriores, pero es especialmente acusado en Valladolid donde se ha alcanzado el máximo de este índice de los últimos 12 años. Mientras que la comunidad ha visto un aumento de siete casos por cada 100.000 habitantes, pasando de 17.309 nuevos casos en 2023 a 17.541 nuevos casos en 2024.

En datos absolutos, Valladolid lideró la clasificación autonómica de mayor número de nuevos casos de cáncer con 3.601, seguida de León con 3.464, Burgos con 2.532 y Salamanca con 2.461 casos. En el otro extremo se sitúa Soria con 647 nuevos pacientes con cáncer, Segovia con 1.056, Palencia con 1.188, Ávila con 1.192 y Zamora con 1.399 casos.

Por otro lado, en cuanto a la tipología se ve una mayor incidencia en el cáncer de próstata con 183 nuevos casos por cada 100.000 habitantes, un 24,96% sobre el total de nuevos pacientes.

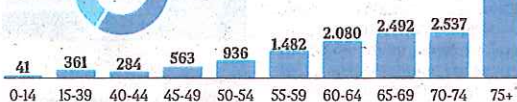
Este va seguido del cáncer de mama con una incidencia de 159 que representa al 21,69% de los nuevos pacientes, y el colorrectal con una incidencia 108, o un 14,73% de casos. A estos les siguen otros tipos de cáncer como el de pulmón con un 11% de los casos, o el de vejiga con un 7,91%.

Además, la incidencia durante 2024 en Castilla y León de nuevos casos de hombres con cáncer por cada 100.000 hombres es de 879, mientras que en mujeres es de 592. En Zamora esta incidencia alcanza los 1.022 en hombres y 664 en mujeres en la provincia de Zamora, 929 y 627 respectivamente en León, 903 y 603 en Palencia, 907 y 605 en Salamanca, 898 y 587 en Ávila, 880 y 572 en Soria, 840 y 567 en Burgos, 816 y 563 en Valladolid y, 802 y 547 en Segovia. Esto supone un total de 10.354 hombres y 7.187 mujeres.

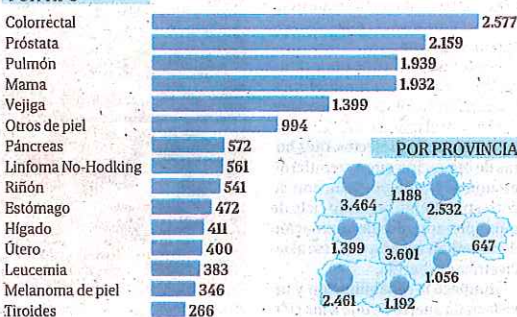
Si se tiene en cuenta la edad de los pacientes la incidencia es de 1.981 nuevos casos por cada 100.000 habitantes entre las personas con más de 75 años, 1853 en

NUEVOS CASOS DE CÁNCER EN CASTILLA Y LEÓN

POR SEXO



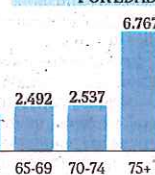
POR TIPO



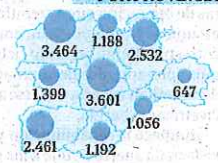
FUENTE: Asociación Española Contra el Cáncer

17.541

POREDA



POR PROVINCIA



EL MUNDO

personas entre 74 y 70 años, 1.517 entre 69 y 65 años, 1.880 entre 64 y 55 años, 975 entre 54 y 40, 63 entre 39 y 15 años y 16 en menores de 14 años. De esta manera, en datos totales se ven 6.767 nuevos casos entre las personas con más de 75 años, 2.537 en personas entre 74 y 70 años, 2.492 entre 69 y 65 años, 3.562 entre 64 y 55 años, 1.810 entre 54 y 40, 361 entre 39 y 15 años y 41 en menores de 14 años.

Mezclando los datos de edad y género se puede ver que hasta los 14 años el nivel de incidencia de estos nuevos casos es similar en mujeres y hombres, desde los 15 hasta los 54 hay fundamentalmente una mayor incidencia en mujeres mientras que de los 55 años en adelante hay una mayor incidencia por cada 100.00 habitantes en hombres. En el grupo de nuevos pacientes con cáncer de más de 70 años las tipologías mayor inciden-

cia son las de próstata, colorrectal y mama. En el grupo de entre 69 y 60 años son los de próstata, mama y colorrectal. Mientras que en los grupos de pacientes hasta los 59 años el tipo de cáncer que fundamentalmente tiene una mayor incidencia es el de mama.

MÁS DE 7.000 FALLECIDOS

En cuanto al número de fallecidos por cáncer en Castilla y León la comunidad cierra el 2024 con 310 fallecidos por cada 100.000 habitantes, es decir 7.411 pacientes fallecidos. Zamora también se sitúa como la provincia que registra la mayor tasa de mortalidad con 358 por cada 100.000 habitantes. Un dato que sitúa al territorio zamorano como el segundo con mayor tasa de mortalidad por detrás de Orense, con 361, según el informe dinámico del Observatorio Contra el Cáncer gestionado por la Asocia-

ción Española contra el Cáncer.

De nuevo se encuentran otras cinco provincias castellanas y leonesas dentro de las diez del país con mayor tasa de mortalidad. Estas son León en tercera posición con 341, Palencia en sexta con 322, Salamanca en séptima con 316, Soria en octava con 305 y Ávila en novena con 302. Por su parte, Burgos se encuentra en la posición número once con una tasa de 293, Segovia en la quince con 284 y Valladolid en la diez y siete con 283.

Por su parte, Castilla y León se sitúa también por segundo año consecutivo como la segunda comunidad con mayor tasa de mortalidad del país con 310 fallecidos por cada 100.000 habitantes, es decir 7.411 pacientes fallecidos. Esta se ubica detrás de Asturias, con una incidencia de 328, y por delante de Galicia con 305, Aragón con 279 y País Vasco con 276.

Comparando los datos con los del año 2023 todas las provincias han experimentado un cierto aumento que continúa la tendencia al alza de años anteriores, pero es especialmente acusado en León donde se ha alcanzado el máximo de este índice de los últimos 12 años. Mientras que la comunidad ha igualado el índice de mortalidad de 2018, registrando por segunda vez el dato más alto de los últimos 12 años. Así ha pasado de un índice de mortalidad de 307 y 7.319 nuevos casos en 2023, a una incidencia de 310 y 7.441 nuevos casos en 2024.

En datos absolutos, León es la provincia autonómica que registró un mayor número de fallecidos por cáncer con 1.517, seguida de Valladolid con 1.485, Burgos con 1.055 y Salamanca con 1.035 casos. En el otro extremo se sitúa Soria con 275 fallecidos, Segovia con 445, Ávila con 485, Palencia con 509 y Zamora con 595.

La tipología que ve un mayor índice de mortalidad es el cáncer de pulmón con 59 fallecidos por cada 100.000 habitantes, un 19,03% sobre el índice total de pacientes que han perdido su vida. Este va segui-

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

Todos los martes...

INNOVADORES



EL MUNDO

CASTILLA Y LEÓN DÍA MUNDIAL CONTRA EL CÁNCER

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR
do del cáncer colorrectal con una tasa de 48 que representa al 15,48% de fallecidos, y el de próstata con una tasa de 38, o un 12,25% de casos. A estos les siguen otros tipos de cáncer como el de mama con un 10,64% de los casos, o el de páncreas con un 7,09%.

Por otro lado, durante 2024 en Castilla y León la tasa de fallecimientos de hombres con cáncer fue de 382, mientras que en mujeres es de 240. Esto supone un total de 4.493 hombres y 2.918 mujeres. En León se registró la muerte de 902 hombres y 625 mujeres con cáncer, en Valladolid 880 y 605 respectivamente, en Burgos 641 y 414, en Salamanca 647 y 388, en Zamora 370 y 225, en Palencia 310 y 199, en Ávila 295 y 190, en Segovia 272 y 173, y en Soria 177 y 196 respectivamente.

Si se tiene en cuenta la edad de los pacientes, en datos totales durante 2024 fallecieron 4.381 pacientes con más de 75 años, 921 en personas entre 74 y 70 años, 796 entre 69 y 65 años, 948 entre 64 y 55 años, 315 entre 54 y 40, 40 entre 39 y 15 años y 7 en menores de 14 años.

Mezclando los datos de edad y género se puede ver que hasta los 39 años el nivel de mortalidad por cada 100.000 habitantes es similar en mujeres y hombres, desde los 40 hasta los 49 hay una mayor tasa en mujeres, mientras que de los 50 años en adelante hay una mayor tasa en hombres.

En cuanto a los pacientes fallecidos de más de 75 años las tipologías mayor de índice de mortalidad son las de próstata, colorrectal y pulmón. En el grupo de entre 74 y 70 son los de pulmón, colorrectal y próstata, entre 69 y 60 años son los de pulmón, colorrectal y mama. Entre 59 y 50 los de pulmón, mama y colorrectal. Mientras que en los grupos de pacientes hasta los 49 años el tipo de cáncer que tiene una mayor mortalidad es el de mama.

Así, los hospitales de Castilla y León vieron un 2024 marcado por los aumentos en la tasa de incidencia y mortalidad del cáncer en todas las provincias, situándose muy por encima de la media nacional. En el caso de la tasa de incidencia esta es un 22,94% mayor a la media del país, con 733 nuevos casos por cada 100.000 habitantes en la comunidad frente a los 597 del promedio de España.

Por su parte esta diferencia es más significativa en el caso de la tasa de mortalidad, siendo un 33,04% mayor en las provincias castellanas y leonesas. Esto se debe a la tasa de 310 fallecidos por cada 100.000 habitantes en Castilla y León frente a los 233 de la media del país.

«Para una familia normal padecer cáncer supone muchísimos costes»

Un joven superviviente de cáncer de huesos señala el desgaste emocional y económico / Inés convive desde hace 12 años con el cáncer: «Hace un mes me dijeron que he superado la leucemia»

MARTA GAMAZO VALLADOLID
«Es un shock en la vida y la parte mental es la más difícil de gestionar». Un bulto fue la alerta que necesitó Jonathan para acudir al médico de cabecera.

En ese momento tenía 32 años y trabajaba en Vitoria como pintor de coches. «Me hicieron una radiografía y en ese momento directamente me mandaron a oncología porque tenía pinta de ser maligno». A partir de ahí, comenzaría un proceso de recuperación que marcaría su vida en su lucha por conservar su pierna.

«Antes de operarme por primera vez me dieron quimioterapia. Fueron dos ciclos de seis sesiones. Pero como el tumor no estaba muy avanzado no hizo efecto». Diez horas de operación que se repitieron en una segunda ocasión, con su correspondiente segundo ciclo de quimioterapia, donde la situación de Jonathan volvió a torcerse al no cicatrizar la herida.

«Empecé la rehabilitación y tuve la mala suerte de que a los cuatro meses aproximadamente empecé a sentirme mal debido a una infección», explica.

En ese momento los médicos le plantearon un dilema que solo era decisión suya: amputar o intentar salvar su pierna. Sus doctores tenían miedo por si la infección remitía, lo que supondría que amputar se convertiría en la única opción. Pero Jonathan terminó por decidirse y el resultado fue el esperado. Aunque recalca que tiene varias limitaciones.

Enfrentarse a esta situación le hace reflexionar sobre acciones cotidianas como andar y correr, que las personas realizan a diario y no valoran hasta que les ocurre algo que les impide realizarlas. «Gracias a Dios salió todo bien y no hubo metástasis, pero tengo ciertas limitaciones a la hora de andar y no puedo correr».

En ese momento le tocó asumir que no podría volver a desempeñar su trabajo debido a las limitaciones de movilidad de su pierna, algo que psicológicamente fue duro de asumir. «Con la pierna así no podía estar levantándome, subiéndome, bajando, ponerme en el suelo, cosas que hacía de normal en el trabajo y de pronto ya no podía hacer».

Aunque no tuvo problemas a la hora de cogerse la baja, su experiencia fue muy buena, aunque al tratarse de una pequeña empresa una baja tan prolongada suponía «una brecha para ellos». «El jefe se vio afectado porque siendo una empresa pequeña hace mella a la



El joven vallisoletano Jonathan Rubio, superviviente de cáncer de huesos PHOTOGENIC

empresa. Mi relación con él cambió porque yo me sentía mal de alguna forma. No he decidido tener esta enfermedad».

Durante todo este proceso, Jonathan recalca la importancia que han tenido su familia y sus amigos. «Su apoyo ha sido importantísimo para mí. Es una situación que viene grande a todo el mundo. Muchas veces no saben cómo tratarte o hablarte porque dicen cosas que pueden sentarte mal», reflexiona.

A nivel económico, además, los costes suponen un gran golpe a las familias. «Para una familia normal padecer cáncer son muchísimos gastos», afirma Jonathan, quien se muestra agradecido a la Asociación Contra el Cáncer de Valladolid por el soporte económico que dieron a sus padres. «La Asociación nos ha ayudado mucho. Todos los tratamientos los hice en Donostia, operaciones que suponían estar un mes hospitalizado y que gracias al piso que tienen la asociación allí y donde mis padres se quedaban los costes se redujeron muchísimo».

Entre salas de espera y operaciones en el quirófano, Jonathan se reafirma en la importancia de la Asociación en su vida también por el apoyo psicológico y reivindica la importancia de la existencia de estos espacios para los pacientes, algo que no tienen en cuenta hasta que no te pasa. «Cuando lo sufres en tus carnes te das cuenta de que hace más falta de lo que nos

«HACE FALTA MUCHA MÁS INVESTIGACIÓN»

La Asociación contra el Cáncer lo tiene claro: la Investigación es «la clave para avanzar en la lucha contra el cáncer».

Los datos son claros: 1 de cada 2 hombres y 1 de cada 3 mujeres tendrán cáncer en el futuro: Hace falta más investigación.

De la investigación depende en gran medida la supervivencia de la enfermedad que, actualmente, se sitúa en una tasa de 55,3% en hombres y 61,7% en mujeres», afirma la asociación.

Por ello reclaman medidas como apoyar el talento investigador, aumentar la inversión en los cánceres de baja supervivencia e impulsar la labor científica para lograr llevar los resultados del laboratorio a los pacientes y que las personas puedan acceder a los resultados de la investigación.

pensamos», concluye.

Inés es otra de las supervivientes que tuvieron que enfrentarse al cáncer a una edad muy temprana. Entonces solo tenía 26 años y supuso un shock. «Todo comenzó cuando

me detectaron un tumor en la parte del torax y me cogía los órganos del abdomen». Este primer diagnóstico derivó en la extirpación de un riñón y el ureter izquierdo.

«Los doctores me dieron un mal pronóstico. Me dijeron que no había tratamiento y que era muy complicado». Afortunadamente, todo salió bien e Inés permaneció cinco años limpia. «Cuando empiezas eres una marioneta que se deja llevar por los médicos. Una vez terminas empieza el miedo a la recaída».

Sin embargo, tras esos cinco años, el tumor se reprodujo. «La segunda vez me cogía unas arterias principales de la pierna izquierda. Me dieron 25 sesiones de quimioterapia pero no funcionó», recuerda la paciente.

En una tercera operación, Inés terminó por perder sensibilidad en su pierna. «Me sacrificaron el ovario izquierdo, lo que me creó una menopausia precoz y, al tocar las arterias de la pierna izquierda, perdí sensibilidad». Aunque el proceso fue muy duro, Inés se recuperó.

Pue hace dos años cuando comenzó la que ella define como el proceso «más duro de todos». Le diagnosticaron leucemia. «Me dieron quimioterapia con todo lo que conlleva, además del aislamiento social, ya que tenía que quedarme en el hospital cuando me quedaba sin defensas».

Ahora, ya recuperada hace tres semanas, Inés se muestra orgullosa de haber ganado esta batalla. «Parece que hemos podido con ella», concluye.

SORIA

RAQUEL MARTÍNEZ

CONSEJO DE COLEGIOS FARMACÉUTICOS. Las farmacias no son meras dispensadoras de medicamentos, tienen muchas posibilidades en servicios de salud pública pero hay que facultarlas para ofrecerlos

«La farmacia debe aprovecharse para aumentar la asistencia sanitaria»

MILAGROS HERVADA SORIA

La soriana Raquel Martínez, secretaria general del Consejo General de Colegios Farmacéuticos y vicepresidenta de la Federación Internacional Farmacéutica, comenzó su vida profesional en una farmacia rural, un activo sanitario que fija población y genera empleo, al que todavía se le puede sacar mayor beneficio. En general, los farmacéuticos deben ser aprovechados para aumentar la capacidad asistencial del sistema sanitario, en especial de la Atención Primaria, destaca. Si se ampliara la facultad para sustituir formatos de medicamentos descargarían a los centros de salud y si se implantara un canal de comunicación con los médicos podrían darse soluciones más ágiles a los pacientes.

Pregunta. Después de medio año desde su nombramiento como vicepresidenta de la Federación Internacional Farmacéutica, ¿cómo compara la atención y capacidad de acción de las farmacias de Soria, como parte del conjunto nacional, con respecto a otros países? ¿Algo que 'importar' o 'exportar'?

Respuesta. Nuestro modelo de farmacia es marca España, un referente a nivel internacional y especialmente en Europa e Iberoamérica donde se valora enormemente la cercanía y accesibilidad de la red de 22.222 farmacias españolas. Somos, de hecho, el país, tras Grecia, con más farmacias por habitante de Europa. Las farmacias sorianas son un buen reflejo de nuestro modelo de farmacia, protagonizado por una farmacia rural y cercana al ciudadano que, además, va más allá de la dispensación de medicamentos, ofreciendo servicios asistenciales y de salud pública. Este esfuerzo de nuestras farmacias por ir más allá de la dispensación de medicamentos y participar también en tareas como la educación y promoción de la salud se ha visto en el proyecto de Escuelas Rurales de Salud, que ha sido reconocido por la Federación Internacional Farmacéutica como mejor campaña de promoción de la salud del mundo. Una iniciativa en la que participaron farmacias de toda Castilla León y cuyo germen podemos situar precisamente en Soria, hace ya una década, cuando comenzamos con las charlas del programa de educación sanitaria que pusimos en marcha desde el Colegio en colaboración con la Diputación Provincial.

P. Fue una iniciativa pionera.

R. Puedo decir con orgullo que las



M. S.

farmacias castellanas y leonesas, incluyendo las de Soria, tienen la esencia de la farmacia española y han liderado iniciativas pioneras, cuyos excelentes resultados estamos presentando en encuentros nacionales e internacionales. Ahora bien, hay que entender que, a nivel global, las sociedades son diferentes y sus sistemas sanitarios y modelos de farmacia también lo son. Tenemos que incorporar aquello que más pueda aportar a la profesión en su conjunto y, en última instancia, a la sociedad. Desafíos como nuevas pandemias, los problemas de suministro de medicamentos o las resistencias antimicrobianas son comunes en todo el planeta y estamos convencidos de que la farmacia puede ser parte de la solución. Por ello, en estos momentos estamos inmersos en una campaña cuyo objetivo es conseguir que los gobiernos comprendan el valor de la farmacia para afrontar estos retos. Conseguir que cuando se piense en salud, se piense en farmacia, como dice el lema de esta iniciativa de la Federación Internacional Farmacéutica.

P. Las dificultades que arrastran las

farmacias rurales, tan frecuentes en Soria, las conoce perfectamente, ¿qué futuro les augura y qué soluciones caben teniendo en cuenta la persistente despoblación?

R. Soy especialmente sensible a este problema porque lo he vivido. Castilla y León es la Comunidad con el porcentaje más alto de farmacias con la Viabilidad Económica Comprometida, un 13%, dato que crece hasta un 25,8% en el caso de Soria. Desde la Organización Farmacéutica Colegial trabajamos por garantizar la sostenibilidad de estas farmacias y para ello promovemos iniciativas, proyectos y propuestas enfocados a aprovechar todo su potencial. Así, en enero de 2023 presentamos el informe Aportación de valor del modelo de Farmacia a la cohesión social y el reto demográfico, que concluyó que la farmacia rural es un activo sanitario que contribuye a fijar población y favorece el empleo. Esportanto un esencial para combatir la despoblación. Fruto de esta labor en marzo del mismo año suscribimos con los Ministerios de Sanidad, Transición Ecológica y Reto Demográfico y Derechos Sociales y Agenda 2030, el

Programa de Farmacia Comunitaria Rural.

P. ¿Ya de frutos?

R. En breve se iniciará un pilotaje en una comunidad autónoma para reforzar los servicios sociosanitarios en el ámbito rural a través de sus farmacias. Pilotaje al que esperamos que se sumen otras autonomías, y por qué no, Castilla y León. Porque salvar nuestros pueblos pasa por salvar sus farmacias, el recurso sanitario más cercano y accesible; y en este objetivo hay que dar un paso al frente con medidas como esta. Además, hemos propuesto crear incentivos fiscales para las farmacias rurales; remunerar los Servicios Profesionales Farmacéuticos, que ha demostrado ser necesario para los pacientes y eficientes para el sistema sanitario; retribuir los servicios de guardia continua, particularmente urgente en las farmacias de pequeños municipios.

P. ¿Ve alguna solución posible en Villar del Río?

R. En estos momentos el acceso al medicamento y a la prestación farmacéutica está garantizado con un botiquín en coordinación con el consultorio local. En estos casos siempre insisto en que es necesario buscar el equilibrio entre asegurar el acceso a los medicamentos a todos los ciudadanos de manos de un farmacéutico y garantizar la sostenibilidad de la red de farmacias.

P. La falta de médicos de atención primaria deja un evidente agujero que en ocasiones han de cubrir las farmacias ofreciendo soluciones a los pacientes, ante por ejemplo la gripe actual. ¿Cómo puede contribuir el farmacéutico a compensar esa ausencia de profesionales médicos? ¿Puede potenciarse la labor asistencial con una regulación que otorgue mayores atribuciones?

R. Sin duda si desarrollamos la labor de los farmacéuticos estaremos reforzando nuestro Sistema Nacional de Salud. Hay que recordar que la farmacia comunitaria se consolida como el recurso más accesible y mejor valorado por los ciudadanos, según la última encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). La farmacia y los farmacéuticos deben ser aprovechados para aumentar la capacidad asistencial del sistema sanitario, en especial de la Atención Primaria a través de la concertación autonómica de servicios en las farmacias. Servicios que además están reclamando los ciudadanos como confirmó un estudio de la consultora GAD3, que concluyó que el 80% de los españoles reclama más

servicios desde las farmacias, y nueve de cada diez piden una mayor integración con la Atención Primaria. Muchas veces la gente lo desconoce, pero las farmacias ofrecen ya servicios que permiten descongestionar otras estructuras sanitarias. Recientemente presentamos el primer Mapa de Servicios Farmacéuticos de España que muestra una amplia cartera de servicios en las farmacias comunitarias que van más allá de la dispensación de medicamentos, pero que se ha ido extendiendo de manera muy desigual según las comunidades autónomas e incluso según las provincias, aspecto que tendremos que trabajar para corregir. En cuanto a la legislación, el Ministerio ya ha anunciado que en la tramitación de la futura Ley del Medicamento quiere incorporar algunas medidas que desarrollen la labor de los farmacéuticos y aprovechen aún más su potencial.

P. ¿Qué servicios que funcionen en otros territorios pueden implantarse en Soria, y en Castilla y León por extensión?

R. Castilla y León en este sentido es un buen ejemplo porque dispone de algunos de estos servicios como quedó reflejado en el Mapa que he mencionado antes. Desde la red de Farmacias Centinela, cuyos resultados han sido presentados en diferentes congresos; los cribados de VIH consolidados ya desde hace años; su colaboración en las campañas de vacunación para derivar a los grupos de riesgo o el servicio de reacondicionamiento mediante los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD). En un ámbito más social quiero destacar la importancia de que las 1.596 farmacias comunitarias de Castilla y León se convirtiesen en Punto SOS (Seguridad y Orientación, Siempre) para las víctimas de agresiones sexuales, ayudándolas, orientándolas y derivándolas hacia los recursos de emergencia, sociales o sanitarios. Todos estos proyectos hacen de nuestra comunidad un referente en servicios farmacéuticos. Pero todavía queda mucho por hacer si queremos optimizar todos los profesionales y recursos sanitarios, incluidas las farmacias y los farmacéuticos, en un escenario de presión asistencial creciente. Así, por ejemplo, sería fundamental implantar canales de comunicación entre los farmacéuticos comunitarios y centros de salud, lo que permitiría ofrecer una solución más ágil y conjunta a los pacientes en determinadas ocasiones.

P. En un mundo digitalizado, pienso en el comercio on line, ¿cómo se están adaptando las farmacias? ¿Para las zonas más despobladas podría ser una solución, aplicando las garantías precisas?

R. La profesión farmacéutica fue pionera en la implantación de nuevas tecnologías para la mejora del servicio. Hay que recordar que la receta electrónica comenzó a extenderse hace ya dos décadas. Desde una perspectiva global puedo asegurar que esto es un hito, ya que hay países desarrollados que están aún en

proceso de arranque. Ahora bien, para nosotros digitalizar es humanizar, las tecnologías deben emplearse para reforzar el carácter humano de la asistencia sanitaria, nunca para levantar barreras. Hay que aprovechar todo su potencial para mejorar procesos o promover la comunicación con el resto de los profesionales sanitarios, pero preservando la asistencia personalizada y garantizando siempre la permanente custodia, dispensación y entrega del medicamento por el farmacéutico. Una garantía para aportar eficacia y seguridad en el uso de los medicamentos.

P. La pandemia sirvió para reforzar la labor del farmacéutico, ¿qué lecciones dejó el covid?

R. Sin duda las crisis nos deben hacer aprender y la pandemia nos deja muchas enseñanzas. En el caso de la profesión farmacéutica quiero destacar la gran labor realizada por cada farmacéutico desde los hospitales, los laboratorios clínicos, la distribución, la industria e investigación, la salud pública y otros muchos ámbitos profesionales. Si nos fijamos en la farmacia comunitaria, acuñamos aquello de la cruz verde de la farmacia no se apaga, porque la pandemia confirmó el carácter asistencial del farmacéutico, pero también su capacidad de escucha y acompañamiento en los peores momentos. Fuimos luz en tiempos de oscuridad. Además, se consolidaron servicios como los cribados mediante test o la dispensación colaborativa de medicamentos hospitalarios en farmacias comunitarias gracias a la colaboración de farmacéuticos hospitalarios, comunitarios y de la distribución. Servicios que por su eficacia y eficiencia deberían extenderse a toda la red de farmacias.

P. ¿La farmacia también está sometida a los peligros de los bulos?

R. Sin duda la salud y el medicamento son objetivo prioritario de los bulos y la desinformación, y por eso somos especialmente activos frente a ellos, porque suponen un peligro para la salud pública. En primer lugar, lo hacemos desde todos y cada uno de los más de 22.222 mostradores de las farmacias, verdaderas aulas de salud en las que más de 56.000 farmacéuticos resuelven las dudas de los pacientes y ofrecen información rigurosa y objetiva. Pero, además, fuimos pioneros en la incorporación de los nuevos canales de comunicación como Youtube así como a través de las redes sociales - Tik Tok, X, Instagram - desde donde llegamos directamente a todos los públicos y ofrecemos contenidos de actualidad en torno a la salud. En la actualidad solo nuestro canal de Youtube cuenta con más de 620.000 seguidores y sus videoconsejos cuentan con 130 millones de visualizaciones. El mensaje es claro, en el caso de los medicamentos el mejor influencer es el farmacéutico. No en vano, siempre escuchamos aquello de "en caso de duda consulte con su farmacéutico", como especialista universitario en el me-

dicamento.

P. Ante el desabastecimiento de determinados medicamentos, ¿la posibilidad de que los farmacéuticos dispensen otros formatos o similares sería una solución?

R. Los problemas de suministro representan un problema global y la propia FIP es también sensible. En este sentido, los farmacéuticos, sin ser responsables de este problema, estamos colaborando activamente para resolverlo, actuando con profesionalidad y empatía, desde esa doble perspectiva de profesional sanitario especialista en el medicamento y también más cercano al ciudadano. En primer lugar, desde la Organización Farmacéutica Colegial hace ahora una década pusimos en marcha el Centro de Información sobre el Suministro de Medicamentos (CISMED) que ofrece información continua sobre los fármacos con problemas. CISMED cuenta con más de 10.000 farmacias adheridas y nos permite disponer de datos sobre incidencias en el sumi-

«La comunicación con los centros de salud agilizaría soluciones»

«Proponemos crear incentivos fiscales para las farmacias rurales»

«Si el farmacéutico cambiara formatos decargaría a los centros de salud»

nistro de medicamentos en cada provincia. Pero hemos querido dar un paso más y en 2012 lanzamos Farmahelp, la herramienta de la Organización Farmacéutica Colegial que permite al farmacéutico comunitario consultar con farmacias cercanas la disponibilidad de un medicamento con problemas de suministro. Farmahelp tiene en parte su origen en nuestra tierra, ya que nació en el Colegio de Farmacéuticos de Palencia. Ahora bien, en muchas ocasiones la falta de un medicamento se soluciona con la intervención profesional del farmacéutico mediante la sustitución. Como bien se señala, si se amplía esa capacidad de sustitución, como venimos solicitando, permitiendo el cambio de forma farmacéutica, resolveríamos muchísimas más situaciones evitando al paciente volver al centro de salud y descargando de presión asistencial a los centros de salud.

P. ¿Cómo es la relación con las grandes farmacéuticas, esas con capacidad para investigar y encontrar fármacos que ayuden a paliar enfermedades que son aún insondables?

R. La investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos es fundamental para salvar vidas y tratar enfermedades, labor en la que quiero recordar que trabajan miles de farmacéuticos. Como Organización Farmacéutica Colegial nuestra relación con las compañías farmacéuticas es muy buena y fluida. Es cierto que ahora estamos trabajando para que las innovaciones terapéuticas estén siempre disponibles en las farmacias comunitarias, ya que en demasiadas ocasiones se aprueban para su dispensación en farmacias hospitalarias, muchas de ellas por necesidades clínicas, pero no siempre, lo que representa un obstáculo en la accesibilidad del medicamento para los pacientes. El éxito de un nuevo medicamento, de una innovación farmacológica, no termina con su descubrimiento, hay que hacerlo accesible a los pacientes facilitando su dispensación en la farmacia comunitaria más cercana.

P. ¿Qué balance hace de estos meses en la vicepresidencia de la FIP y qué retos y proyectos tiene entre manos?

R. En primer lugar, he de decir que han sido meses muy intensos de trabajo por la profesión, lo que me enorgullece, y que me han permitido ya conocer mejor la farmacia de una manera más global. Como vicepresidenta de la Federación Internacional Farmacéutica mi rol consiste en desarrollar y ejecutar la estrategia para contribuir a que la profesión, en todos los ámbitos, desarrolle todo su potencial al servicio de la población. Aunque nos pueda parecer que una federación internacional es algo que nos suena a lejano, su labor nos toca muy de cerca a todos. Así, en estos momentos estamos trabajando en torno a ámbitos como las resistencias antimicrobianas, la seguridad del paciente o las nuevas amenazas en salud pública, prioridades en todo el mundo, también en las farmacias de Soria.



Mañueco durante la visita a la exposición. HDS

CULTURA

MAÑUECO VISITA LA EXPOSICIÓN 'LA CONQUISTA DEL VOTO' EN SORIA

El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, visitó esta semana en el Centro Cultural Fundos Fórum Soria-Gaya Nuño la exposición 'La Conquista del Voto', que recuerda los hitos históricos hacia el reconocimiento político y constitucional del derecho al voto femenino. Según informan fuentes del Gobierno autonómico, entre las más de 70 piezas que componen esta muestra, destaca la urna en la que, por primera vez en España, las mujeres pudieron ejercer su derecho en unas elecciones en 1933 o una primera edición de la Constitución de 1812. Durante la visita, el presidente de la Junta estuvo acompañado por el director general de Fondos, José María Viejo, y por el coleccionista y comisario de la muestra, Víctor Miguélez.

LA CAPITAL

VOX EXIGE LA LICITACIÓN DE LOS CONTRATOS DE LIMPIEZA CADUCADOS

El grupo municipal de Vox en el Ayuntamiento de Soria ha solicitado al equipo de gobierno socialista la licitación urgente de los tres contratos que actualmente tiene firmados el consistorio para la limpieza de sus instalaciones: edificios municipales, colegios y polideportivos. Los tres contratos concluyeron en 2021 y desde entonces el servicio se viene prestando de forma anómala. Su concejala, Sara López, destaca que los tres contratos de limpieza se firmaron en el año 2017 y todos ellos contemplan una duración de dos años, prorrogables otros dos, por lo que llevan desde el 2021 en situación irregular.

XVII CONCURSO-EXPOSICIÓN DE FOTOGRAFÍA
Semana Santa de Soria

Recepción de obras:
del 10 de enero
al 10 de febrero

Exposición:
De 3 al 19 de marzo

Bases en:
www.semanasantadesoria.com

ORGANIZA:

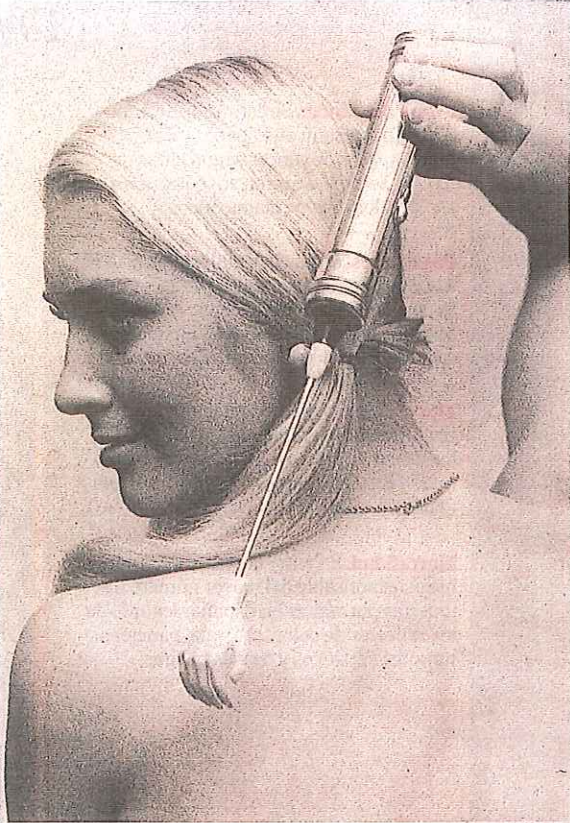


COLABORAN:

EL MUNDO
HERALDO-DIARIO DE SORIA



SALUD



EL CÍRCULO VICIOSO DE RASCARSE: EL PLACER SIRVE PARA ESTIMULAR NUESTRAS DEFENSAS

Dermatología. Frotar con saña la piel deja huella y a veces complica la lesión, como en las dermatitis crónicas. Ahora los científicos descubren el rol positivo del picor

Por Pilar Pérez

Las abuelas y madres tienen parte de razón cada vez que nos gritan: «¡No te rasques que es peor!». Ellas no poseen el conocimiento científico detrás de la prohibición de ese gesto, pero saben que es perjudicial. Nadie hace caso. Ese picor que solo se calma si uno rasca bien. Y cuanto más se repite el gesto, una y otra vez, cada vez con más insistencia, más placer se obtiene, pese a ir acompañado del desasosiego de la sensación y del daño que hacemos en la piel.

Una nueva investigación publicada en el último número de la revista *Science* desvela la doble naturaleza del círculo vicioso: aunque puede empeorar la inflamación dermatológica, también tiene un rol en la estimulación de las defensas inmunitarias contra las infecciones bacterianas en el lugar de la lesión. Es decir, ya tenemos una razón con la que rebatir el «no te rasques» de nuestras abuelas: «Lo hago para mejorar las defensas de mi piel frente a los agresores externos».

Daniel Kaplan, autor principal y profesor de Dermatología e Inmunología de la Universidad de Pittsburgh, asegura que buscan resolver la paradoja: «Si rascarse es malo, ¿por qué sienta tan bien?».

Kaplan explica que si la fricción suele ser placentera «se sugiere que hay una razón evolutiva detrás de este comportamiento al proporcionar algún tipo de

beneficio». El investigador de Pittsburgh asegura que su estudio ayuda a resolver la paradoja «al aportar pruebas de que frotar también proporciona defensas contra las infecciones bacterianas dermatológicas».

Rascarse es una respuesta natural e instintiva a la sensación de picor. Juega un papel clave en muchas afecciones y lesiones cutáneas, como la dermatitis y las picaduras de insectos, en las que el picor crónico puede ser una fuente importante de molestias. La fricción repetitiva puede agravar el daño al promover la inflamación en un «ciclo de picor-rascado» que se autoperpetúa, en el que el rascado intensifica el picor y puede empeorar la lesión.

Un ejemplo lo hallamos en la dermatitis alérgica de contacto, que es una reacción a alérgenos o irritantes de la piel —incluida la hiedra venenosa y ciertos metales como el níquel— que

provoca una erupción pruriginosa e inflamada. Sucumbir al impulso, a menudo irresistible, de rascarse desencadena una mayor inflamación que empeora los síntomas y ralentiza la curación de hasta un 6% de la población que la sufre.

Sin embargo, a diferencia del dolor, al que acompaña una respuesta de aversión, rascarse puede resultar placentero, lo que conduce a ese beneficio adaptativo. Para averiguar qué impulsa este círculo vicioso, Kaplan junto a Andrew Liu, estudiante del Programa de Formación de Científicos Médicos de Pitt, y su equipo usaron alérgenos inductores de picor para inducir síntomas similares a los del eccema en las orejas de ratones normales y de aquellos a los que no les pica porque carecen de la neurona sensora del picor.

Mediante el uso de un novedoso modelo de ratón modificado genéticamente, exploraron cómo la eliminación de la función de las neuronas sensoras del picor denominadas no peptidérgicas 2 afecta a la conexión entre picor, rascado e inflamación. El equipo de Liu descubrió que el rascado activa las neuronas sensibles al dolor que liberan sustancia P, la cual estimula los mastocitos para aumentar la inflamación, principalmente atrayendo neutrófilos. Sin embargo, aunque la fricción agravaría problemas como la dermatitis, también ayudaría a la defensa inmunitaria del individuo al reducir las bacterias, como el *Staphylococcus aureus*, durante las infecciones.

Además, ese restregón puede influir en el microbioma de la piel en el lugar de la lesión, evitando potencialmente desequilibrios de la microbiota, aunque las afecciones crónicas como la dermatitis atópica lo complican. Según los autores, los hallazgos sugieren que el rascado sirve tanto de motor patológico de la inflamación como de mecanismo evolutivo para reforzar la protección contra las infecciones. «Más allá de definir un circuito neuroinmune de picor-rascado no identificado hasta ahora, los hallazgos de Liu y sus compañeros sentarían las bases del conocimiento para ayudar a las personas que sufren picor crónico», escribe Aaron Ver Heul, de la Universidad de Washington, en un artículo que acompaña al *paper* del estudio en *Science*.

Estos hallazgos, como concluye Ver Heul, arrojan luz sobre una vía farmacológicamente dirigida que explica cómo el rascado desencadena la inflamación, resolviendo la paradoja de que frotarse sea tanto un proceso patológico perjudicial como una adaptación evolutiva beneficiosa.

ENFERMERA SATURADA

SÍNDROME DEL BEBÉ SACUDIDO: MÁS DE CIENTO CASOS EN ESPAÑA AL AÑO

Advertencia. Realizar movimientos bruscos en bebés cuyo cerebro y musculatura cervical están aún en pleno desarrollo puede causar graves lesiones, en algunos casos irreversibles

Conocido como el síndrome del bebé sacudido o del niño zarandeado, su nombre hace referencia en realidad a una serie de lesiones cerebrales que aparecen como consecuencia de haber zarandeado a un recién nacido. Una forma grave de maltrato infantil que puede acabar con el fallecimiento del bebé o provocándole secuelas graves e irreversibles. En España se producen algo más de cien casos cada año.

¿En qué consiste?
La cabeza de un bebé es grande en relación al resto de su cuerpo, llegando a suponer una cuarta parte de su peso corporal. Los músculos de su cuello no tienen aún la suficiente fuerza para sujetarla. Si se nos ocurre zarandearlo, su cabeza se moverá sin control, se dañará el cuello y su cerebro se golpeará repetidamente contra las paredes del cráneo.

¿Es necesario un gran zarandeo para dejar lesiones?
No, el cerebro de un bebé es un órgano inmaduro y con vasos sanguíneos frágiles por lo que cinco segundos son suficientes para causar gravedad. A menudo esa sacudida termina con un golpe contra el colchón de la cuna, lo que contribuirá a agravar el daño.

¿Cuáles son los motivos de la 'sacudida'?

Cuando hablas con los padres o cuidadores, compruebas que lo más frecuente es la frustración y el enfado del propio adulto responsable de su cuidado. Generalmente porque no logran que el recién nacido se duerma o cese un episodio de llanto incontrolado. Un enfado que termina en una sacudida desesperada. Tiene su pico de incidencia entre los dos y los ocho meses de vida.

¿Puede pasar jugando?

No suele verse como causa de un juego, ya que lanzar al aire al bebé no suele conllevar este tipo de lesiones a no ser que se le lance de forma repetida y a alturas mayores de 20 centímetros.

¿Cuáles son las lesiones y sus consecuencias?

El bebé sufre una irritabilidad extrema o con dificultad para estar despierto, respiración irregular, vómitos, color azulado de la piel, sangrado ocular o convulsiones. Según la Asociación Española de Pediatría, uno de cada 10 niños fallece. De los nueve restantes, la mitad sufrirá secuelas graves e irreversibles como parálisis cerebral, ceguera, falta de coordinación motora, problemas de aprendizaje o retraso mental.



En Soria se detectaron 647 casos nuevos de cáncer durante 2024

Colorrectal, próstata, pulmón y mama son las variedades que más incidencia tuvieron en la provincia el año pasado / La previsión es que la enfermedad cause 400 muertes en 2050

JOSÉ SOSA SORIA

Hoy, 4 de febrero, como cada año, se celebra el Día Mundial contra el Cáncer como fórmula para concienciar sobre la enfermedad y promover la prevención y la investigación. Soria es una de las provincias de España con la tasa más alta de nuevos casos. El año pasado se contabilizaron 647 diagnósticos con el cáncer colorrectal, el de próstata y el de pulmón con el mayor número de nuevos diagnósticos. Las cifras que recopila la Asociación Española contra el Cáncer y que publica en su observatorio muestran como la incidencia seguirá creciendo. En 2050 la previsión es la detección de 776 casos en la provincia.

El año pasado en Soria se diagnosticaron, tal y como está explicado 647 nuevos casos de cáncer de los que 393 afectaron a hombres y 254 a mujeres, según el Observatorio de la Asociación Española contra el Cáncer. Soria acredita una tasa de 718 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, la novena más alta de todo el país. La tasa nacional se situó en 2024 en los 597 casos por cada 100.000 habitantes. Los ratios más altos están en la población de más de 75 años.

En Soria, por volumen de casos, y teniendo en cuenta los resultados del año pasado el cáncer más detectado fue el colorrectal con 95 diagnósticos, seguido por el de próstata con 81 casos, pulmón con 72, mama con 68 y vejiga con 52. Si atendemos a la tasa el tipo de cáncer más común en Soria es el de pró-



Una de las actividades de la Asociación Española contra el Cáncer en Soria. MARIO TEJEDOR

ta con 176 casos por cada 100.000 habitantes, seguido del de mama con 153 y el colorrectal con 106. En función del sexo, los cánceres más habituales entre los hombres son los de próstata (81 en 2024), colorrectal (61), pulmón (51) y vejiga (43). En las mujeres sorianas el cáncer más habitual es el de mama con 68 casos el año pasado seguido de colorrectal con 35 y pulmón con 17.

La evolución muestra que Soria vuelve a acercarse a las cifras prepandemia. En 2019, un año antes del covid, se diagnosticaron 666 casos y en 2020 la cifra se elevó has-

ta los 673, la más alta de la última década. Los años siguientes bajó hasta los 634 de 2022 -la cifra más baja de la década- y de nuevo está subiendo. La previsión es alcanzar los 776 casos en 2050.

Los datos del observatorio indican que el año pasado fallecieron 275 personas de cáncer en Soria con 177 hombres y 98 mujeres. De nuevo el mayor volumen se encuentra en los mayores de 75 años. La tasa es de 305 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, la octava más alta del país, aunque lejos tanto de Orense (361) como de Zamora (358)

que tienen las cifras más altas. Atendiendo al tipo de cáncer, la mortalidad más alta se localiza en los pacientes de colorrectal con 55 casos en 2024 seguido de pulmón con 42 y páncreas con 24. Si se ordenan en función de la tasa, colorrectal sigue a la cabeza con 61, seguido de pulmón con 46 y mama sube al tercer lugar con 32. En 2024 murieron en Soria dos personas más de cáncer con respecto al 2023. La previsión de la Asociación Española es que en 2050 se rozan las 400 muertes al año en Soria por esta enfermedad.

LOS DATOS

647

Incidencia. El año pasado se detectaron en Soria 647 casos de cáncer nuevos de los que 393 correspondieron a hombres y 254 a mujeres. La incidencia está en 718 por cada 100.000 habitantes, la novena más alta entre todas las provincias.

95

Tipos. Atendiendo solo al número de casos, el cáncer colorrectal fue el más detectado con 81 casos. Sin embargo, la tasa más alta corresponde al cáncer de próstata con 176 casos por cada 100.000 habitantes.

275

Mortalidad. Durante el año pasado los datos del observatorio de la Asociación Española contra el Cáncer contabilizan 275 fallecimientos en Soria. Se corresponde con una tasa de 305 muertes por cada 100.000 habitantes, la octava más alta del país.

1938

Prevalencia. Los datos de la prevalencia de la enfermedad a cinco años de Soria se sitúan en 1.938 casos, según el observatorio.

2050

Evolución. Las estimaciones de la Asociación Española indican que en el 2050 en la provincia se detectarán 776 casos y en ese año fallecerán 396 personas como consecuencia de algún tipo de cáncer.

La Feria del Vehículo regresa con 150 coches expuestos en Camaretas

Reclaman más apoyo para poder rejuvenecer el parque móvil

J.S. SORIA

El Centro Comercial Camaretas acoge desde el jueves, y hasta el sábado, la XIII edición de la Feria del Vehículo de Ocasión y Seminuevo. Un evento que el año pasado congregó a más de 20.000 personas y concretó 66 operaciones con más de 120 vehículos expuestos. Este año los concesionarios aspiran a exponer unas 150 unidades con condiciones especiales de precio y financiación para dar respuesta a todo el consumidor que busque estrenar vehículo.

«Mientras funcione, repetiremos», explicó gráficamente el gerente de Camaretas, Félix Sanz subrayando que la Feria es un evento «consoli-

dado» y que el año pasado contabilizó unos 22.000 visitantes.

Desde los concesionarios explicaron que el año pasado se logró cerrar 66 operaciones, un volumen muy alto teniendo en cuenta que hubo 127 vehículos expuestos. Unos efectos que también se dejan sentir en los concesionarios tanto en la semana anterior como la posterior de la feria. Además de los precios especiales, desde los concesionarios también se ponen sobre la mesa «condiciones especiales» de financiación. Este año el objetivo es llegar a los 150 vehículos expuestos.

El mercado de vehículo está ya en los niveles precovid y en Espa-

ña se ha vuelto a escalar al millón de unidades vendidas al año con una proporción de 2 vehículos de ocasión por cada nuevo vendido. En Soria suponen unas 1.800 con el añadido de que cada vez más operaciones de este tipo se desarrollan con concesionarios oficiales.

La edad media del vehículo en España supera los 13 años y eventos como la Feria del Vehículo de Camaretas es una ocasión perfecta para rebajar esos ratios. Entre el jueves y el sábado los consumidores podrán elegir entre una variedad de marcas, modelos y tecnología adaptada a todas las necesidades con vehículos de ocasión,



Eduardo Madurga, Félix Sanz y Víctor Mateo. MARIO TEJEDOR

seminuevos y km.0. Un «éxito rotundo», que se espera repetir este año.

Desde los concesionarios también se lanzó un «tirón de orejas» al Gobierno central por la falta de apoyo decidido a las políticas de incen-

tivos económicos que permitan acelerar el proceso para rejuvenecer el parque móvil del país, citando como ejemplo, el perjuicio causado en enero con el decreto omnibus que incluía las ayudas para la compra de coches eléctricos.

> SALAMANCA

Nuevas terapias contra la leucemia

Investigadores del IBSAL demuestran que la inhibición de ciertas proteínas y la glucólisis reduce la proliferación celular maligna en personas con leucemia mieloide aguda. Por **María Bausela**

Científicos de Salamanca trabajan en nuevas terapias contra la leucemia. Investigadores del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) y la Universidad de Salamanca (USAL) demuestran que la inhibición de ciertas proteínas y la glucólisis reduce la proliferación celular maligna en personas con leucemia mieloide aguda, un tipo de leucemia que «tiene un pronóstico bastante desfavorable».

En colaboración con el Servicio de Hematología del Hospital de Salamanca, han podido probar que la inhibición simultánea de NOX2, de la familia de proteínas NOX, y de la glucólisis -proceso en el cual las células descomponen parcialmente la glucosa- reduce la proliferación celular en este cáncer hematológico y mejora la eficacia de la quimioterapia.

Su principal objetivo era «desarrollar nuevas terapias frente a la evolución de la leucemia mieloide aguda que puedan mejorar las existentes, basándonos fundamentalmente en la alteración del metabolismo energético que muestran estas células, en comparación con las sanas», según apunta Ángel Hernández, catedrático del departamento de bioquímica de la Universidad de Salamanca y jefe del grupo de investigación.

«Llevamos unos cuantos años trabajando en una familia de enzimas que se llaman NADPH oxidasas,

Son unas proteínas que se descubrieron en las células sanguíneas hace bastante tiempo y que se pensaba que eran exclusivas de este tipo de células y luego se ha visto que están presentes en todos los tipos celulares de animales de seres pluricelulares. Son proteínas que cumplen una función bastante básica en muchas células, y una de ellas es controlar la comunicación celular».

Dentro de este contexto se han centrado en una de estas proteínas, la mencionada NOX2, «porque es la más abundante en células hematopoyéticas», fundamentalmente analizando la implicación de esta en el control del metabolismo energético de las células leucémicas.

«Nuestros resultados anteriores indican que esta proteína es un factor muy importante en la leucemia mieloide aguda para controlar el metabolismo y pudimos descubrir que también es un factor pronóstico bastante significativo. Así hemos descrito un par de paneles de genes, en los cuales están incluidos unos que están implicados en metabolismo, que son capaces de predecir la supervivencia de los pacientes de esta leucemia y también son capaces de clasificar a los pacientes de una forma bastante correcta en cada uno de los tres escalones de pronóstico que hay, que es pronóstico favorable, desfavorable y pronóstico intermedio».

Tras sentar esta base, en su último trabajo lo que han hecho es razonar que si el NOX2 y el metabolismo son importantes en el contexto de la LNA podría probarse si también repercuten en las terapias.

Para ello han empleado inhibidores químicos de esta proteína, y un inhibidor de esta ruta metabólica. Mediante este método han podido ver que cuando se combinan esos dos inhibidores químicos se es capaz de eliminar la glucólisis «de una manera bastante eficiente, más eficiente que si utilizamos los inhibidores por separado».

«Hay muchísima evidencia que demuestra que las células tumorales en general tienen un metabolismo energético distinto a las células sanas, entonces, cuando encuentras algo que es diferente en una célula tumoral, es muy interesante porque eso te da una posibilidad de encontrar una ventana terapéutica, es decir, buscar algo diferente te permite aplicar terapias que en principio afectan más a las células leucémicas. Por eso adoptamos esta estrategia y pensamos que podría afectar fundamentalmente a las células del LMA y no afectar tanto a las células sanas del paciente», añade Hernández.

Para llegar a esta conclusión el primer paso fue probar nuestra idea en líneas celulares, que son células inmortales que se utilizan en los laboratorios para analizar



Clara, Carla, Angel y Lucía, miembros del equipo de investigación. E.M.

procesos básicos. Una vez que probamos distintas alternativas terapéuticas y vieron que parecían efectivas las mejores alter-

nativas fueron probadas posteriormente en las células de pacientes.

En este sentido el investigador

BLOG
OPINIÓN

Recetas agridulces desde Davos 2025

JORGE IZQUIERDO

Aunque el común de los mortales sigue el Foro de Davos más como un teatro para las grandes potencias mundiales y los poderes económicos, no está de más subrayar que muchas de las cuestiones que se abordan deben ser tenidas muy en cuenta.

En esta ocasión, queríamos centrarnos en el informe que la consultora McKinsey presentó en Davos 2025, que aborda cuestiones de gran interés estratégico sobre Europa y sobre España en particular.

Este informe señala que Europa está aplicando una especie de «rendición preventi-

va» en el ámbito tecnológico en relación a nuestros competidores Estados Unidos y China. En el periodo 2015-2022 las grandes corporaciones europeas invirtieron 700.000 millones de euros menos al año que sus homólogos americanos (3.000 euros anuales per capita menos), lo que hace que el rendimiento del capital europeo sea un 4% inferior, e implicaría una reducción de riqueza muy significativa hasta 2040. Y todo esto sin tener en cuenta los aranceles que el nuevo Gobierno de Estados Unidos plantea para muchas de nuestras exportaciones.

Para España el plato es bastante agridulce. Nuestra economía que, según algunos «va como una moto», adolece de una languidez continuada en materia de inversión en I+D (un 1,4% sobre el 3% previsto), y una enorme factura pendiente por la fuga de talento y la sobrecualificación de nuestros empleados, que lastra nuestro desarrollo y el modelo de país.

Como elemento para el optimismo, se destaca que España tiene una oportunidad clave para liderar la transición energética en Europa. La reindustrialización asociada a las energías renovables podría incrementar PIB de la Península Ibérica hasta en un 15%, generando aproximadamente un millón de empleos (700.000 en España), además de aumentar los ingresos estatales hasta un 10% y las exportaciones hasta un 20%.



El problema es que, para lograr este avance, debemos acelerar la reindustrialización verde, invirtiendo en tecnologías como el hidrógeno verde y la electrificación del transporte, y en infraestructura de redes y almacenamiento energético para optimizar la generación renovable. Además, advierte de la necesidad de

duplicar la inversión en I+D y de desarrollar un marco regulador estable y atractivo.

En resumen, si nuestro país quiere seguir garantizando el nivel de vida de los españoles debe apostar de verdad por la inversión en I+D+i, el desarrollo del talento, la reindustrialización verde inteligente y en un marco normativo asumible para la inversión.

Jorge Izquierdo es gerente de la Fundación General de la UBU.

ÁNGEL HERNÁNDEZ, CATEDRÁTICO DEL DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

«Una enfermedad con muchísimas alteraciones genéticas, translocaciones y mutaciones»

Ángel Hernández, catedrático del departamento de bioquímica de la Universidad de Salamanca y jefe del grupo de investigación, apunta que llevan más de una década trabajando en esta familia de enzimas.

«Inicialmente, llevamos a cabo estudios básicos de cuál es la importancia de estas enzimas en la hematopoyesis -el proceso de producción de las células sanguíneas- y luego ya nos hemos ido dirigiendo más hacia la leucemia, y ahora estamos más interesados en el papel de estas enzimas en la leucemia mieloide aguda y la leucemia mieloide crónica para el desarrollo de nuevas terapias para esta leucemia que tiene un pronóstico bastante desfavorable».

La leucemia se puede clasifi-

car en aguda o crónica y el linfóide o mieloide. En el caso de la tipología aguda o crónica esta tiene que ver con el curso de la enfermedad. Cuando es aguda es una enfermedad muy rápida, y si es crónica es una enfermedad con un desarrollo más lento.

Y en el caso de la diferenciación entre leucemia linfóide o mieloide esto depende de qué línea hematopoyética afecta. De esta manera, si es linfóide afecta a la línea linfóide, a los linfocitos que son parte del sistema inmunitario y se forman a partir de células madre en la médula ósea. Mientras que si es mieloide afecta a la línea mieloide, a los mielocitos, que son glóbulos blancos inmaduros que se encuentran principalmente en la médula ósea.

«Si hablamos de la leucemia mieloide aguda y crónica, la diferencia es este desarrollo, pero también causas genéticas. Las causas moleculares que las provocan son muy, muy diferentes. La crónica está inducida por una modificación genética muy concreta. Mientras que la aguda, que es la que nos ocupa en este caso, es una enfermedad muy muy heterogénea, en la que se han descubierto muchísimas alteraciones genéticas, translocaciones y mutaciones, para las cuales aún no se sabe cuál es su importancia o implicación en el desarrollo de la leucemia. Esto complica mucho el estudio de esta leucemia y el tratamiento, por eso no ha cambiado mucho desde los años setenta», explica.

efecto es igual que en que digamos en las células de experimentación».

Además, probaron también el efecto de la terapia en células de individuos sanos y vieron que eran más resistentes que las de los pacientes con leucemia mieloide aguda. Finalmente, realizaron un ensayo analizando la efectividad de esta terapia en modelos animales en vivo con modelos de ratones y vieron que «era una terapia efectiva para eliminar las células tumorales».

Estos son resultados preclínicos. «Nosotros somos un grupo básico que está interesado por la leucemia e intentamos discernir mecanismos y terapias, pero para que esto llegue al paciente tendría que haber ensayos clínicos. Algo de lo que estamos bastante lejos todavía».

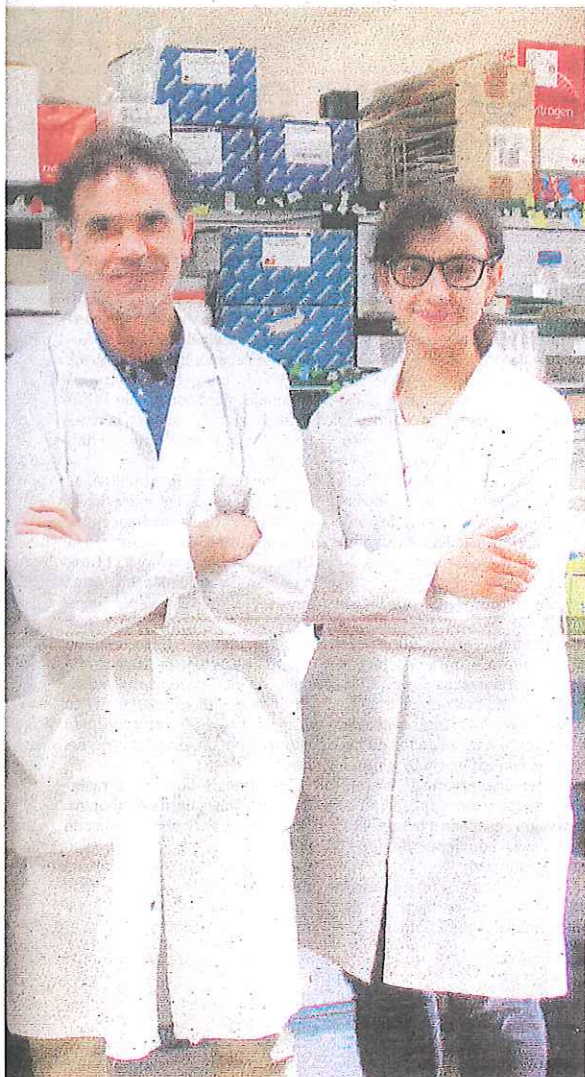
En este contexto, asegura que están «en manos del interés que tenga la industria farmacéutica, porque hay descubrimientos que al final no acaban en ensayos clínicos, según cuál sea el interés de la industria».

Pero afirma que en función a los datos que han obtenido se puede llegar a la conclusión de que esta investigación «podría mejorar las terapias o complementar las terapias existentes en este momento, porque uno de nuestros resultados es que estos agentes mejoran la eficiencia de la quimioterapia que se está utilizando actualmente en los pacientes, y reducir la aparición de resistencias».

Además, incide que es muy probable que esta metodología se pudiera aplicar a otros tipos de tumores. «Solo habría que pro-

barlo, fundamentalmente porque las células tumorales tienen un metabolismo energético alterado, entonces esa es una línea terapéutica muy interesante. Habría que ver otros tipos de tumores y la implicación de estos dos factores porque por ejemplo en leucemia sería relativamente probable, pero en otros tipos de tumores a lo mejor no habría lugar a utilizar esta estrategia».

Actualmente, este grupo de investigación sigue trabajando en la misma línea de investigación, «buscando otras alternativas, intentando entender mejor cuál es el papel de estos dos componentes y el metabolismo en el desarrollo de las células leucémicas para buscar nuevas alternativas que mejoren las terapias existentes», concluye el profesor de la Universidad de Salamanca.



apunta que el poder colaborar con el Servicio de Hematología del Hospital salmantino les da la posibilidad «de probar estas tera-

pías no solo en las líneas celulares, que utilizamos en primer lugar, sino también en células de pacientes, donde analizamos si el

BLOG OPINIÓN

I.A. de bajo coste. ¿Será posible?

EMILIANO MUÑOZ VICENTE

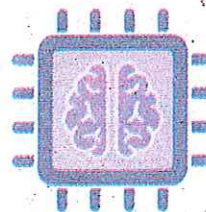
Ha aparecido un nuevo protagonista asiático, al que en este momento no se esperaba, en el panorama mundial de la inteligencia artificial que todo lo está cambiando. Supone un gran cambio en el mismísimo núcleo del cambio. La presentación de un nuevo modelo de inteligencia artificial realizada hace sólo unos días por la empresa china Deep Seek ha supuesto una sacudida en los sectores tecnológico y económico mundiales.

Hasta la fecha, los principales proveedores de productos y servicios de inteligencia artificial eran todos empresas occidentales,

fundamentalmente norteamericanas, que están apoyadas en ingentes centros de datos e inversiones multi mil millones. De todos «era» sabido que entrenar modelos de I.A. y desarrollar productos de este tipo es muy caro y requiere una gran potencia de cálculo que sólo puede ser proporcionada por miles de costosísimas GPUs. Estas GPUs son tarjetas electrónicas especializadas en cálculos matemáticos; entre todos los fabricantes de éstas destaca NVIDIA. En pleno auge de la inteligencia artificial existe una gran demanda de GPUs lo que impulsa a NVIDIA a ge-

nerar cuantiosos beneficios de los que participan inversores en los mercados financieros de todo el mundo.

Pues bien, desde finales del pasado enero los cielos de la I.A. «puede» que se hayan movido para siempre. Digo «puede» porque aún hay aspectos que precisan aclaración. Deep Seek ha hecho público un producto capaz de competir con ChatGPT y el resto de opciones actualmente en el mercado. Hasta aquí todo en orden: un nuevo competidor a disposición de todos... Nada fuera de lo común, si no fuera porque Deep Seek ha publicado como código libre (disponible para cualquiera) una parte importante de su producto, lo ha acompañado de un «paper» que describe como lo han logrado y, lo más impactante: dicen haberlo logrado con un coste de computación y económico ridículo si lo compara-



mos con el resto de los productos disponibles hasta la fecha. Insisto en que aún hay aspectos de su implementación que requieren ser entendidos en profundidad y validados por los expertos. De ser cierto el bajo coste de desarrollo: estamos ante la siguiente revolución tecnológica en el sector.

Por un lado esto me recuerda al anuncio en 1989 de que la generación de energía mediante «fusión fría» era posible (con medios de andar por casa, en vez de en complejos reactores nucleares); en pocos días científicos de todo el mundo lo desmintieron. Por otro, mi instinto me dice que va a resultar que sí que estamos ante el siguiente acelerador de los cambios que está suponiendo la I.A. en las vidas de todos.

Emiliano Muñoz Vicente es director de proximasystems.net.

> PERSONAJES ÚNICOS / MÓNICA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ



Esta investigadora se incorporará próximamente al Centro de Investigación del Cáncer de la Universidad de Salamanca para liderar como investigadora principal un nuevo laboratorio con el que buscan entender las bases moleculares de la resistencia al tratamiento de cáncer de algunos tumores. Por **María Bausela**

Resistencia al tratamiento del cáncer

La investigadora Mónica Álvarez Fernández se incorporará próximamente al Centro de Investigación del Cáncer de la Universidad de Salamanca como investigadora titular del CSIC para liderar un nuevo laboratorio con el que buscan entender las bases moleculares de la resistencia al tratamiento de cáncer. Natural de Asturias, tras su paso por el grupo de División Celular y Cáncer en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) en Madrid y el grupo de Oncología de Cabeza y Cuello del ISPA y el Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA) esta se incorporará al equipo de Salamanca para entender esta resistencia a los tratamientos y comprender por qué unos tumores responden a las terapias antitumorales y otros no.

Con su llegada a este nuevo laboratorio su objetivo fundamental es «buscar nuevas estrategias terapéuticas alternativas que eviten esa resistencia y ser capaces de predecir qué pacientes van a responder o no para poder personalizar su tratamiento».

«En el pasado he trabajado para ver la utilidad de esas moléculas que regulan el ciclo celular en las resistencias a quimioterapia y radioterapia en los tumores de cabeza y cuello, que son los que surgen, en la garganta, la faringe, la laringe y la cavidad oral, ya que no hay fármacos específicos y se tratan con quimioterapia convencional o con cirugías que, por el sitio en el que están los tumores, tienen muchas secuelas y uno de los problemas que tienen estos pacientes es que en muchos casos no responden a la quimioterapia y a la radioterapia», afirma la investigadora.

«Me surgió la posibilidad de acceder a una plaza del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) para este centro que es de los pocos que hay del CSIC están especializados en cáncer, porque la mayoría son como multidisciplinarios. Me presenté y conseguí esta plaza que es una gran oportunidad en mi carrera».

Álvarez afirma que la idea en Salamanca es continuar en colaboración con la unidad de Oviedo para seguir con la línea de investigación que ya tenía implementada de estos tumores de garganta, cabeza y cuello ampliando el ámbito de trabajo los de pulmón, con el subtipo de escamosos de pulmón, ya que son pa-



La investigadora Mónica Álvarez, que se incorpora al Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca. E.M.

recidos molecularmente a los anteriores. Estos representan el 25% de todos los tumores de pulmón y tienen una supervivencia bajísima cercana al 17% porque, aunque se tratan con quimioterapia y radioterapia, no hay tratamientos específicos para ellos. Así sigue con su amplia labor investigadora enfocada en el desarrollo de nuevos modelos preclínicos y estrategias terapéuticas en este tipo de tumores.

Una vez se incorpore a este equipo van a realizar ensayos no dirigidos que comparan tumores resistentes con tumores sensibles para ver

qué hay distinto a nivel de la célula única tumoral para caracterizar la heterogeneidad dentro de un mismo tumor.

«Para ello tratas uno de esos modelos con quimioterapia, por ejemplo, o con compuesto de platino, que se utiliza para este tipo de tumores en muchísimos pacientes, parte de esas células tumorales se mueren y responden a este tratamiento, pero hay unas poquitas, que es lo que se llaman células persistentes del tumor, que son capaces de sobrevivir a esa terapia y con el paso del tiempo pueden volver a generar el tu-

mor», explica.

«Eso es lo que en la clínica da lugar a las recaídas, por ello gran parte de la investigación que vamos a hacer es intentar caracterizar esas células que persisten al tratamiento que después vuelven a generar esas células resistentes y vamos a probar a hacer lo que se llaman 'screenings' como cribado de fármacos que ya están aprobados para otro tipo de tumor y ver si son capaces de eliminar esas células residuales persistentes».

En caso de que esta investigación resulte fructífera su propuesta es que se podría combinar ese fármaco

testado con la quimioterapia o con la radioterapia, que es la que mata a la mayoría de las células que se dividen, para además conseguir eliminar esas células persistentes residuales.

«De una manera ya dirigida vamos a seguir con una investigación que estoy realizando para ver la utilidad terapéutica de los inhibidores de CDK4 y CDK6, unos fármacos que ya han sido aprobados para el cáncer de mama, como potenciadores de los tratamientos de la quimioterapia y la radioterapia», añade.

«Vamos a intentar validar que la combinación de ese fármaco con estos tratamientos mejora el efecto terapéutico probándolo en esos modelos de organoides y después pasaremos a los modelos in vivo en ratones para ver también la toxicidad, cómo hacer la administración y, si todo va bien, igual en un futuro dar paso a ensayos clínicos».

Así busca entender por qué unos tumores responden a la quimioterapia y radioterapia y otros no con dos objetivos para esta nueva etapa, buscar nuevas estrategias o combinaciones terapéuticas que mejoren o aumenten la eficacia de los tratamientos. Pero además quieren poder predecir qué paciente va a responder y cuál no a la quimioterapia y la radioterapia para poder personalizar los tratamientos.

Para ello la primera fase de esta investigación que va a iniciar en Salamanca será realizar un análisis global de las células tumorales resistentes a esos tratamientos para buscar vulnerabilidades genéticas y fármacos que puedan eliminar esas resistencias. La segunda pasaría por validar esas nuevas estrategias o biomarcadores en múltiples modelos derivados de pacientes para ver la aplicabilidad de lo que se haya descubierto. Y una última fase sería validarlo en modelos animales para ver ya el efecto, no solo en el tumor, sino en todo el organismo.

Mónica Álvarez Fernández incide que la principal motivación detrás de su trabajo es «poder contribuir a mejorar la calidad de un tratamiento o la supervivencia de los pacientes con cáncer. Aunque es verdad que este tipo de investigación es muy a largo plazo y los resultados tardan, pero sí sirve para que en un futuro se pueda mejorar la calidad de vida porque será un tratamiento menos tóxico, pues la misión estará conseguida».

> VALLADOLID

Un hidrogel que trata lesiones óseas

Investigadores de la UVa trabajan en un grupo de investigación internacional que ha desarrollado un material capaz de reparar de forma poco invasiva lesiones como las producidas por el cáncer. Por **María Bausela**

Investigadores de la Universidad de Valladolid (UVa) trabajan en un grupo de investigación internacional que ha desarrollado un hidrogel eficaz en el tratamiento de lesiones óseas complejas. El equipo liderado por miembros del grupo de investigación reconocido de la UVa, BIOFORGE, ha diseñado este innovador material capaz de reparar de forma poco invasiva lesiones graves en los huesos como las producidas por el cáncer.

La iniciativa se remonta a 2013, cuando nos sumamos al consorcio de investigación europeo Angio-MatTrain. Allí se sentaron las bases y surgieron colaboraciones clave con la Universidad de Galway (Irlanda). Estas sinergias han evolucionado para incluir también a la empresa Boston Scientific, líder mundial en dispositivos de catéteres, con quienes trabajan en la aplicación de estos hidrogeles para el corazón infartado. Y en el caso de la regeneración ósea, colaboran con la Universidad Nacional de Rosario (Argentina), que aporta modelos animales complejos para validar la eficacia de estos biomateriales en situaciones clínicas difíciles.

Así se dio paso a este proyecto

que se centra en el desarrollo de «biomateriales en forma de hidrogeles inyectables para la regeneración de tejidos dañados», con el objetivo principal de llevar estos materiales a la práctica clínica.

«Para ello, debemos definir la estrategia regulatoria ante organismos como la EMA (en Europa) y la FDA (en Estados Unidos) y, en paralelo, establecer un plan de negocio que permita la producción y comercialización de estos biomateriales. En esencia, queremos que la tecnología sea viable a escala industrial y esté disponible para su uso en hospitales», explica José Carlos Rodríguez Cabello, catedrático del Departamento de Física de la Materia Condensada en la Universidad de Valladolid y director de BIOFORGE.

«Estos materiales, inspirados en proteínas naturales que dan soporte e integridad a los tejidos, pueden reclutar células sanas del entorno y 'guiarlas' para que regeneren la zona afectada, sin necesidad de introducir células externas».

La gran ventaja de esta estrategia es que el hidrogel puede administrarse de forma mínimamente invasiva, lo que facilita su aplicación clínica.

«Nuestro enfoque ha sido posible gracias a una investigación multidisciplinar que combina biotecnología, química, ciencia de materiales e ingeniería biomédica. Además, ya hemos demostrado su eficacia en la regeneración de tejidos isquémicos, como el músculo cardíaco afectado por infarto. En este proyecto actual, estamos estudiando la eficacia de estos materiales en la regeneración ósea y cartilaginosa en lesiones extensas», añade.

Las lesiones óseas severas, por traumatismos, tumores o defectos congénitos, «son un problema sanitario de gran magnitud, que afecta la calidad de vida de los pacientes y sobrecarga los sistemas de salud».

«Aunque la ingeniería de tejidos ha despertado mucho interés como estrategia terapéutica, los resultados hasta ahora no han sido concluyentes. Nuestros hidrogeles, con su capacidad demostrada en la regeneración de otros tejidos, ofrecen una solución prometedora para favorecer la reparación de hueso dañado de manera poco invasiva y eficaz», añade.

El proceso llevado a cabo para la investigación se compone de varias etapas que pasaron, en pri-

mer lugar, por la realización de la investigación y la prueba de concepto, que ya han sido completadas. A continuación, se da el desarrollo de producto, que implica diseñar la ruta regulatoria y el modelo de negocio para escalar la producción.

Paralelamente, avanzan en los ensayos preclínicos y, cuando estos estén concluidos con éxito, abordarán los estudios clínicos en humanos. «En algunos casos, puede contemplarse un 'uso compasivo' o demostrativo antes de obtener la aprobación definitiva, siempre que los comités éticos lo autoricen».

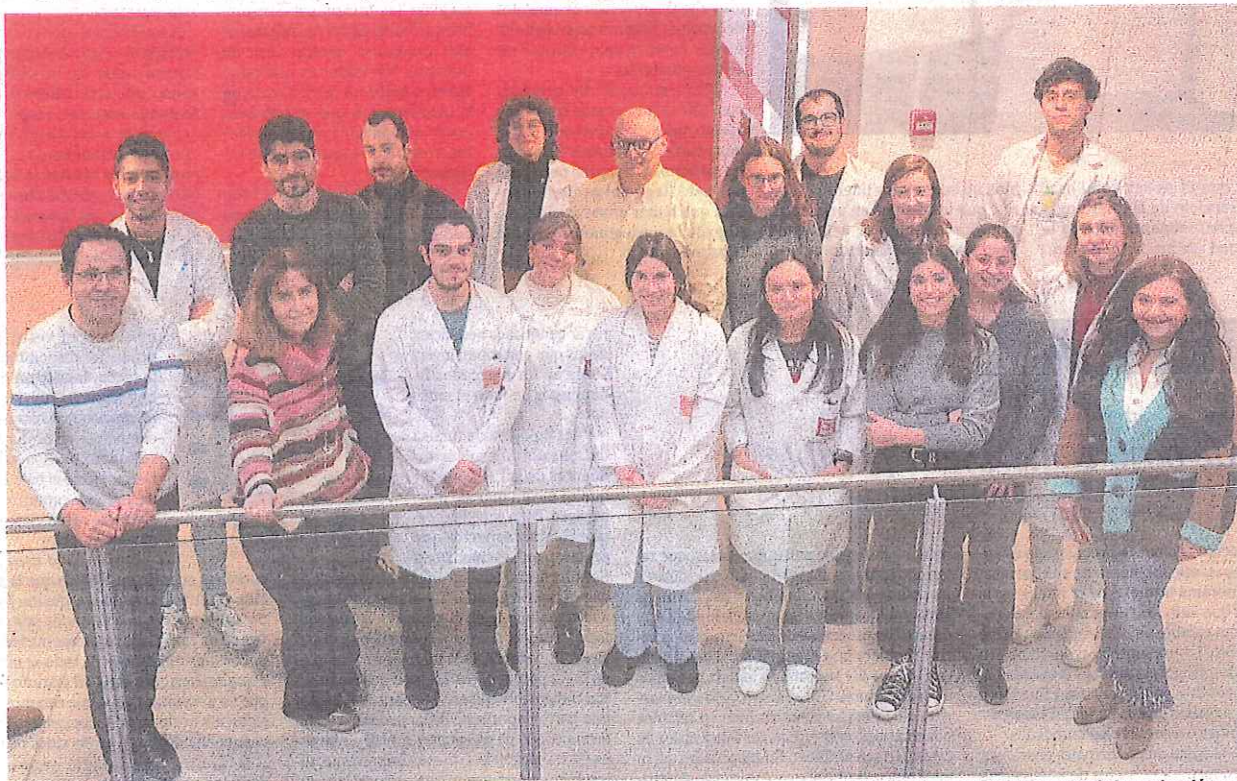
«Hemos superado la fase de prueba de concepto y estamos entrando en la etapa de desarrollo de producto. Contamos con la ventaja de que para otras aplicaciones, como en corazón infartado, el proyecto está más avanzado y se acerca a las pruebas en humanos. Esa experiencia y los datos obtenidos servirán para acelerar la aprobación y aplicación de la versión destinada a la regeneración ósea, reduciendo tiempos y costes», asegura.

Para ello han dividido el trabajo entre las entidades participantes de tal manera que BIOFORGE se

encarga del diseño del biomaterial y de su producción a escala de laboratorio, así como de su caracterización física, química y biológica 'in vitro' y 'ex vivo'. Y el grupo de la Universidad Nacional de Rosario de Argentina realiza ensayos 'in vivo' en modelos animales complejos para comprobar la eficacia de los hidrogeles en la regeneración de hueso en casos clínicos difíciles.

«Nuestro principal objetivo es seguir ampliando las aplicaciones de estos hidrogeles a otros tejidos dañados. En colaboración con la Universidad de Galway y el Hospital San Carlos de Madrid, estamos explorando su uso para la regeneración de tejido cerebral tras un ictus. También trabajamos en adaptar estos biomateriales a técnicas de biofabricación avanzadas, como la bioimpresión 3D, lo que abriría la puerta a terapias aún más personalizadas en el futuro».

«En síntesis, buscamos trasladar este avance desde el laboratorio hasta los pacientes, ofreciendo soluciones mínimamente invasivas y eficaces para la reparación de tejidos dañados, ya sea en el corazón, los huesos u otros órganos», concluye Rodríguez.



Miembros del grupo de investigación reconocido de la Universidad de Valladolid, BIOFORGE, que lidera el proyecto de investigación, E.M.

> BURGOS

Un estudiante de la UBU trae la Roma antigua al Museo de Burgos con tecnología 3D

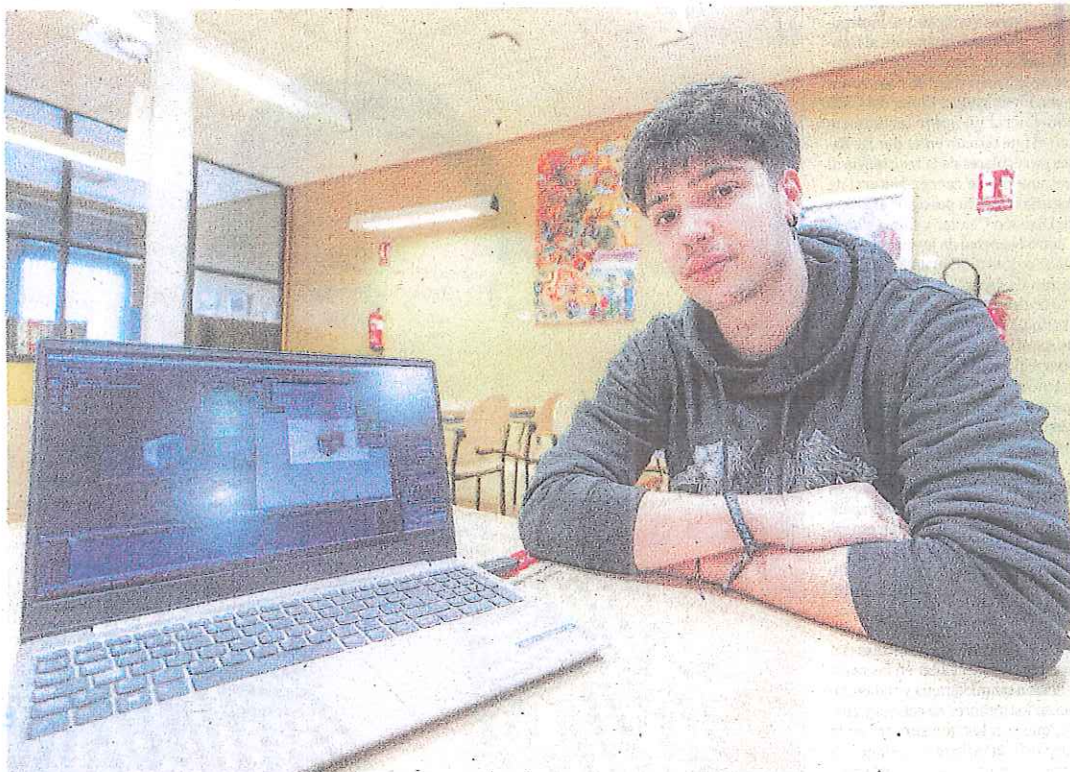
Alex Da Silva ha logrado devolver a la vida un arca ferrata romana hallada en Buniel gracias a avanzadas técnicas de modelado 3D. Este proyecto, desarrollado en colaboración con el Museo de Burgos, recrea con precisión una caja fuerte del Bajo Imperio. Por **María Merino**

La tecnología nos permite hoy algo que hace unas décadas parecía imposible: revivir el pasado con una precisión asombrosa. Un ejemplo extraordinario de esta unión entre innovación y arqueología es la reconstrucción virtual de un arca ferrata romana, llevada a cabo por la Universidad de Burgos en colaboración con el Museo de Burgos. Este tipo de caja fuerte del Bajo Imperio, hallada en el yacimiento de Buniel, representaba no solo una herramienta de seguridad para los romanos, sino también un símbolo de riqueza y poder, gracias a sus decoraciones con relieves de gorgonas y cabezas de león.

El proyecto, liderado por el estudiante Alex da Silva Suárez como parte de su trabajo de fin de grado en Comunicación Audiovisual, ha conseguido revivir esta pieza única, datada entre los siglos IV y V d.C., a pesar del deterioro causado por el incendio que destruyó parte de la villa romana donde se encontraba. A través de avanzadas técnicas de modelado 3D, Da Silva ha recreado cada detalle del diseño del arca, desde sus dimensiones hasta los materiales originales, como el hierro y el bronce. Esta iniciativa no solo recupera una joya histórica, sino que también marca un avance significativo en la aplicación de la tecnología digital para preservar y difundir el patrimonio cultural, conectándonos de manera inédita con la grandeza del mundo romano.

El término arca ferrata se refiere a un tipo de caja fuerte o caja de seguridad que se utilizaba en la antigüedad para guardar objetos de valor y protegerlos de robos o daños. Habitualmente estas arcas estaban hechas de madera y recubiertas con láminas y clavos de hierro, y ciertos elementos decorativos de bronce. El hierro no se utilizaba únicamente para reforzar la estructura de la caja, sino que también se podía utilizar de una manera ornamental a través del patrón de las tachuelas.

Las arcas ferratas podían ser portátiles o no portátiles, esto dependía de su tamaño, de si tenía patas o no, o incluso si se encontraba incrustada a una de las paredes de la vivienda. El tamaño del arca varía según su portabilidad, mientras que las arcas encastradas solían ser de dimensiones más grandes, las portátiles solían ser de más reducidas y dedicadas a fines privados o comerciales. Según el material predominante encontramos



El estudiante de la Universidad de Burgos Alex da Silva muestra su trabajo sobre una arca ferrata romana. SANTI OTERO

varios tipos: arcae ferratae (hierro), arca lineae (madera) y arca aerae (bronce).

Este proceso ha contado con varias fases; la primera fue la documentación y diseño. Para una correcta documentación, Da Silva realizó una profunda investigación acerca del objeto que iba a reconstruir en 3D. Se centró en buscar multitud de imágenes y documentos de este tipo de arcas para poder observar características comunes entre sí. Además, en este caso contaba con la posibilidad de poder visualizar físicamente los restos encontrados en el yacimiento, y junto a la participación activa de la restauradora del Museo de Burgos, Adelaida Rodríguez, fue fundamental y de gran ayuda, afirma Da Silva.

Toda esta información recopilada, repercutiría directamente sobre el diseño. En esta fase se realizaron varias opciones posibles según la documentación y los restos que poseía el museo. Al comienzo se realizaron cuatro diseños posibles: dos arcas rectangulares y dos cua-

dradas, y cada una de estas una con patas y otra sin patas. Finalmente, contrastando la información que poseían, se optó por la opción rectangular con patas.

Para la fotogrametría se ejecutó una sesión fotográfica para obtener imágenes de cada elemento desde diferentes ángulos y perspectivas. Tras obtener estas imágenes, pasaron por un software específico de fotogrametría. Y tras obtener los resultados, éstos se usaron de referencia dentro del software de modelado y animación 3D, Blender. Esta primera sesión sería clave posteriormente en la fase de modelado para la obtención de un modelo 3D lo más exacto posible de ciertos elementos singulares, como la gorgona o las argollas de los leones.

Tras estos pasos, Da Silva abordó la recreación de las piezas que conformaban el arca ferrata, para esta tarea también se utilizó el software de modelado y animación 3D Blender. Se pudo realizar una hipotética recreación del modelo del arca. Una vez finalizado el modelado,

se ejecutó el texturizado de éste. Para ello se crearon varios materiales procedurales que imitarían los acabados de madera de roble, hierro y las aleaciones de bronce. Posteriormente, para que la escena se viese bien iluminada se realizó un esquema de iluminación básico con dos luces frontales y una trasera.

Para finalizar, y poder ver el arca desde todos sus ángulos, Da Silva nos cuenta que la mayor parte de la animación se encuentra sobre la cámara, ya que es el elemento que rota sobre el arca, pero en ciertos momentos, también se puede ver como algunos elementos del arca se mueven.

Para la obtención de un producto final adecuado, se realizaron diversas modificaciones sobre el renderizado final. En el vídeo explicativo se pueden observar diversas pausas con efectos que nos muestran tanto imágenes como textos explicativos, y también podemos observar vídeos de los materiales más en detalle, datos acerca de las dimensiones, la utilidad del arca o de ciertos elementos, etc.

A lo largo de todo el proceso han surgido diversos descubrimientos, según Da Silva. El más importante, es una pieza que al comienzo consideraron que podría ser la llave del arca y que, sin embargo, resultó ser la pieza que conecta la tapa del arca con el cuerpo, manteniéndola cerrada.

Da Silva considera que esta investigación que ha realizado puede impulsar de gran manera a que el Museo de Burgos, u otros museos, lleven a cabo este tipo de prácticas. Además, asevera que estas elaboraciones con herramientas novedosas y modernas son clave en el futuro de las exposiciones de restos antiguos. El uso de este tipo de herramientas, ya sea la elaboración de contenido multimedia, las reconstrucciones en 3D, el uso de la realidad virtual o aumentada puede llegar a ser clave para el futuro atractivo de los museos, asevera Da Silva. Además, considera que este tipo de colaboraciones con alumnos permiten mejorar a los estudiantes y adentrarse poco a poco de manera segura al sector laboral.

PAPER

EL DOLOR INAGOTABLE DE ELOI, CON MIGRAÑAS DESDE LOS CINCO AÑOS

Tiene 13 años y desde los cinco sufre dolores de cabeza que le llevaron a participar en un ensayo clínico. El primer trimestre acumuló casi 100 horas perdidas de clase. La migraña es la segunda enfermedad más frecuente del mundo y la séptima más incapacitante. Afecta al 7% de los niños de su edad

Por Pedro Simón (Alforja, Tarragona). Fotografía de Pedro Salado (Arriba Press)

New Balance®

"ES COMO
SI ME CLAVARAN
UN CUCHILLO
EN LOS OJOS"

PAPEL EN PORTADA

Por Pedro Simón (Alforja, Tarragona)
Fotografía de Pedro Salado (Araba Press)

Existe un niño que ha faltado casi 100 horas de clase durante el primer trimestre; que no debe mirar el móvil porque las pantallas le hacen más daño que a los demás; al que quitaron el tomate y el chocolate para ver si mejoraba; con el que los neurólogos han probado a administrarle anticonvulsivos, antidepresivos, anti-epilépticos, anestésicos y otros fármacos para tratar de aliviar la intensidad de su mal; que sabe lo que es celebrar la Nochevieja con su familia a la hora de comer porque —con el paso de las horas— puede ponerse peor y que no ha de recibir una sorpresa, ni siquiera alegre: si es así y se emociona demasiado, acaso sufra una crisis.

No tiene una enfermedad rara. No tiene una patología de nombre impronunciable. Lo que tiene Eloi a sus 13 años son migrañas salvajes desde que cumplió los cinco.

—Es como si me clavaran un cuchillo en los ojos. Como si me los estuvieran apretando muy fuerte.

Sus padres saben detectar la inminencia de un episodio crítico igual que un viejo marinero ve venir la borrasca. Primero Eloi comienza a hacer una especie de bostezo exagerado; luego la piel se le va tornando pálida; después es el derrumbamiento más absoluto.

«Suele ser por la tarde o por la noche, comienza el dolor fortísimo y vomita, y termina mareado, inestable, como si le pasara un camión por encima», cuenta Vicente, su padre, trabajador en el puerto de Tarragona. «Cuando le da fuerte, le puede durar un día o más», prosigue Raquel, la madre, profesora de instituto. «Le ponemos frío en la frente. Se mete en cama. A oscuras. En la casa guardamos silencio. Y toca esperar. A veces te pide contacto, sentirte: 'Cógeme, por favor'. Y yo lo abrazo».

Y entonces se hace de noche en su habitación aunque sean las tres de la tarde. Pero también se hace un poco de noche en toda casa aunque haya un sol de bandera: ese dolor de la madre y del padre viendo sufrir al hijo que es un dolor al cubo.

Cómo es vivir siendo un niño con multitud de crisis de migraña cada mes. Cómo es que tus padres —a su pesar— no te puedan dejar que juegues nada más que diez minutos al videojuego *Brawl Stars* con el móvil. Cómo es celebrar una Nochevieja por la mañana, cuando no suenan petardos que parecen granadas, ni hay luces que parecen disparos, ni asoma todavía un cansancio infantil que en Eloi anuncia tormenta.

(...)

Decía Mike Tyson que todo el mundo tiene un plan hasta que recibe la primera hostia.

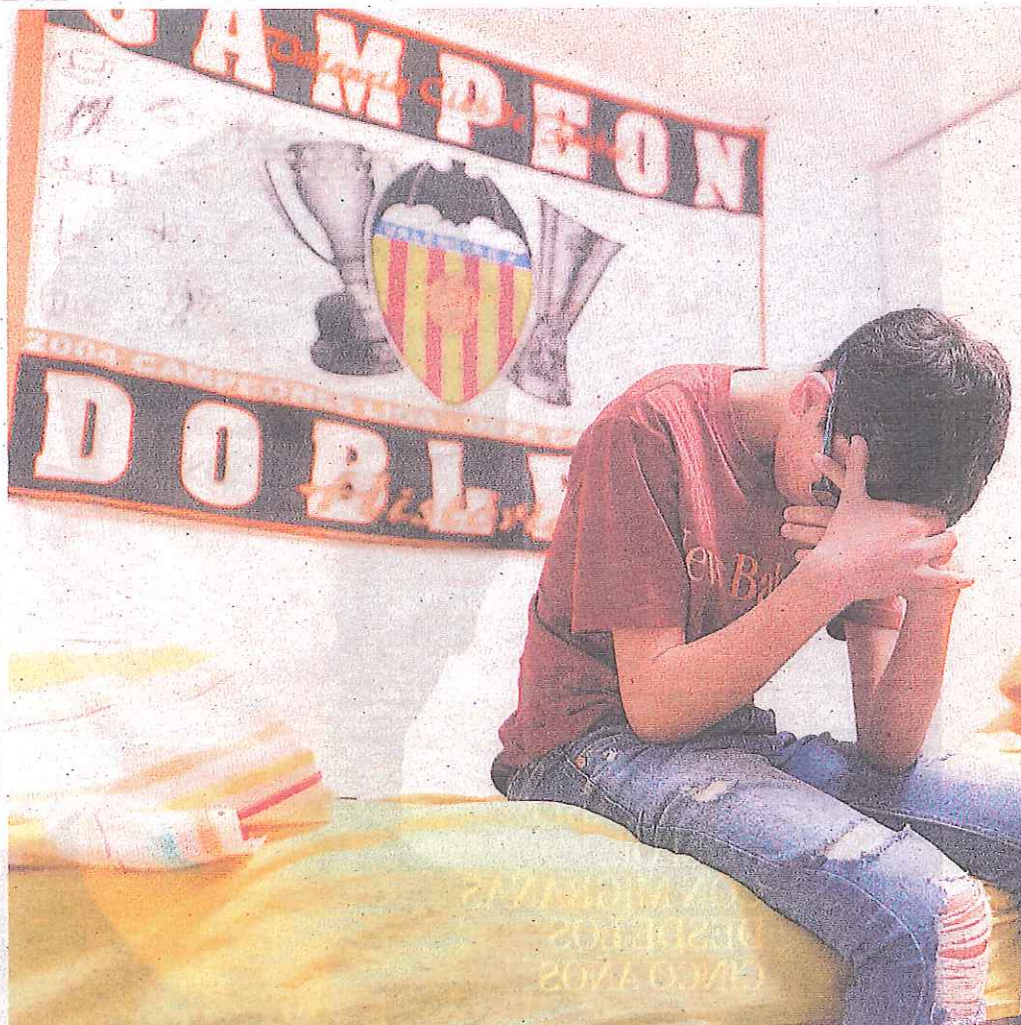
El plan de la familia Morató Escrivà no era nada de película. Quererse, tener un par de hijos, viajar. Hacer una vida normal, vaya. En esas estaban cuando pasó lo que decía el filósofo de Brooklyn.

«La primera vez fue cuando salía del colegio con cinco afitos, andaba como aletargado, tenía ganas de vomitar, se quedó amarillito», arranca a hablar Raquel. «Al día siguiente estaba bien y pensamos que era un virus».

Así fueron viniendo otros virus, siempre con las mismas señales: algo que aparecía, golpeaba y se marchaba. En un teatro de Valencia —enumeran—. «Estaba riéndose con su prima y al minuto siguiente empezó a quejarse de la cabeza y tuvimos que sacarlo fuera, donde echó todo lo que tenía dentro». A las dos semanas de nacer su hermano pequeño en primavera —evocan—. «Comenzó de nuevo con la cabeza y las arcadas. La enfermera preguntó cuánto tiempo llevaba así. Le dijimos que un día. Se lo llevó a una habitación y le puso una vía».

Otro episodio más en la escuela. Y otro en el parque. Y otro en un cumpleaños.

—A veces me mareo y hay veces en que siento escalofríos. Siempre me dan ganas de vomitar.



En 2017 tuvieron el diagnóstico de aquello que fuera que mantenía postrado a su hijo un día no y otro sí: migraña infantil. El 2018 fue el peor año que recuerdan: aquellas vacaciones de verano, el niño que no sabía lo que le estaba pasando tuvo el primer ingreso de los muchos que vendrían a causa de su patología en el Hospital de Gandía. Bajas escolares. Fármacos que no funcionaban. Planes que se perdían. «Lo mejor fueron los amigos en el colegio», cuenta su madre. «Cuando le daba una crisis, varios se quitaban las chaquetas y le hacían un

del hijo, echaron cuentas y vieron la dimensión del daño. Por ejemplo, en el calendario de 2020 que hoy tenemos delante, contamos 59 cefaleas marcadas con rotuladores naranja y azul. En el de 2022, tras la pandemia, suman ya 180.

Quién vive así. Qué niño crece de esa interrumpida manera. Jaquecas que podían durar unas horas o más de un día. Cefaleas que lo dejaban noqueado. Y el hartazgo, claro. A pesar de su buen humor, de su sociabilidad, de sacar notas decentes en tales circunstancias, de estar siempre riendo y bromeando; a

Eloi, de 13 años, la pasada semana en su domicilio de Alforja, Tarragona.

Para un niño que ha ocupado la posición de portero en la selección de Tarragona de fútbol-sala, los nombres deberían ser los de Oblak, Unai Simón, Ter Stegen, Courtois, Mamardashvili. Pero sus nombres todos estos años han sido flunarizina (un vasodilatador para el tratamiento del vértigo), amitriptilina (un medicamento también usado para la depresión o la hiperactividad), propranolol (prescrito para la hipertensión), zonisamida (anticonvulsivo). Como quien prueba con muchos boletos para ver si obtiene el premio gordo. Pero nada.

La familia valenciana que residía en Reus (Tarragona) se mudó en 2021 a Alforja, una tranquila localidad de la comarca del Bajo Campo. Porque todo le venía bien a Eloi: el aire puro, la ausencia del ruido urbano, la vida simple.

«Mirabas en internet y leías que lo que más le gustaba del mundo, los tomates, podían producirle migrañas. Entonces se los quitabas. Lo mismo que el chocolate... Comemos mucho más sano, nada de patatas fritas, ketchup, procesados... Si tenía un partido importante de fútbol-sala no se lo decíamos porque el hecho de ponerse nervioso también le puede desencadenar una crisis. Tampoco le hacían bien las sorpresas», explica Vicente. «De lo desespere-

“A veces me mareo y hay veces en que siento escalofríos. Siempre me dan ganas de vomitar”, cuenta Eloi, con migrañas desde niño

Un 25% de las consultas de neurología y un 3% de las urgencias son producidas por esta enfermedad, que afecta al 12% de los adultos

cojín, para que se tumbara, y le tapaban la cara para que no le diera la luz».

La situación era tal que, cuando —a petición de los médicos— fueron marcando en un calendario la cantidad e intensidad de las crisis

veces, el hartazgo. «Ese día iban a venir todos sus amigos a una calcotada. Se levantó con dolor. Recuerdo lo que dijo. Me dijo: ‘¿Por qué me pasa a mí esto? Si solo quiero jugar’. Tenía diez años».

(...)

CIENCIA | PAPEL

LA FE EN LA CIENCIA DE LOS ESPAÑOLES VENCE AL NEGACIONISMO Y LA POSVERDAD

Estudio Fundación BBVA. Dos de cada tres creen que la mayoría de cosas importantes pueden ser explicadas por la ciencia o que podrán explicarlas en el futuro

Por Ricardo F. Colmenero

Frente al ruido de la posverdad y el negacionismo científico secundado por algunas élites políticas y culturales, la gran mayoría de la sociedad española sigue teniendo fe en la ciencia. De acuerdo a un Estudio de la Fundación BBVA sobre creencias y prácticas alternativas, la ciencia es tenida en cuenta como el conocimiento más objetivo para ocho de cada diez españoles. Dos de cada tres creen que la gran mayoría de cosas importantes pueden ser explicadas por la ciencia y, las que todavía no explica, podrá explicarlas en el futuro. El segmento más escéptico se encuentra entre los mayores de 65 años, entre los que expresan un alto nivel de religiosidad y entre los que se posicionan ideológicamente en el lado más extremo de la derecha.

En la última década, apunta el estudio, ha proliferado en los medios de comunicación, en ensayos y en debates de instituciones públicas, la idea de un supuesto declinar cultural de la verdad, la racionalidad y la evidencia empírica, que han sido sustituidas en el espacio público por la posverdad. Sin embargo, dentro de las teorías negacionistas más populares, como puede ser el cambio climático, existe en España un amplio acuerdo en atribuir su origen a la actividad humana (el 67%), mientras quienes creen que se trata en exclusiva de un proceso natural de la Tierra son sólo el 18%.

Y lo mismo pasa con la medicina, que sigue gozando de un alto nivel de confianza. La práctica totalidad de los encuestados dice que frente a un problema médico grave recurriría al sistema de salud. Sin embargo, eso no quita que prácticas alternativas como la homeopatía, sean utilizadas en paralelo por un 21%, la reflexología por un 14%, el reiki por un 8%, y el ayurveda un 3%. De hecho, el 31% de los españoles ha utilizado al menos alguna vez en su vida alguna de estas cuatro prácticas.

La encuesta de la Fundación BBVA también apunta que las doctrinas y narrativas religiosas ya no se presentan como una alternativa a la ciencia. El 78%

El 67% de los españoles cree en el origen humano del cambio climático, frente al 18% que lo ve como un proceso natural

crea en la explicación evolucionista del origen de los seres humanos, y sólo el 33% cree que el universo fue creado por Dios o un ser supremo espiritual.

Casi la mitad de los españoles cree en Dios, pero baja al 38% los que creen en el pecado, o los que creen que habrá vida en otro mundo después de la muerte, o en los milagros. Un segmento más pequeño, de alrededor del 20%, cree en la reencarnación, el demonio y en el infierno.

porque solo estaba pautada para adultos. Y entonces, poco a poco, para él todo volvió a estar igual de mal que antes. Fue la vuelta a la mierda».

Así que Raquel y Vicente se movilizaron, escribieron al Síndic de Greuges (Defensor del Pueblo catalán), recibieron el apoyo de Asociación Española de Migraña y Cefalea, conocieron la Declaración de Helsinki (que recoge que la farmacéutica debe suministrar el medicamento a los pacientes que hayan tenido beneficio tras el ensayo siempre que el compuesto esté comercializado), presionaron entre vomitonas y dolores de cabeza.

Desde mayo, el niño recibe aquel fármaco a modo de «tratamiento compasivo». Gracias a un pinchazo al mes, solo tiene un episodio migrañoso a la semana.

(...)

Pero ahí sigue el monstruo entre visillos. A veces amaga con uno de sus memorables zarpazos. A veces le obliga a replegarse en la cama. Aunque ahora —gracias al pinchazo de galcanezumab— casi siempre es más llevadero. Cuando tiene una migraña, es suficiente con tomar metamizol (Nolotil) o ibuprofeno.

Eloi estudia 2º de ESO. Concurra en la Copa Canguro para alumnos brillantes en matemáticas. Las para todas de portero. O casi todas. «Un fin de semana lo escogieron para un entrenamiento con la selección de Tarragona. Cuando acabó de entrenar, salió blanco, ni se duchó. Ya se veía lo que le estaba pasando. Yo le pregunté: «¿Por qué no les has dicho lo que te pasaba, hijo?». Porque no quiero que sepan que me pasa esto... No me van a coger. Pero le cogieron», rememora feliz Raquel.

Y entonces jugaron un partido oficial. Y ganaron. Y todo el equipo se fue a celebrar y Eloi acabó en una habitación a oscuras.

«Nosotros fuimos los primeros que, al principio, pensábamos que nos estaba engañando. O que exageraba... Hoy te lo dice: dice que si la gente supiera lo que es... Que la gente tiene que saberlo».

Dice que, cuando salga con sus amigos siendo mayor, él será quien conduzca. Dice más.

—Cuando era pequeño, me preguntaba por qué me pasaba a mí. Ahora ya no.

Son casi un centenar de horas perdidas de clase en este trimestre a pesar de la mejora. «El año pasado iba día sí y día no. Tenía que oír... Pero ya está otra vez malo el Eloi?... Cuando tiene una crisis a las siete de la mañana y sale tiradísimo de la habitación a las cuatro de la tarde, como pasó el miércoles pasado, qué le dices, ¿que se tiene que poner a hacer los deberes para recuperar? Hay profesores que no lo entienden».

Raquel tiene las manos como si hubiesen salido de la nevera y muchas veces se las pone al hijo en la frente cuando tiene una crisis. Una madre de piel con piel. Una madre analgésico. Una madre apagafuegos. Una madre como navaja multiusos.

«Cuando él está mal, te derrumbas un poco. Lo que en otra familia es lo más normal del mundo para nosotros es la felicidad absoluta: que haya ruido, discutir en voz alta, verlo subir al autobús en la parada, que estemos los cuatro juntos... Porque muchas veces solo estamos tres».

La familia que sabe lo que es celebrar la Nochevieja al mediodía se arracima en torno al hijo que no debe escuchar demasiado sonidos, que no debe emocionarse mucho, que no debe comer procesados, que no debe probar bebidas estimulantes, que no debe asecas.

Si mira arriba, los padres. Si mira abajo, el enano.

Quim tiene seis años, es el hermano pequeño de Eloi y también una suerte de guardaespaldas bajito que no para quieto: un poco por tratar de cuidarlo —dice él— y otro poco por chinchar al primogénito —suponemos nosotros—, a veces le esconde el móvil en una especie de control fraternal en vez de parental. Es lo que tiene ver sufrir al hermano. Que parece que la vida va en serio.

En aquella noche de San Juan, Quim se quedó mirando la hoguera y luego cerró muy fuerte los ojos. Al abrirlos, se dirigió a su madre. Un poco descreído. Un poco resignado. Un poco pensando que a ver si lo del ratón Pérez iba a ser mentira.

—Mamá...

—Dime, Quim, hijo.

—Siempre pedimos el mismo deseo pensando en el Eloi y nunca se cumple.

rados que estábamos, hasta llegamos a ir a un brujo y todo, ¿te acuerdas, Raquel?», se dirige a ella.

—*Estás muy despierto, pero tienes la necesidad de irte a la cama porque las luces te molestan. Y el olfato, las colonias y todos los olores. Y los ruidos, no puedo con los ruidos.*

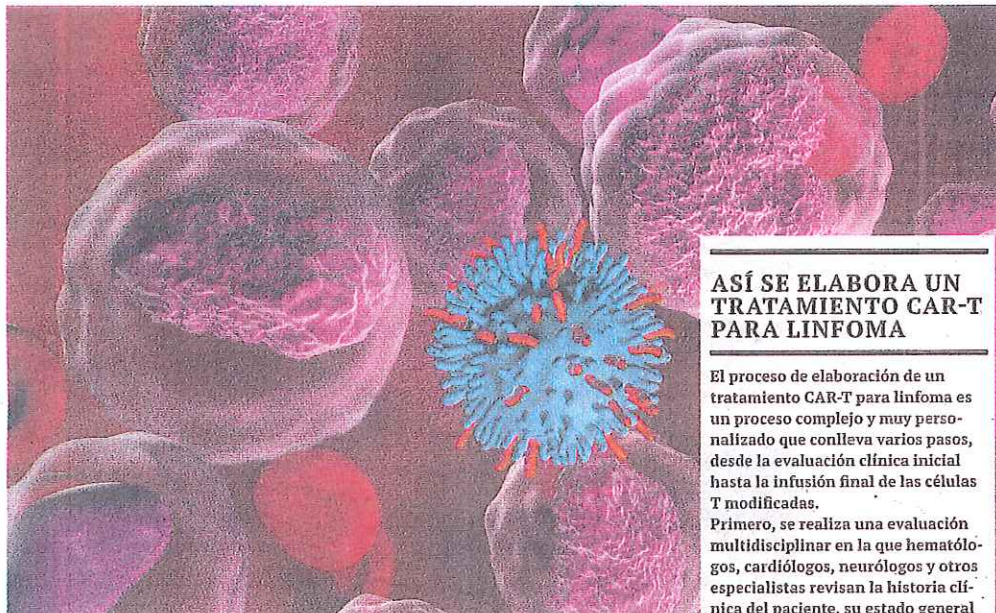
Fue en 2022 cuando comenzó a ser tratado, en la Unidad de Cefaleas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, donde fue incluido en un ensayo clínico con galcanezumab (un fármaco para adultos consistente en anticuerpos monoclonales que bloquean una proteína que, en ciertos pacientes, desencadena la migraña). Fueron nueve meses. Y de repente, otra vida.

Robert Belvis es el jefe de la Unidad de Cefaleas y Neuralgias del citado hospital y coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Sabe muy bien de esta historia. Estuvo al pie del cañón con Eloi.

«La migraña es una enfermedad en la que el cerebro no reacciona como otros cerebros ante estímulos muy habituales: el estrés, los trastornos del sueño, el saltar las comidas...», comienza. «La OMS sostiene que es la segunda enfermedad más frecuente y la séptima más discapacitante. Afecta al 12% de los adultos. Un 25% de las consultas de neurología y un 3% de las urgencias son por culpa de la migraña», añade. «En los menores de edad, se estima que en torno al 7% de los niños de entre 10 y 12 años sufre este mal. No es frecuente, pero se han llegado a diagnosticar casos a los cuatro años», dice. Y agrega: «El ensayo clínico en el que participó Eloi fue aprobado por la Agencia Europea del Medicamento en varios hospitales del mundo. En el nuestro, fueron seis niños. No todos respondieron tan bien como Eloi».

«Triunfó como la Coca Cola», sonríe su madre. «Tenía crisis, pero más espaciadas y menos fuertes. Lo malo fue cuando acabó el ensayo en septiembre de 2023 y nos dijeron que no podrían darle más esa medicación,

SALUD



ASÍ SE ELABORA UN TRATAMIENTO CAR-T PARA LINFOMA

El proceso de elaboración de un tratamiento CAR-T para linfoma es un proceso complejo y muy personalizado que conlleva varios pasos, desde la evaluación clínica inicial hasta la infusión final de las células T modificadas.

Primero, se realiza una evaluación multidisciplinar en la que hematólogos, cardiólogos, neurólogos y otros especialistas revisan la historia clínica del paciente, su estado general de salud y también una evaluación psicológica. En cuanto a la evaluación de la enfermedad, linfoma en este caso, se realizan estudios para confirmar que el linfoma expresa la diana que utilizará el CAR-T, el antígeno CD19. Se evalúa también la carga tumoral mediante imágenes y se analiza la función orgánica con pruebas como analíticas, ecocardiograma y espirometría.

A continuación, se realiza la aféresis, un procedimiento en el que se extraen células T del paciente mediante un sistema de centrifugado de la sangre. Estas células son enviadas a un laboratorio especializado donde se modifican genéticamente para que expresen un receptor quimérico de antígeno (CAR) que les permite reconocer y atacar células tumorales específicas. Tras la modificación, las células se expanden en cultivo durante 10 a 14 días y se someten a controles de calidad antes de ser enviadas de regreso al hospital. Una vez recibidas, las células CAR-T se verifican y se preparan para la infusión intravenosa en un entorno hospitalario controlado. El paciente permanece internado al menos 10 días para monitorear posibles efectos adversos, como el síndrome de liberación de citoquinas (CRS) o la neurotoxicidad (ICANS), que requieren manejo especializado. Cada uno de estos pasos requiere una coordinación precisa entre los equipos médicos, los laboratorios de modificación genética y el hospital donde se administra el tratamiento.

mente en pacientes con enfermedad refractaria o en recaída. Está indicada linfomas de células B, como el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL), el linfoma folicular y el linfoma de células del manto, principalmente en casos donde los tratamientos convencionales han fracasado. También ha mostrado resultados positivos en la leucemia linfoblástica aguda (LLA) de células B y en mieloma múltiple, logrando remisiones duraderas en más del 50% de los pacientes resistentes a otros tratamientos.

"Este avance representa una oportunidad única para pacientes con enfermedades hematológicas complejas, ofreciéndoles una posibilidad de tratamiento y potencial curación en casos donde antes no había alternativas viables", explica el Dr. Adolfo de la Fuente, jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia de MD Anderson Madrid-Hospiten.

Cambio de paradigma

El proceso comienza con el estudio y evaluación de cada caso de manera individualizada para confirmar que, tanto por las características de la enfermedad como por la situación de la persona, es candidata a beneficiarse de la terapia con CAR-T. Una vez confirmada la indicación de tratamiento con CAR-T, se procede a la recolección de linfocitos T del paciente mediante aféresis, técnica mediante la cual se separan los componentes de la sangre. Posteriormente, estas células se procesan en un biorreactor, utilizando vectores virales para integrar un receptor quimérico (CAR) que permitirá a estos linfocitos T quiméricos reconocer, atacar y eliminar las células tumorales. Completado el proceso de fabricación del CAR-T, estas células se vuelven a introducir en el cuerpo del paciente, donde

actúan como un medicamento vivo capaz de combatir la enfermedad. "La terapia CAR-T supone un cambio de paradigma en el abordaje de los cánceres hematológicos, especialmente para aquellos pacientes que no tienen otras opciones terapéuticas", añade.

Sin duda, este tratamiento representa un avance muy importante como opción terapéutica para los pacientes, pero no está exento de riesgos. "Los efectos adversos pueden llegar a ser graves, incluyendo complicaciones neurológicas

o sufrimiento multiorgánico en el contexto del síndrome de liberación de citoquinas, por lo que es imprescindible contar con equipos altamente cualificados y garantizar un control riguroso en cada etapa del proceso. Se involucra a equipos de Hematología, Cuidados Intensivos y Neurología, todos coordinados para prevenir y gestionar cualquier complicación que pueda surgir", añade el experto.

Sin duda, los beneficios de la terapia CAR-T superan ampliamente estos riesgos, especialmente en pacientes con un pronóstico limitado tras haber agotado otras opciones terapéuticas.

MD Anderson Madrid-Hospiten incorpora la terapia CAR-T para el tratamiento de cánceres hematológicos complejos

La terapia CAR-T, una de las mayores innovaciones en la oncología hematológica, emplea linfocitos T del propio paciente, que son modificados genéticamente para atacar las células malignas. A diferencia de la quimioterapia y la radioterapia, este enfoque es más preciso y eficaz, reduciendo el daño a células sanas

Por **UE Studio**

En un contexto donde el cáncer hematológico se perfila como el quinto tumor más frecuente en España para 2025, con una estimación de 25.770 nuevos casos, según la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) y la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), MD Anderson Cancer Center Madrid-Hospiten incorpora la terapia CAR-T y refuerza su posición como centro de referencia en la lucha contra el cáncer hematológico, reafirmando

su compromiso con la innovación y la excelencia en la atención médica.

Se trata de un avance revolucionario en el tratamiento de algunas enfermedades hematológicas complejas que consiste en modificar genéticamente las células T del paciente (que son parte del sistema inmunológico) para que reconozcan y destruyan de forma específica las células tumorales. A diferencia de la quimioterapia y la radioterapia, este enfoque es más preciso y eficaz, reduciendo el daño a células sanas.

La terapia CAR-T ha revolucionado el tratamiento de varios tipos de linfoma, especial-



DR. ADOLFO DE LA FUENTE
jefe del Servicio de Hematología y Hemoterapia de MD Anderson Cancer Center Madrid-Hospiten.

PAPEL | SALUD

UNA IA 'MADE IN SPAIN'

DISEÑAN UN CHATBOT PARA RESOLVER DUDAS DE CÁNCER

Por Pilar Pérez (Madrid)

Tras un diagnóstico de cáncer, lo inevitable es teclear el tipo en internet y leer las primeras entradas. Hoy se va un paso más allá: al *Doctor Google*, ya anciano, le sigue ChatGPT. Pero usar las herramientas de inteligencia artificial (IA) para confirmar diagnóstico y tratar también es un peligro si detrás no hay un conocimiento avalado por los médicos. A María García (Madrid) y Blanca Urbel López-Puertas (Puerto de Santamaría), estudiantes de sexto de Medicina, esta tecnología les llama la atención. «La IA está en todas partes y elaborar nuevas formas de usarla en beneficio de pacientes y médicos es necesario», asegura María. «Debemos recordar que la IA no es infalible y que tiene errores», añade Blanca.

Por eso, han emprendido la misión de entrenar dos *chatbot*—robots de lenguaje entrenados con IA—uno para hablar del cáncer de esófago y otro de colorrectal, que minimicen los fallos y las incorrecciones en el suministro de información a dos públicos tan diferentes como la población general y los médicos-investigadores. «La idea es que use un lenguaje diferente en cada caso, eso lo tenemos claro», detalla Blanca que asegura que dirigirse a los pacientes no debe suponer una pérdida de rigurosidad necesariamente.

Esta idea les ha valido una beca de la Cátedra Cris contra el Cáncer dirigida a jóvenes investigadores. «Este proyecto, que será su trabajo de fin de grado (TFG), involucra a estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid en todas las fases como miembros del equipo, desde el desarrollo del modelo hasta la validación de respuestas, en colaboración con investigadores consolidados en el área de la oncología médica y quirúrgica», explica Julio Mayol, director científico del Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC) y uno de los promotores de la idea. Ambas estudiantes señalan cómo la batuta de Mayol ha sido determinante en su TFG, así como el apoyo de la fundación. «No debemos olvidar nunca que sin investigación no avanzamos», subraya Blanca, a quién sigue María con la petición de que esta actividad sea «estimulada». «Hemos tenido la fortuna de que siendo estudiantes lo vamos a poder hacer antes que otros. No todo puede ser solo estudiar lo que hay, sino seguir avanzando en conocer más. En cáncer hay mucho por hacer», dice.

Las estudiantes van a diseñar una herramienta que aglutine el conocimiento en «tiempo real» en todas las ópticas de los tumores escogidos, esófago y colon. «Dentro del proyecto se encargarán de tareas en ingeniería de *prompts*, curación de artículos científicos y evaluación de resultados, promoviendo un enfoque multidisciplinar que les permite integrar conocimientos médicos con habilidades en inteligencia artificial», detalla Mayol. «De esta manera, ganarán competencias para liderar futuros proyectos».

Destacan que en ese proceso van a verificar que las respuestas que ofrezca el *chatbot* sean las correctas. «Vamos a someterlo a un control por parte de médicos especialistas que nos ayuden a comprobar que no hay respuestas erróneas», explica María. Ambas esperan que, una vez terminado, pueda convertirse en una herramienta útil lista para usar. «Aunque ahora solo sea un proyecto que vamos a hacer como trabajo de final de carrera, tiene potencial para convertirse en algo útil que podrían usar los oncólogos en su consulta y recomendar a los pacientes», asegura Blanca. Mayol confía en su potencial: «Puede evolucionar en un asistente clínico validado, integrable en plataformas de salud digital».



LOS UNIVERSITARIOS CON CÁNCER DESAFÍAN SU 'INVISIBILIDAD'

Día del Cáncer. Hay estudiantes que pausan su formación porque la enfermedad requiere toda su energía y buscan una red de seguridad. En la Universidad de Málaga ya han puesto en marcha unos protocolos para ayudarles

Por Ismael Poveda (Zaragoza)

Para la gran mayoría de la población, la década de los 20 años es clave en sus vidas, ya que en ella pueden decidirse las vías por las que discurrirá su futuro laboral y personal. En esa fase se encontraba Lorena López a finales de 2021, cuando cursaba el grado de Psicología en la Universidad de Málaga (UMA), que compaginaba con un trabajo de media jornada para liberar a sus padres del cargo de mantenerla económicamente. Aquel era un momento arrollador, en el que se veía con fuerzas de comerse el mundo, pero su cuerpo le pidió parar. En febrero del año siguiente fue diagnosticada con un linfoma de Hodgkin, un tumor del sistema linfático que requiere quimioterapia para su eliminación.

«Un día estaba estudiando en mi casa y me encontré un bulto en el cuello», explica. «Un mes después me diagnosticaron el linfoma y ahí comenzó a pararse todo. Mi vida ya estaba completamente condicionada y debía adaptarme a convivir con la enfermedad».

Para iniciar la terapia, Lorena comunicó su situación a sus profesores en busca de una ayuda que le

permitiese afrontar sus estudios en igualdad de condiciones que el resto de sus compañeros. Pero, tras reunir el valor para dar el paso, su sorpresa fue que ni el profesorado ni la universidad como institución tenían un protocolo de asistencia para casos como el suyo. «Hice todo lo que pude, invertí la poca energía que tenía en la Universidad y hasta empecé yendo a clase después de las primeras sesiones de *quimio*, pero no sabían qué hacer conmigo», narra.

Con apenas 28 años, el cáncer la dejó fuera del sistema. Lorena fue despedida de su trabajo mientras tenía que seguir pagando la matrícula de un grado que su cuerpo no

"¿Seré la única universitaria de España que tiene cáncer?", se decía Lorena, que padecía un Linfoma de Hodgkin

le permitía cursar. Se vio obligada a dejar de lado cuatro asignaturas. «Al estar inmunodeprimida, no podía meterme en una clase con 70 personas», afirma.

Se sentía invisible, perdida en un limbo sanitario-legal y sin más ayuda económica que la de sus

padres y su novio. Por ello, fruto del desamparo que vivió durante el tratamiento, una única pregunta se apoderaba de sus pensamientos: «¿Seré la única universitaria de España que tiene cáncer?».

Otra estudiante como ella fue Laura Vila, quien falleció a los 22 años tras tres y medio de lucha. A raíz de ello, su madre, Mercedes Martín, profesora de Psicología en la Universidad de Málaga (UMA), adquirió la responsabilidad de dar visibilidad a estos casos y dar solución al olvido que denunciaba Lorena. Tras regresar de la baja, se puso en contacto con la oficina de atención a la discapacidad para iniciar un proyecto mediante el que los jóvenes pudiesen verse realmente respaldados por el centro.

«Hasta que el cáncer entra en casa, no eres consciente de lo que significa para una persona de esa edad», explica Mercedes. «Están en el momento de pelear por su futuro, de sentar las bases de su proyecto de vida, por eso lo único que necesitan es sentirse respaldados y seguir con sus estudios, ya que, en parte, también es algo rehabilitador para ellos».

Su labor se centra en «poner al estudiante en el centro» y analizar desde todas las perspectivas su situación, preocupándose de que «sientan que no están solos». Para ello, junto a Mariola Rueda, personal técnico de la Oficina de Atención a la Discapacidad de la UMA,

se habilitó en la web un apartado de orientación. «Mi objetivo es crear un foro para todos», explica Martín. Y así lo confirma Andrea Sánchez, de 21 años, una de las alumnas acogidas a este protocolo: «Hace que los profesores me entiendan mejor y me ayuden».

Lorena sufrió un linfoma que puso en pausa su carrera de Psicología en la Universidad de Málaga.
CARLOS DÍAZ

CRONICA

Dos años de cárcel a una doctora por 'bichear' el historial médico de otra

QUICO ALSEDO MADRID

La vida de O. G. cambió drásticamente cuando un camión se cruzó en su camino. Eran los locos tiempos del Covid-19 en su lugar de trabajo, un centro de salud rural en El Barraco (Ávila), convergieron todas las ansiedades posibles. Las mismas que acabaron en su espalda, y que le cambiaron la vida durante unos años. Lo cuenta a EL MUNDO ella misma, médico de familia.

«Yo trabajaba en el centro de salud de El Barraco [2.000 habitantes] y cuando llegó el Covid todo se volvió muy complicado, muy difícil. Teníamos que salir muchísimo, trabajar mucho en itinere, hacer guardias, el centro estaba siempre abarrotado... Fue muy duro», dice.

Y pasó lo que pasó. Un día, volviendo del centro médico a su casa después de otra jornada extenuante, «fui a adelantar a un camión y me encontré otro de frente... Imagínate». El accidente pudo ser mucho peor, pero O. G. al menos lo pudo contar. Eso sí, tuvo que dejar de trabajar. Y en ese momento comenzó el problema.

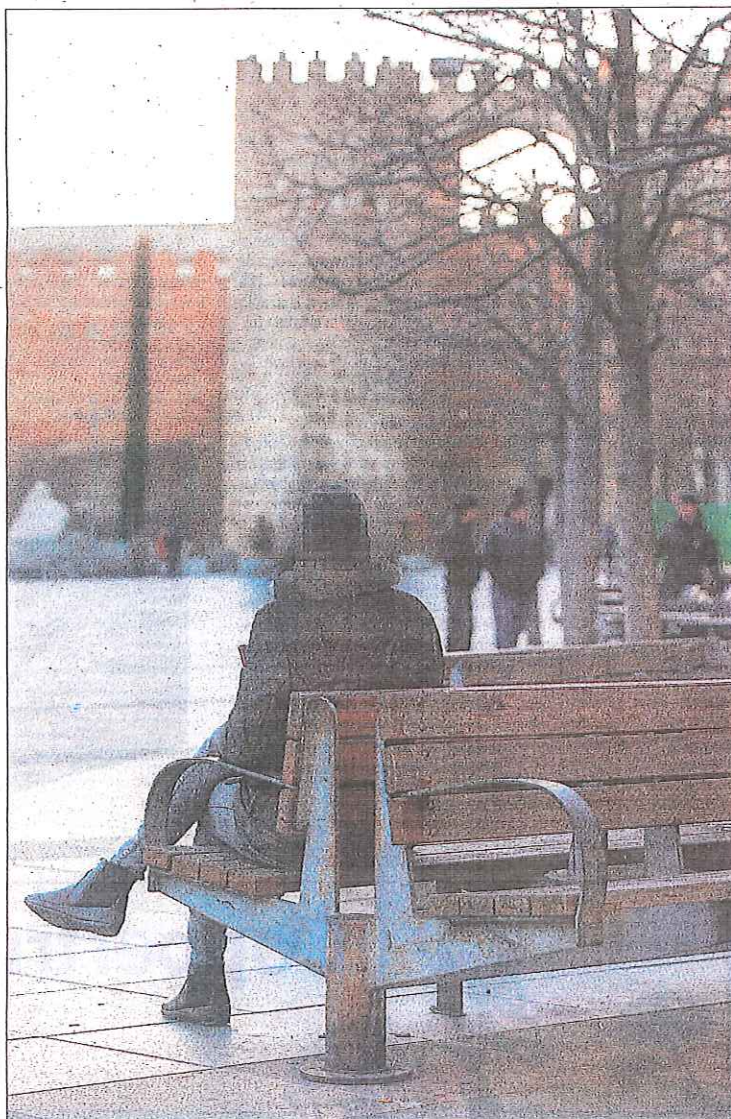
«Yo soy una persona muy trabajadora, quien me conoce sabe que no puedo parar... Pero ahí tuve que parar, porque no podía seguir adelante. Era imposible», explica. El médico obviamente impidió a la mujer, latinoamericana y desde hace 16 años en España, incorporarse a su puesto de trabajo. Y comenzaron a pasar los días. Y las semanas.

El coronavirus seguía asediando su centro de salud, todas las manos eran necesarias, pero O. G. no podía trabajar. Se sentía impotente por ello. «Pero es que era imposible, estaba realmente mal», dice. Llegaron las llamadas.

«Yo tenía una compañera, que también era médico de familia, como yo, que empezó a llamarme. Primero para preguntarme cómo estaba. Luego ya para que volviera a trabajar. En realidad ella no

NO PODRÁ TRABAJAR EN SEIS AÑOS Y HA TENIDO QUE INDEMNIZAR A LA VÍCTIMA CON 50.000 EUROS

En tres ocasiones accedió a la historia clínica de su compañera del centro de salud de El Barraco (Ávila), que estaba de baja tras sufrir un accidente de tráfico. Su intención era forzar que regresara al trabajo



La víctima, O. G., latinoamericana que lleva 16 años en España, en el centro de Ávila. ICAL

tenía mayor rango que yo, pero cada vez me llamaba y me escribía más. Yo entendía que me necesitaban, pero me encontraba realmente

mal, no podía volver, y así se lo dije. Pero ella se empeñaba en no entenderlo», relata O. G.

Las llamadas, dice, se convirtie-

ron rápidamente en «otra cosa». «Aquello era casi acoso. Era constante». La mujer se decidió a bloquear telefónicamente a la otra médica, «porque aquello era una catarsis, no paraba». La compañera presionó incluso a los superiores «para que me obligaran a volver, pero era mi propio médico el que me decía que no... Y yo me encontraba mal, esa es la verdad: no podía».

Finalmente O. G. aceptó reincorporarse. «El médico me pidió que lo hiciera y, aunque yo todavía no estaba bien, regresé, hice dos guardias y luego renuncié. No podía, no me encontraba bien. Me forzaron y volví, pero sólo lo que me quedaba por hacer: dos guardias».

O. G. había estado de baja «algo más de cinco meses», y aún necesitaba «algo más» de tiempo sin trabajar, «pero en cuanto me recuperé volví al trabajo, y como en Ávila no podía hacerlo, busqué y encontré algo en Ciudad Real».

Casada y con hijos, no consiguió no obstante adaptarse. «Sobre todo al clima, se me hizo muy duro, muy extremo», dice. De allí se movió a Segovia, «y ahí ya estaba mucho más cómoda, y recuperada».

Y fue entonces, en un centro de salud segoviano, cuando «una tarde uno de los coordinadores» se dirigió a varios trabajadores «para hablarlos sobre el tema de protección de datos». «Nos dijo que debíamos ser muy cautelosos con ellos, con las pantallas que dejábamos abiertas, y que no debíamos permitir a nadie hurgar en nuestras historias clínicas».

A O. G. se le ocurrió entonces mirar quién había entrado en alguna ocasión en su historial. Y, bingo, emergió un nombre, el de alguien que lo había hecho indebidamente hasta en tres

ocasiones: su compañera del centro de salud de El Barraco.

Ahora, cuatro años después, la sección 1 de la Audiencia Provincial

de Ávila acaba de condenar a esta facultativa a dos años de cárcel, seis de inhabilitación para ejercer su profesión y 50.000 euros de multa por penetrar indebidamente en tres ocasiones en el historial clínico de O. G.

La sentencia da por probado que los días 26 de julio y 21 de noviembre de 2020, la ya condenada entró en el sistema indebidamente a husmear en la historia clínica de su compañera. Pero es que incluso hubo una ocasión previa: el 22 de enero de ese año, cuando aún ni siquiera había sufrido el accidente y no había comenzado portanto la baja laboral de O. G., que se extendió de mayo a octubre de ese año.

El delito por el que se la condena es descubrimiento de secretos de carácter personal y de especial trascendencia, por el hecho de tener que ver con la salud y por ser funcionaria la perpetradora.

PENA DE CONFORMIDAD

A la condenada, de hecho, le ha caído la parte inferior de la pena, que se ha acordado por conformidad —es decir, pactada entre acusación, defensa y Fiscalía—, porque durante el procedimiento ya abonó la indemnización a la víctima, logrando atenuar la pena. La sentencia, en todo caso, ilustra la protección que la ley otorga a los datos de carácter personal, y la dura manera con la

La condenada empezó llamando insistentemente a su compañera

«Aquello era casi acoso. Era constante», dice la víctima

Revisó su historial clínico y vio que su colega había entrado tres veces

que se castiga su exposición.

«Y en este caso, incluso, hay que tener en cuenta que ni siquiera se castiga la difusión de esos datos», dice el letrado que ha logrado la condena, Carlos Sardinero, «sino simplemente la entrada en las bases para conseguir la información».

O. G. explica a este diario que «hasta que en Segovia no me hablaron de la Ley de Protección de Datos no se me ocurrió que alguien pudiera utilizarlos para nada... Ahí fue cuando entré y, al contárselo, este mismo compañero me dijo: 'Esto es muy grave, tienes que denunciarlo'».

La mujer, que ha preferido que en este reportaje no se desvele su identidad, recuerda vivamente «aquella etapa de acoso». «Pero nunca imaginé, agrega, «que mi compañera pudiera hacer eso para perjudicarme». Unos años y muchas vueltas después, ha vuelto a trabajar en Ávila.

OTRAS VOCES

TRIBUNA | SALUD España necesita una estrategia de salud pública orientada a combatir de manera preventiva una epidemia que no puede atajarse solo apelando a la responsabilidad individual o administrando fármacos milagrosos

Obesidad: la hora de los gobiernos y la industria alimentaria

RAFAEL BENGOA

EN LOS últimos tiempos se ha aceptado científicamente que la obesidad es una enfermedad que, en el caso de España, afecta al 30% de la población. Es una condición muy prevalente, crónica y progresiva. La obesidad implica, entre otras cosas, más cáncer, más diabetes, más enfermedades cardio y cerebrovasculares y más ingresos hospitalarios. El 20% de los cánceres en mujeres están asociados a la obesidad. El 16% en hombres.

Según la OMS, en un país como España, el consumo de alimentos ha aumentado un 40% entre 1975 y 2021. En ese tiempo las tasas de obesidad se han triplicado, y una de cada tres personas tiene sobrepeso u obesidad.

Los estudios recientes sobre envejecimiento confirman que no es un proceso uniforme y estable en el tiempo, sino que envejecemos más en dos momentos: a los 44 y a los 60 años. Nuestra habilidad para procesar bien las grasas y los azúcares a los 40 decae de forma dramática, lo cual puede conllevar altos niveles de colesterol. Comer mejor nos ayudaría a compensar la reducción en el metabolismo de lípidos a esa edad. La obesidad, por lo tanto, acelera el proceso de envejecimiento de la misma forma que lo hace el sol sobre la piel: acelera su senescencia.

Sobre la edad aún no podemos actuar. Sobre la obesidad, en cambio, sí.

En EEUU ya es el factor principal de riesgo de muerte prematura por enfermedad crónica

la niñez. Se va acumulando porque estamos programados para acumular. Sube sigilosamente medio kilo al año almacenando masa grasa, no masa muscular, y cuando se llega a los 55 años ya se empieza a perder músculo y a acumular aún más grasa.

En EEUU la obesidad es hoy el principal factor de riesgo de muerte prematura por una enfermedad crónica. En España pronto superará también al tabaco como factor principal de riesgo. Estos factores de riesgo también actúan a fuego lento.

No es necesario buscar muy lejos para encontrar la razón: la población española excede las recomendaciones de azúcar, grasas saturadas y sal, y la disponibilidad de calorías per cápita en nuestro entorno ha aumentado un 20% desde el año 1970. Y la población española se excede porque lo hace la industria alimentaria.

Como reacción, en el ámbito clínico han surgido unidades de obesidad en los centros asistenciales tanto públicos como privados, mientras que en el ámbito farmacológico han aparecido medicamentos nuevos (agonistas GLP-1). Estos medicamentos son transformadores cuando se aplican correctamente y bajo control médico. Deben ser razonados, no para perder peso, sino para corregir los múltiples problemas metabólicos que provoca la obesidad.

Desde el punto de vista internacional, la reacción también es ambiciosa. En enero, 70 sociedades científicas vía la revista científica *Lancet* y la OMS han prescrito una redefinición en la clasificación de la obesidad, usando el término «adiposidad clínica» y abandonando progresivamente el índice de masa corporal como forma de medición. La idea es separar la obesidad clínica de la no clínica.

Sin embargo, en el ámbito de la política sanitaria preventiva y de la industria alimentaria la respuesta es mucho más pasiva. Dejar que la epidemia se resuelva únicamente a nivel del individuo, con medicación y consejos de estilo de vida, recuerda mucho a los que durante décadas se hizo con el tabaco.

El problema eran los fumadores y su falta de fuerza de voluntad; no era un asunto de la industria ni de los gobiernos. Hasta que no se cambió el entorno con una ley contra el tabaco no se vieron los resultados que hoy son palpables.

Con la obesidad ocurre lo mismo: se promueve la idea de que el problema son las personas y su supuesta falta de voluntad. Tanto es así que la mayoría de las personas con obesidad se sienten culpables y estigmatizadas.

A las personas con sobrepeso no las define su peso. Es importante poner a la persona antes de su condición, lo mismo que se hace de forma creciente con el cáncer o la diabetes. Son personas con viven con una obesidad, no son un paciente obeso.

Aunque nuestro sobrepeso sea parcialmente un asunto de responsabilidad personal, hay que preguntarse exactamente *quién* debe sentirse culpable: ¿los ciudadanos con obesidad o el entorno creado por la industria alimentaria y por la falta de acción de los gobiernos con ese entorno obesogénico?

La aparición de los nuevos medicamentos ayuda a los individuos a controlar la saciedad y crea una situación nueva y más sana para muchos, pero esa lógica sigue dejando la responsabilidad en el ámbito del individuo. En sí mismos no son suficientes para controlar la epidemia.

¿Para qué sirve tratar a los pacientes con esta enfermedad si mientras tanto la población en general —incluidos los niños que desarrollarán diabetes tipo 2 prematuramente— se sigue alimentando mal? La obesidad es una enfermedad crónica, lo que implica que a menudo las personas deben seguir este tratamiento para siempre. ¿Es realmente lógico seguir tratándolas con medicamentos durante toda la vida cuando existen alternativas?

Estos medicamentos son una oportunidad para

que la industria alimentaria, las cadenas de supermercados y los gobiernos reaccionen y empiecen a participar en serio en un entorno nuevo frente a esta dinámica. Los gobiernos deben saber que el 20% del gasto sanitario está relacionado con la obesidad e irá más.

Las siguientes generaciones no deben estar condenadas a pensar que podrán solucionar su sobrepeso con medicamentos, sino confiar en que se ha creado un entorno favorable para no sufrir esta condición desde su infancia.

¿No sería mejor expresar entre todos una estrategia de salud pública que fuera mucho más ambiciosa y que estuviera orientada a reducir la obesidad a la mitad, como lo han hecho países de nuestro entorno? Inglaterra, los países nórdicos y numerosos estados en Estados Unidos ya han tomado esa decisión política.

EXISTE UN ABANICO amplio de actuaciones de probada eficiencia: entre otras, intervenciones de restricción sobre el *marketing* a niños; reformulaciones de la alimentación por parte de la industria, como las reducciones en sal aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en Estados Unidos; o el impuesto especial sobre las bebidas azucaradas tanto en Cataluña como en California. En un segundo tiempo, lo lógico es dirigir esos impuestos no a las arcas generales, sino a más iniciativas educativas y programas en comedores escolares, empresas y el mundo del deporte.

El hecho de que nuestro modelo asistencial, en el sistema nacional de salud en general, no sea preventivo, sino que esté muy focalizado en la atención agu-



ULISES CULEBRO

da sugiere también una actitud pasiva ante esta epidemia. Ese modelo y la falta de actuaciones regulatorias indicadas más arriba implica negar que la obesidad es una epidemia que provocará más cáncer, más diabetes, más ictus, más ataques cardíacos en España.

En Estados Unidos el 50% de la población tiene sobrepeso u obesidad; en España es el 30%, y vamos a más. ¿En qué dirección queremos ir?

Rafael Bengoa es médico, ex director de las áreas de Enfermedades Crónicas y Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ex consejero de Sanidad y Consumo del País Vasco

CASTILLA Y LEÓN

Castilla y León estrena una máquina para curar síntomas del Parkinson

● Mañueco avala esta tecnología que se ha implementado de forma pionera en Salamanca con los cuatro primeros casos resueltos con éxito ● Sonsoles, primera paciente de la herramienta: «Ahora hago cosas que antes no podía»

VALLADOLID El Parkinson es una enfermedad que afecta progresivamente al sistema nervioso y lleva a sus pacientes a vivir un calvario que, a partir de ahora, podría mejorar de algún modo gracias a un tratamiento revolucionario que ya se aplica en el Complejo Asistencial de Salamanca. Se trata del Ultrasonido Focalizado de Alta Intensidad (HIFU), con el que a través de la utilización de ultrasonidos de alta frecuencia guiados en tiempo real por imágenes de resonancia magnética, se logra «reducir riesgos quirúrgicos y tiempo de estancia hospitalaria».

De esta forma, el paciente «obtiene resultados visibles inmediatos y sus síntomas desaparecen». El tratamiento tiene una duración aproximada de dos horas que se administra de forma habitual, en una única sesión, y se estima puede ser aplicado a un centenar de pacientes al año.

El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, avaló ayer la implementación del nuevo equipo de HIFU en Salamanca como un «avance revolucionario» en el sistema de salud de la Comunidad tras una inversión, por parte del Ejecutivo Autonómico, de tres millones de euros.

Fernández Mañueco pudo conocer ayer su funcionamiento en el Complejo Asistencial de Salamanca, de la mano del equipo multidisciplinar de profesionales encargado de ponerlo en marcha. La nueva herramienta está enfocada al tratamiento del temblor esencial y la enfermedad de parkinson, «cumpliendo así un compromiso adquirido a lo largo de la legislatura».

Durante su intervención, Fernández Mañueco insistió en que esta tecnología constituye una «revolución» para el tratamiento de las personas con parkinson o temblor esencial, y que logra un porcentaje de curación de entre el 80 y 90% en pacientes seleccionados a través de técnica «eficaz, segura y no invasiva», según recogió Ical.

El presidente del Ejecutivo autonómico afirmó que la tecnología



Alfonso Fernández Mañueco y Sonsoles de Nogal. ICAI.

logía HIFU va a revolucionar la atención al parkinson y al temblor esencial, a la vez que «va a seguir aumentando el prestigio del sistema de salud de Castilla y León, reconocido como uno de los mejores de España». A su vez, la Sanidad de la Comunidad se sitúa «a la vanguardia tecnológica», ya que actualmente dispone del «doble» de equipos de alta tecnología sanitaria por 100.000 habitantes que la media de España. «Se dice pronto», apostilló el mandatario.

Además, la Junta de Castilla y León está incorporando herramientas de inteligencia artificial y el big data para potenciar ámbitos como el diagnóstico por imagen o la anatomía patológica. Del mismo modo, Fernández Mañueco subrayó que Castilla y León también es «referente a nivel nacional» en medicina personalizada y de precisión.

En este sentido, recordó que el Hospital de Salamanca fue el primero de España en contar con un se-

cuenciador masivo exclusivamente asistencial, sumándose posteriormente los centros de Burgos, León y Valladolid. Asimismo, el Gobierno autonómico dotó con cirugía robótica a todas las provincias y avanzó que, de forma progresiva, lo hará con robots de traumatología.

«Estamos muy orgullosos. Desde la estabilidad que mantenemos en Castilla y León, queremos mejorar los servicios públicos y la atención a las personas en la red asistencial de la Comunidad», manifestó, refiriéndose a Sonsoles de Nogal, la primera paciente sometida a este tratamiento, presente en el acto, que «es hoy el ejemplar del compromiso de la Junta con una sanidad pública, gratuita y de calidad, con profesionales de primera que trabajan en red para que los mejores servicios estén a disposición de todos los ciudadanos, vivan donde vivan».

El presidente finalizó su intervención asegurando que el sistema pú-

blico de salud es una «prioridad» para el Gobierno de Castilla y León. «Nada sucede por casualidad. Le damos prioridad a la sanidad pública y, además, tenemos los mejores profesionales de España, y esto nos llena a todos de esperanza, seguridad y alegría», finalizó.

Por su parte, la primera paciente en recibir tratamiento con el nuevo equipo de Ultrasonido Focalizado de Alta Intensidad (HIFU) en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Sonsoles de Nogal, participó en un coloquio con los profesionales que la trataron para valorar la nueva herramienta. «Tenemos una sanidad que yo me quito el sombrero. Olé», manifestó, visiblemente emocionada y con ganas de transmitir la alegría que le ha devuelto el tratamiento. «Yo ahora soy feliz porque se me ha dado la oportunidad de hacer cosas que no podía hacer. Estoy feliz, encantada con el equipo y con la Junta por darme la oportunidad», celebró.

Deshecha en agradecimientos, a los profesionales y a la Junta de Castilla y León, por haber gozado de esta oportunidad, Sonsoles reconoció que pasar por esta experiencia representa uno de los días más felices de su vida. «Yo no era consciente ni si quiera de lo que el temblor me invalidaba hasta que me han intervenido. No podía ni coger un vaso, ni pintarme, ni llevar un plato. No me dejaban tocar ni una bandeja», relató en declaraciones recogidas por Ical en el Salón de Actos del Hospital de Salamanca.

La paciente aludió a sus problemas para atender al público e incluso para coger un simple papel e hizo referencia a la «gran sensación de inseguridad» que esta situación le comportaba. Además, tras la intervención del grupo de profesionales que la atendió, sostuvo sobre ellos que «se nota que es un equipo, porque hay una complicidad entre ellos que se transmite al paciente».

El acto estuvo conducido por la gerente del Hospital de Salamanca, Carmen Rodríguez Pajares, quien agradeció haber podido incorporar «de forma exitosa» esta tecnología y se puso a disposición de los pacientes para acoger nuevos casos. «Estamos emocionados por esta innovación. Nos hemos volcado en integrar esta tecnología como centro de referencia regional para el tratamiento de trastornos del movimiento, incluido el parkinson porque, al final, se trata de mejorar la vida de los pacientes», añadió.

Dentro del equipo que selecciona al paciente y administra el tratamiento se encuentran neurólogos, neurocirujanos, radiólogos, enfermeras y técnicos en diagnóstico por imagen. Todo ellos trabajan en red con profesionales de todos los hospitales de la Comunidad para identificar posibles candidatos que se beneficien de la terapia, independientemente de su área de salud de origen. En el momento actual, cuatro pacientes procedentes de diferentes provincias ya han sido tratados con éxito.

PASA A PÁGINA SIGUIENTE

EL MUNDO



MUNDO AGRARIO

Todos los lunes en su kiosco

Enfermería cubre sólo la mitad de las plazas ofertadas en el Santa Bárbara

Sanidad abre una lista complementaria con las 29 vacantes que no se han ocupado

MILAGROS HERVADA SORIA
El proceso selectivo de oposición para cubrir las 60 plazas de enfermería ofertadas en Soria se ha quedado en la mitad, exactamente en 31. Es el número de los profesionales que han elegido trabajar en el Hospital Universitario Santa Bárbara—algunos ya lo estaban haciendo como interinos—y que han tomado posesión de su puesto, cuyo plazo finalizó el 27 de enero pasado.

De este modo, la oposición de reposición de enfermería del año 2022 ha tenido, hasta ahora, un éxito relativo, pues de las 60 plazas ofertadas en la provincia de Soria, sólo 31 han sido elegidas, por lo que quedan 29 vacantes, tal y como indicaron desde el Sindicato de Enfermería Satse y Comisiones Obreras. El siguiente paso es que la Consejería de Sanidad abra una oferta complementaria para tratar de cubrir dichas plazas, «tirando de la lista de aprobados», especificaron fuentes sindicales.

«Hay muchos procesos abiertos y en muchos lugares de España, tanto libres como de estabilización, y los aprobados deciden», señaló la responsable provincial de Satse, Silvia Aceña, sobre un proceso que puede alargarse en el tiempo, condicionando el normal desarrollo pues existen interinos pendientes de esas decisiones.

Dicha situación se vincula también con el fin de los contratos de enfermería para refuerzo fir-

mados con la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria hasta el 31 de enero. Del total existente, 72 profesionales de enfermería han sido cesados y se ha renovado a 25, lo que deja un saldo negativo aún teniendo en cuenta las 31 plazas fijas de la oposición de 2022, y principalmente porque muchos ya desempeñaban su trabajo en el Hospital Santa Bárbara. «Han hecho contratos cortos hasta ver cuántas plazas libres quedan, para después recurrir a la bolsa de empleo», explicó Aceña.

Según apuntó, «ahora ya no hay que cubrir vacaciones ni permisos, porque el plazo para disfrutarlos terminaba el 15 y el 31 de enero, respectivamente, y por lo tanto no existe ese problema de necesidad de refuerzo». Si bien, «el hecho de que no se renueve a los profesionales de enfermería provoca que busquen trabajo en otras comunidades autónomas, así que luego que la Administración no se queje cuando les requiera. Que no les deje salir», puntualizó a modo de crítica.

Satse reconoció que la situación que vive la enfermería en Soria sigue siendo «de mínimos», con una ratio de 15 pacientes por profesional, frente a la media europea de ocho. «Hay que cumplir el trabajo y se va a tope», afirmó, de ahí la relevancia de conservar los contratos en lugar de los 72 ceses que se han producido el 31 de enero.

Quejas por la estrechez de los nuevos vestuarios y taquillas del hospital

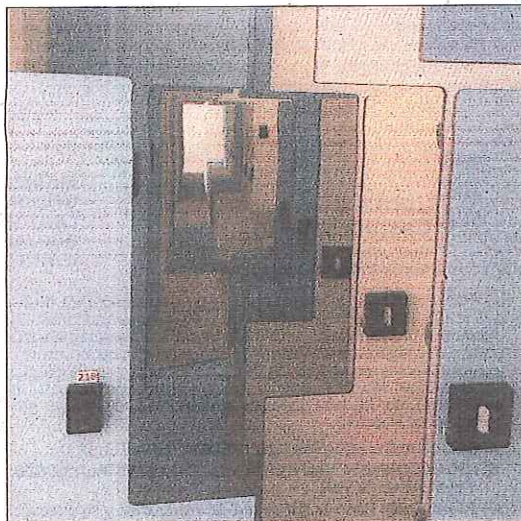
La junta de personal del área de salud remite un escrito a la Gerencia para que «subsane las deficiencias» y recoge firmas

M.H. SORIA

Vestuarios estrechos hasta el punto de que los trabajadores no pueden cambiarse a la vez, imposibilidad de sentarse para desvestirse ni bancos para depositar la ropa mientras tanto. Son quejas que la junta de personal del área de salud de Soria ha remitido a la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria reclamando que se subsanen «las deficiencias» de los nuevos vestuarios y las taquillas del Hospital Universitario Santa Bárbara instalados tras las obras, ya que «están causando un malestar generalizado entre todos los trabajadores». También está recogiendo firmas entre los afectados para evidenciar dichas quejas.

La junta de personal, reunida en pleno, manifestó su disconformidad con las nuevas instalaciones de los vestuarios y las taquillas y elevó sus quejas para que se ponga solución. Señaló que el espacio de los vestuarios es muy reducido y no existe el suficiente para pasar entre las taquillas cuando están abiertas, incluso cuando alguien se está cambiando y están cerradas, «lo que incumple la normativa de prevención de riesgos laborales». Desde la junta de personal señalaron que esta falta de espacio provoca golpes involuntarios entre los trabajadores.

Al faltar espacio en los pasillos del vestuario, tampoco se pueden colocar sillas o bancos suficientes para aquellas personas que necesitan sentarse para vestirse, se quejan desde la junta de personal. Ni siquiera pueden apoyar la ropa de la calle que se quitan, y tienen que dejarla en el suelo, «aumentando de esta forma la



Taquillas en uno de los nuevos vestuarios del Santa Bárbara. HDS

contaminación y el riesgo biológico, además del riesgo de caídas al haber obstáculos en el suelo». Además, la distribución de los vestuarios hace «prácticamente imposible» que dos trabajadores con las taquillas anexas puedan cambiarse a la vez pues la estrechez no se lo permite.

A eso se suma que la capacidad de las taquillas es «excesivamente reducida» porque aunque existen dos espacios separados dentro de la misma, no permite la separación de la ropa limpia y la sucia, con el consiguiente inconveniente puesto que se

trata de un hospital. Además, provoca que al cerrarse pueda quedar pillada la ropa con la puerta, lo que dificulta volver a abrirla y conlleva el riesgo de romper tanto las prendas como la propia taquilla, se queja la junta de personal en el escrito que han hecho llegar a la Gerencia.

Por otro lado, también reclamó la junta de persona que se aumente el número de sensores de luz en distintos puntos del vestuario, sobre todo al final de los mismos, e igualmente incrementar el tiempo de duración del encendido.

TEMPERATURA

UCERO MARCA LA MÍNIMA DE ESPAÑA CON 7,1 GRADOS BAJO CERO

La localidad soriana de Utero superó en la pasada madrugada los 7 grados centígrados bajo cero, al marcar sus termómetros exactamente -7,1 grados a las 8.00 horas, lo que convierte a este punto de la provincia de Soria en el lugar más frío del país durante la jornada de ayer miércoles 5 de febrero, junto al municipio llerdense de Martinet. Así lo reflejan los datos de la Agencia Estatal de Meteorología (Aemet), recogidos hasta las 8.00 horas y consultados por Ical, que incluyen a otras tres localidades de Castilla y León entre las temperaturas más bajas de España en estas últimas horas. De esta manera, el abulense Puerto del Pico alcanzó los 6,9 grados bajo cero a las 6.40 horas, mientras que la estación zamorana de Robledo-Cervantes, en la comarca de Sanabria, alcanzó los 6,7 grados bajo cero a las 8.00 horas. Finalmente, en la localidad de Lagunas de Somoza (León), el termómetro marcó -5,5 grados. /ICAL

XVII CONCURSO-EXPOSICIÓN DE FOTOGRAFÍA

Semana Santa de Soria

Recepción de obras:
del 10 de enero
al 10 de febrero

Exposición:
De 3 al 19 de marzo

Bases en:
www.semanasantadesoria.com

ORGANIZA:

COLABORAN:

EL MUNDO

HERALDO-DIARIO DE SORIA

CASTILLA Y LEÓN



Gregorio Méndez, Alfonso Fernández Mañueco, José María Eiros y Adriana Ulibarri. ICAL

Tributo a la Sanidad

Mañueco entrega los Premios Diagnóstico de CyLTV y elogia la «calidad humana y profesional» de los sanitarios de la Comunidad

LEÓN El presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, elogia la «calidad humana y profesional» de los sanitarios de Castilla y León para ofrecer la mejor asistencia a las personas, al tiempo que destacó que los galardonados en la II edición de los Premios Diagnóstico de CyLTV son un «claro exponente de la excelencia» de la Sanidad de la Comunidad, «moderna y avanzada», situada a la «vanguardia tecnológica» y entre los servicios mejor valorados.

En estos términos, según Europa Press, valora el estado del sistema sanitario castellanoleonés el dirigente autonómico durante su intervención en la entrega de estos galardones organizados por Castilla y León Televisión que reconocen la labor de los profesionales, empresas e instituciones que trabajan en el ámbito de la sanidad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a las personas de la Comunidad.

A este respecto, Mañueco indica que gracias al esfuerzo de todos los profesionales sanitarios y al apoyo del Gobierno autonómico, que apuesta por una «sanidad universal, gratuita y a la vanguardia tecnológica», este servicio público de Castilla y León se encuentra entre los mejor valorados del conjunto nacional.

En los mismos términos, subraya que la Junta está «complementando y potenciando» esta labor «insustituible» con nuevas tecnologías para dar a cada persona la respuesta diagnóstica «más precisa y el mejor tratamiento».

Asimismo, hace especial énfasis en que el Ejecutivo regional ha puesto a disposición de los pacientes hospitales modernos y avanzados en todas las provincias, que trabajan en red de manera coordinada para que los servicios estén a disposición de todos los ciudadanos en todo el territorio.

El presidente de la Junta también se refirió a que la Comunidad cuenta con una sanidad «moderna y avanzada», ya que dispone de más del doble

de equipos de alta tecnología sanitaria por 100.000 habitantes que la media de España; y se sitúa a la vanguardia en Medicina Personalizada de Precisión, al contar con secuenciadores de genoma completo en Salamanca, León, Burgos y Valladolid.

Además, recuerda que la Junta ha dotado a cinco hospitales de exoesqueletos para niños con enfermedades neuromotoras, y este año está previsto que se implanten en los hospitales del Bierzo y Segovia.

Al mismo tiempo, ha apuntado que se ha implantado cirugía robótica en toda la Comunidad y va a extender progresivamente los robots específicos de traumatología, así como las Unidades Satélite de Radioterapia para que estén disponibles cuanto antes en las nueve provincias y en El Bierzo.

El presidente del Gobierno autonómico entregó el Premio Especial Diagnóstico 2025 a José María Eiros Bouza, de quien ha destacado su trayectoria en el campo de la microbiología y como director del Centro Nacional de la Gripe.

También entregó el Premio Diagnóstico a la Mejor Iniciativa Médica al Consejo de Colegios de Médicos de Castilla y León, por su Estudio Pormenorizado de Demografía Médica.

El Premio Diagnóstico a la Mejor Iniciativa de Enfermería ha recaído en la Dirección de Enfermería del Complejo Asistencial de Zamora, gracias a su Plan de apoyo al trabajador en el uso de aparataje y tecnologías. El Premio Diagnóstico a la Mejor Iniciativa de Humanización ha sido para la Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría del Complejo Asistencial de Salamanca, por su Programa ConTacto. El proyecto «Yo acompaño» de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Ávila ha recibido la mención especial en esta categoría. La Asociación Española Contra el Cáncer, que cuenta con más de 63.000 socios en Castilla y León, ha sido galardonada con el Premio Diagnóstico a la Mejor Iniciativa de Asociaciones de Pacientes por su atención integral al paciente oncológico y su en-

torno.

El Premio Diagnóstico a la Investigación ha recaído en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Burgos, por el Abordaje Multidisciplinar de la Enfermedad de Huntington. El Premio Diagnóstico a la Innovación ha sido otorgado a las Unidades de Estrategias de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico de Castilla y León, que son un modelo y un referente en el ámbito internacional. La mención especial en esta categoría ha recaído en la Red de Exoesqueletos Pediátricos de la Gerencia Regional de Salud.

La Red Centinela Sanitaria de la Junta de Castilla y León, que es pionera y referente a nivel nacional, ha sido galardonada con el Premio Diagnóstico en Salud Pública.

El Premio Diagnóstico a la Mejor Iniciativa Farmacéutica ha recaído en el programa conjunto entre SACYL y el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos (CONCYL) para la entrega en proximidad a través de oficinas de farmacia de medicamentos de prescripción y dispensación hospitalaria a pacientes que residen en Castilla y León, e implantado en las Áreas de Salud de León.

El Premio Diagnóstico a la Mejor Iniciativa Sanitaria Privada se ha otorgado al programa «Juvenil» de la Fundación Fundaneed, relacionado con la salud mental en niños y jóvenes; y también a Hospitales HM, que cuenta con dos centros en León y que, recientemente, ha integrado el Hospital Santísima Trinidad de Salamanca.

El trabajo en red de los oncólogos de Castilla y León en El Bierzo ha sido reconocido con el Premio Diagnóstico a la Gestión Sanitaria. Estos profesionales ofrecen una atención de calidad y garantizan la cobertura asistencial en el territorio.

Finalmente, el Premio Diagnóstico a la Gestión Sanitaria. Estos profesionales ofrecen una atención de calidad y garantizan la cobertura asistencial en el territorio.

Accidentes laborales en Castilla y León

■ Provincias	Accidentes mortales		Total accidentes	
	2024	Variación % 2023-2024	2024	Variación % 2023-2024
■ Ávila	2	-33,3	1.380	6,1
■ Burgos	9	80,0	5.412	0,3
■ León	10	-16,6	4.084	3,2
■ Palencia	0	-	1.734	-1,1
■ Salamanca	2	-33,3	3.204	-5,1
■ Segovia	1	-50,0	2.109	3,4
■ Soria	3	0,0	1.451	1,5
■ Valladolid	7	-12,5	5.911	2,0
■ Zamora	5	-	1.817	7,1
■ Total	39	2,6	27.102	1,3

■ Sectores	Construcción	Industria	Servicios	Agrario	Total	Itinere
■ 2023	3.858	6.874	14.226	1.776	26.734	2.849
■ 2024	3.739	6.990	14.534	1.839	27.102	2.981
■ Variación %	-3,0	1,7	2,1	3,5	1,3	4,6

■ Gravedad	Leves	Graves	Mortales	Total
■ 2023	26.490	206	38	26.734
■ 2024	26.855	208	39	27.102
■ Variación %	1,3	0,9	2,6	1,3

FUENTE: CCOO

ICAL

La siniestralidad laboral se cobra la vida de 39 trabajadores en 2024

CCOO exige medidas derivadas de la evaluación de riesgos psicosociales

VALLADOLID Un total de 39 trabajadores perdieron la vida en Castilla y León durante su jornada laboral en 2024, un más que el año anterior. Las empresas de la Comunidad, registraron también 208 siniestros graves, frente a los 206 de 2023. Los accidentes leves sumaron 26.855, con un ligero aumento del 1,3 por ciento (365 más). Así, en total, Castilla y León sumó el año pasado, 27.102 accidentes laborales, con un aumento del 1,3 %.

Por sectores y según los datos facilitados ayer por CCOO en la Comunidad, los accidentes mortales se concentraron en los servicios, 20, y en la industria, 11, donde aumentaron en tres y dos muertos, respectivamente. En el primario se produjeron cinco fallecimientos, uno más que el año anterior; y en la construcción tres, cinco menos que en 2023.

En global, durante 2024, la siniestralidad laboral creció más en el sector agrario, un 3,5 por ciento, hasta los 1.839 siniestros, seguido por los servicios, donde avanzó un 2,1 por ciento, con 14.534, y la industria, un 1,7 por ciento, con 6.990. Por el contrario, en la construcción descendieron por encima del tres por ciento, hasta los 3.739.

En cuanto a los accidentes en itinere, aquellos que se producen a la ida o a la vuelta del puesto de trabajo, provocaron el fallecimiento de diez trabajadores, dos menos que el año anterior. Los siniestros graves sumaron 45, frente a los 33 de 2023. En total, el año pasado se produjeron 2.981 accidentes (2.926 leves) en itinere, un 4,6 por ciento más. Por lo que respecta a las enfermedades profesio-

nales, se reconocieron el año pasado 1.095, con un crecimiento del 0,4 por ciento (1.090 en 2023).

Por provincias, la siniestralidad global creció en Zamora (1.817), un 7,1 por ciento; en Ávila (1.380), un 6,1 por ciento; en Salamanca (3.204), un 5,1 por ciento; en Segovia (2.109), un 3,4 por ciento; en León (4.084), un 3,2 por ciento; en Valladolid (5.911), un 2,0 por ciento; en Soria (1.451), un 1,5 por ciento; en Palencia (1.734), un 1,1 por ciento; y en Burgos (5.412), un 0,3 por ciento.

CCOO en Castilla y León constató que 22 fallecimientos en jornada laboral se produjeron por causas no traumáticas, es decir, por infarto o ictus, entre otras, lo que supone el 56 por ciento del total, frente a los 17 de 2023. En este sentido, CCOO explicó, en un comunicado recogido por Ical, que los accidentes mortales no traumáticos son «patologías asociadas al deterioro de las condiciones de trabajo, como aumentos de cargas y ritmos de trabajo, fatiga, estrés, ansiedad, deterioro de la conciliación de la vida familiar, es decir, consecuencias de la exposición a factores de riesgo psicosocial y sus efectos sobre la salud mental de las personas trabajadoras, directamente relacionados con la organización del trabajo». «Es obligatorio por ley la implantación en las empresas de medidas preventivas derivadas de la evaluación de riesgos psicosociales desde el año 1996 que entro en vigor la Ley de Prevención de Riesgos Laborales», explicó el secretario de Acción Sindical, Salud Laboral y Medio Ambiente de CCOO CyL, Fernando Fraile.

SANIDAD | NUEVA TECNOLOGÍA

Sacyl implanta la técnica HIFU, un «avance revolucionario» para mitigar los efectos del Parkinson

Mañueco presenta esta tecnología instalada de forma «pionera» en Salamanca con los cuatro primeros casos resueltos con éxito: «Es una herramienta eficaz, segura y no invasiva»



El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, visita junto al equipo multidisciplinar la nueva tecnología HIFU instalada en Salamanca. /JCYL

SPC / SALAMANCA

El sistema sanitario de Castilla y León acaba de incorporar a su cartera de servicios la técnica de Ultrasonidos Focalizados de Alta Intensidad (HIFU), un tratamiento que logra eliminar hasta el 80 por ciento de los temblores en los pacientes con Parkinson. «Supone una gran avance revolucionario para el tratamiento», certificó el presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, que esta semana visitó la implementación en el Complejo Asistencial de Salamanca del nuevo equipo de HIFU, tras una inversión del Ejecutivo Autonómico de tres millones de euros. «Esto demuestra el compromiso de Castilla y León con la vanguardia médica y la mejora continua de la atención sanitaria», continuó el mandatario autonómico, que conoció de primera mano su funcionamiento en el Complejo Asistencial de Salamanca, acompañado por el equipo multidisciplinar de profesionales encargado de ponerlo en marcha. La nueva herramienta está enfocada al trata-

miento del temblor esencial y la enfermedad de párkinson, «cumpliendo así un compromiso adquirido a lo largo de la legislatura».

Fernández Mañueco insistió durante su intervención en que esta tecnología constituye una «revolución» para el tratamiento de las personas con párkinson o temblor esencial, y que logra un porcentaje de curación de entre el 80 y 90% en pacientes seleccionados a través de técnica «eficaz, segura y no invasiva». Así, a través de la utilización de ultrasonidos de alta frecuencia que son guiados en tiempo real por imágenes de resonancia magnética, se logra «reducir riesgos quirúrgicos y tiempo de estancia hospitalaria», ya que el paciente «obtiene resultados visibles inmediatos y sus síntomas desaparecen», informa lcal.

El tratamiento tiene una duración aproximada de dos horas que se administra de forma habitual, en una única sesión, y se estima puede ser aplicado a un centenar de pacientes al año. El presidente del Ejecutivo autonómico afirmó que la tecnología HIFU va a revolu-

cionar la atención al párkinson y al temblor esencial, a la vez que «va a seguir aumentando el prestigio del sistema de salud de Castilla y León, reconocido como uno de los mejores de España».

Puso en valor que incorporaciones como esta sirven para que la Sanidad de la Comunidad se sitúe «a la vanguardia tecnológica», ya que actualmente Castilla y León dispone del «doble» de equipos de

ALFONSO FDEZ. MAÑUECO
PRESIDENTE DE LA JUNTA

«Supone una revolución para el tratamiento de las personas con Parkinson»

«Esto demuestra el compromiso de Castilla y León con la vanguardia médica y sanitaria»

alta tecnología sanitaria por 100.000 habitantes que la media de España. «Se dice pronto».

«Estamos muy orgullosos. Desde la estabilidad que mantenemos en Castilla y León, queremos mejorar los servicios públicos y la atención a las personas en la red asistencial de la Comunidad», manifestó, refiriéndose a Sonsoles de Nogal, la primera paciente sometida a este tratamiento, presente en el acto, que «es el ejemplo del compromiso de la Junta con una sanidad pública, gratuita y de calidad, con profesionales de primera que trabajan en red para que los mejores servicios estén a disposición de todos los ciudadanos, vivan donde vivan».

El presidente finalizó su intervención asegurando que el sistema público de salud es una «prioridad» para el Gobierno de Castilla y León. «Nada sucede por casualidad. Le damos prioridad a la sanidad pública y, además, tenemos los mejores profesionales de España, y esto nos llena a todos de esperanza, seguridad y alegría», concluyó Fernández Mañueco.

HACIENDA

La Junta avisa a Montero: «CyL no quiere las sobras de los separatistas»

DAVID ALONSO / VALLADOLID

«No queremos las sobras que hayan quedado de la negociación entre Sánchez y Puigdemont». El portavoz de la Junta y consejero de Economía y Hacienda, Carlos Fernández Carriedo, volvió a levantarse contra la intención del Gobierno central de llevar a la espera reunión del Consejo de Política Fiscal y Financiera de finales de mes la quita de la deuda. El portavoz volvió a acusar al Ejecutivo central de «primer pacto con los separatistas» y luego, «con lo que sobre, reúne al resto para repartirlo».

Frete a ello, exigió una negociación «en condiciones de igualdad» que sirva para sentar las bases de un nuevo modelo de financiación autonómica en el que «todas las autonomías» participen desde el principio. Por el contrario, denunció que el Ministerio de Hacienda va al encuentro del CPFF con un documento cerrado con «un partido separatista» que, según él, dibuja un modelo «muy perjudicial para España y especialmente todavía más perjudicial para Castilla y León».

Menos incisivo se mostró el consejero de Economía y Hacienda con la posibilidad de que el nuevo modelo, tal y como ha avanzado la ministra María Jesús Montero, no incorpore finalmente las variables correctoras de despoblación que reclamaba Castilla y León, y que solo apoyan Cantabria y Aragón, tres de las ocho firmantes del Pacto de Santiago por la financiación.

Fernández Carriedo restó importancia a este hecho y lo enmarcó en los cambios de signo que ha habido en los ejecutivos autonómicos desde su firma en 2021 y, tras una larga explicación, señaló que la variable de la despoblación «no desaparece», ya que no está dentro del modelo actual, sino que «es el ejemplo del compromiso de la Junta con una sanidad pública, gratuita y de calidad, con profesionales de primera que trabajan en red para que los mejores servicios estén a disposición de todos los ciudadanos, vivan donde vivan».

PROBLEMA EN CASA. También se refirió sobre este asunto el nuevo secretario general del PSOE de Castilla y León, Carlos Martínez, que advirtió al presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, que tiene el «problema en su casa», ya que, según él, son las comunidades del PP las que rechazan incluir el criterio de despoblación y de dispersión.

Prototipo de vacuna contra el cáncer

Un prototipo de vacuna oncológica realizada por el Instituto Dana-Farber (Estados Unidos) ha dado resultados prometedores en pacientes con carcinoma renal de células claras en estudio III o IV (una forma de cáncer de riñón) y generaron una respuesta inmunitaria anticancerígena exitosa después de la administración del suero.



50

MINUTOS es el tiempo de espera media para ser atendido por un médico en las Urgencias de un hospital público, según una encuesta de la OCU, aunque el tiempo total que el paciente pasa en esta especialidad sanitaria alcanza de media las 3 horas y 17 minutos.

MEDICINA PREDICTIVA | UN TRATAMIENTO CONTROVERTIDO Y PROHIBIDO POR GRAN PARTE DE LAS NACIONES

EUROPA PRESS

El control del envejecimiento es otro de los porqués de la medicina preventiva, que busca distintos métodos y técnicas que ayuden a la prevención y detección de trastornos relacionados con la edad. Uno de ellos, podrían ser las transfusiones de plasma joven, aunque no está exento de cierta controversia en el campo de la salud.

Tal y como asevera en una entrevista el profesor Antonio Ayala, catedrático de Bioquímica y Biología molecular de la Universidad de Sevilla, y vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Antienvejecimiento y Longevidad (SEMAL), como nos podemos imaginar, el objetivo de hacer frente a las consecuencias derivadas de la vejez es «enorme», ya que la edad afecta a todas las partes del organismo y produce muchos cambios moleculares.

«Por ejemplo, los niveles hormonales decaen, las concentraciones de compuestos protectores también. Teniendo en cuenta que todos estos cambios bioquímicos pueden generar un problema, hay que prevenirlos a múltiples niveles. En este sentido, el uso de plasma joven para «reponer las concentraciones sanguíneas de los compuestos que nos benefician, y eliminar aquellos que nos perjudican, es una estrategia más a añadir para controlar ese proceso tan complejo», defiende.

UN ASUNTO POLÉMICO. Actualmente, señala este experto, la aplicación de este procedimiento como terapia para combatir el envejecimiento es un asunto polémico y, en la mayor parte de los países, no cuenta con la aprobación de las autoridades sanitarias.

Sin embargo, algunas empresas americanas han estudiado y ofrecen este tipo de procedimientos, según aprecia el doctor Ayala. En otros apunta que la regulación puede variar, ser muy laxa, e incluso son conocidos varios casos en los que este tipo de medios se realizan en aguas internacionales para eludir las restricciones legales.

En el caso de España, resalta el galeno, «afortunadamente», la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) es muy garante a la hora de evitar los riesgos derivados del uso de cualquier tipo de terapia, y el uso de plasma joven, en este caso, no está ni respaldado, ni autorizado.

«Lo único que la AEMPS sí reconoce y regula es el uso de plasma rico en plaquetas (PRP) autólo-

¿LA CLAVE CONTRA EL ENVEJECIMIENTO?

Las transfusiones de plasma joven podrían ser una técnica determinante a la hora de prevenir y detectar de manera temprana trastornos relacionados con la edad



go, es decir, obtenido del propio paciente, para ciertos tratamientos médicos y estéticos», afirma.

No obstante, remarca este catedrático universitario que estas investigaciones están abriendo un nuevo frente de batalla para el control del envejecimiento: «El reto es seguir describiendo cuáles son los ingredientes (proteínas y factores de crecimiento) de la sangre que tienen estos efectos rejuvenecedores».

Es más, comenta que no todas las células responden de igual forma igual. «En particular, las células madre mesenquimales de tejido adiposo, las células madre hematopoyéticas, y las hepáticas son las más beneficiadas», puntualiza.

EVIDENCIA CIENTÍFICA. Así, Ayala recuerda que el empleo de las transfusiones de sangre como método contra la vejez se basa en unos experimentos que se hicieron hace ya bastante tiempo y en los que se vio que la sangre de ratones jóvenes rejuvenecía los órganos de un roedor viejo, después de que sus sistemas circulatorios fuesen unidos quirúrgicamente con una técnica llamada parabiosis.

«En esta técnica, los animales de experimentación se unen por la piel, se colocan en una especie de camisa de fuerza que los mantienen unidos, y, a los pocos días, los dos empiezan a compartir los sistemas circulatorios gracias a la formación de nuevos vasos sanguíneos por un proceso denominado angiogénesis. Los primeros experimentos que emplearon esta técnica se hicieron en 1957», recuerda.

Eso sí, el experto considera que hay que tener en cuenta que la sangre tiene todo tipo de compuestos del tipo nutrientes esenciales, enzimas, plaquetas, células inmunes, ácidos nucleicos (ADN y ARN), además de citoquinas y de exosomas, que son vertidos a este líquido desde todas las células del organismo, incluidas las células madre, y que contribuyen a la capacidad anti-envejecimiento de la sangre joven.

SANIDAD | ESTADÍSTICA DE DEFUNCIONES

¿DE QUÉ MUEREN LOS SORIANOS?

Más de la mitad de los decesos que se registran en Soria se deben a enfermedades del sistema circulatorio o a tumores

N.Z. / SORIA

Las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio están entre las principales causas de mortalidad de los sorianos. Así se desprende de la última estadística de defunciones publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), que analiza la causa de muerte.

En el primer semestre del año 2024 se produjeron en Soria 595 defunciones, de las que 297 fueron de hombres y 298 de mujeres. El grupo de enfermedades del sistema circulatorio estuvo detrás de uno de cada cuatro fallecimientos registrados en la provincia en este periodo de tiempo (a nivel nacional fue el 26,2%). Los tumores se llevaron 131 vidas en los primeros seis meses del año, el 22,01% del total (en España, el 25,6%). Por su parte, las enfermedades del sistema respiratorio estuvieron detrás del 15,79% de los decesos registrados en la provincia en ese tiempo (el 12,9% a nivale nacional).

Por detrás se situaron las enfermedades infecciosas y parasitarias (32 muertes en seis meses) y las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (también 32 fallecimientos, el 5,4% del total). Las enfermedades del sistema genitourinario (riñón, órganos genitales masculinos y femeninos...)

se llevaron otras 30 vidas, casi las mismas que las enfermedades del sistema digestivo (28) y que las causas externas de mortalidad (28), entre las que se incluyen caídas accidentales (ocho), suicidios y lesiones autoinfligidas (cinco), accidentes de tráfico y otros accidentes (ocho) o ahogamientos, sumersión y sofocación accidental (cuatro).

LA CAUSA PRINCIPAL. A nivel más detallado, las defunciones por enfermedades cerebrovasculares fueron la causa de muerte más frecuente en el primer semestre (con 38 decesos), junto con otras enfermedades del sistema respiratorio (38). Por detrás se situaron los problemas de insuficiencia cardíaca (36) y las enfermedades isquémicas del corazón (21). El covid-19 estuvo detrás todavía de 32 muertes durante los primeros seis meses del año. Entre los tumores, el de la tráquea, los bronquios y el pulmón fue la causa más frecuente (con 18 defunciones), seguido del cáncer de colon (13) y el tumor de páncreas (12).

La evolución temporal de la mortalidad en Soria evidencia un incremento de los decesos por tumores, mientras que los fallecimientos por enfermedades del sistema circulatorio descienden. Suben también las enfermedades infecciosas y las causas externas de mortalidad.

AL DETALLE

DEFUNCIONES SEGÚN LA CAUSA DE MUERTE

FALLECIDOS EN UN AÑO

La última estadística de Defunciones según la Causa de Muerte publicada por el INE ofrece los datos provisionales del primer semestre de 2024 y los definitivos de 2023. De esta información se desprende que en el primer semestre fallecieron 595 personas con residencia en Soria y 1.088 durante todo 2023.

1.088

12%

MENOS FALLECIDOS

Los últimos datos ofrecidos por el INE permiten observar una tendencia descendente en el número de fallecidos con residencia en Soria. En concreto, en 2020 (año de la pandemia) se registraron 1.531 decesos. Un año después fueron 1.184. En 2022 el dato anual de defunciones en Soria alcanzó los 1.235 y en 2023 (con datos ya definitivos) bajó a 1.088, lo que evidencia una caída de casi el 12% respecto del año anterior. Hace una década, en 2013, fueron 1.065.

LAS PRINCIPALES CAUSAS: Tumores y enfermedades del sistema circulatorio

MÁS DE LA MITAD DE LOS DECESOS QUE SE REGISTRAN en Soria al año se deben a estas dos causas. Tanto durante 2023 como durante el primer semestre del año pasado, los tumores estuvieron detrás de una de cada cuatro muertes registradas en la provincia. Las enfermedades del sistema circulatorio protagonizaron prácticamente el 26% de los decesos.

5

DE CADA 100 FALLECIDOS, POR CAUSAS EXTERNAS

Prácticamente el 5% de los decesos que se registran en la provincia se deben a causas externas, en las que se incluyen accidentes de tráfico (cuatro en el primer semestre de 2024), de transporte (2), caídas accidentales (8), ahogamientos (4), accidentes por fuego, humo y sustancias calientes, envenenamientos accidentales por psicofármacos y drogas de abuso (1), y suicidios y lesiones autoinfligidas (5).

Bajan las muertes por enfermedades del sistema circulatorio

La evolución de los datos evidencia que se mantienen las muertes por tumores en Soria en los últimos años (en torno a 280 decesos anuales). Sin embargo, se aprecia un descenso notable de los decesos por enfermedades del sistema circulatorio: de 457 en 1983 a 277 durante el año 2023.

A LA ESTADÍSTICA

ATENDIENDO LA CAUSA BÁSICA

La Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte proporciona información anual sobre los fallecimientos acaecidos dentro del territorio nacional atendiendo a la causa básica que los determinó, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS.

ANÁLISIS DE LOS CERTIFICADOS

La metodología seguida por el INE en la Estadística de defunciones por causa de muerte se basa en el análisis pormenorizado de los certificados médicos de defunción (CMD). La fuente de información para las muertes con intervención judicial es el Boletín Estadístico de Defunción Judicial y/o la información de los IMLCF.

Muertes por covid-19

El virus que protagonizó 2020 sigue estando presente y causando muertes entre la población. En el primer semestre de 2024, 20 decesos.

PACK

PLATO DUCHA 160X80 CM

+ FIJO MAMPARA 100 CM

+ KIT DUCHA TERMOSTÁTICO DUERO NEO

REF. 80183663
+ REF. 94103904
+ REF. 90503132
(Baldosa no incluida)

CAMBIA TU BANERA
POR UN PLATO DE DUCHA

499'95 €

IIVA INCLUIDO

BigMat
LA TIENDA PROFESIONAL DE LA CONSTRUCCIÓN

LA PLATAFORMA
ODORICIO

OFERTA VÁLIDA HASTA EL 28/02/2025

CALLE D - PARCELA 45 - POLIG. IND. LAS CASAS (SORIA)

LAS PERSONAS CON VIH, ANSIEDAD Y ESTIGMA SON MÁS PROPENSAS A LA SOLEDAD NO DESEADA

Las personas con VIH mayores de 50 años que presentan ansiedad y estigma son más propensas a la soledad no deseada y las que sufren depresión están más predispuestas al aislamiento social, según una investigación realizada en 22 centros hospitalarios e investigadores de nueve comunidades autónomas. Un total de 399 personas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en este rango de edad de diversas regiones del territorio nacional participaron en esta



investigación, desarrollada durante tres años y publicada en una revista internacional. El impulsor y coordinador principal del estudio, José Ramón Blanco, destacó que los resultados del estudio arrojaron diversos análisis multivariantes asociados con la soledad: entre ellos, estar desempleado, jubilado o soltero y, también, la ansiedad y estigma relacionado con el virus. Sin embargo, un menor nivel educativo, el vivir solo sin desearlo y los síntomas depresivos se relacionan con el aislamiento social. «Existe una prevalencia relativamente alta a estas dos situaciones en nuestra población», detalló el investigador de la Unidad de Inflamación y Envejecimiento del Centro de Investigación Biomédica de La Rioja.

MARÍA JESÚS ÁLAVA
PSICÓLOGA

UNA HERRAMIENTA CONTRA LOS MIEDOS

Abrazar la psicología es el mejor recurso para evitar que los demás nos roben la energía y hacer frente a la manipulación emocional



Recientemente, me propuse describir mi último libro, donde expongo un balance de mi trayectoria vital, de todo lo que mi profesión y mi vida me han enseñado, y el resultado final ha sido que hoy es muy sencillo alterar nuestro estado de ánimo.

La facilidad con la que se pueden manipular las emociones resulta estremecedora, pero lo peor es que las nuevas generaciones son aún más vulnerables a esa manipulación. La psicología nos enseña el gran fracaso de nuestra educación.

Con frecuencia, actuamos con mucha ingenuidad. Hay personas insensibles, sin empatía, narcisistas, tóxicas, que se sienten superio-

res, personas que abusan de nuestra sensibilidad... y sin darnos cuenta les abrimos las puertas a la manipulación emocional.

Como profesional de la psicología, no me queda más remedio que reconocer que ¡no nos han preparado para la vida!

LA POSVERDAD. La psicología me ha demostrado que estamos volcados más en la acción que en el análisis, y por ello aprendemos poco de cada experiencia; que dejamos que nos engañen, sin tomar medidas para que no vuelva a suceder; que el egoísmo se impone con frecuencia a la generosidad; que muchas personas, erróneamente, se creen en pose-

«No me queda más remedio que reconocer que no nos han preparado para la vida»

sión de la verdad y tratan de imponer sus ideas desde la inflexibilidad y la falta de respeto hacia los demás.

La mentira se ha convertido, para muchos, en una forma de vida, y lo ha hecho hasta el extremo de que infinidad de personas se plantean si no les compensaría más utilizar el engaño que defender la verdad.

Estamos en la sociedad de la posverdad. Y esta implica la distorsión de la realidad y primar las emociones y las creencias personales frente a los datos objetivos.

No obstante, afortunadamente, no todo es mentira, engaño o manipulación; la vida también es amor, desamor, humor, alegría, tristeza, bienestar, sufrimiento... y enseñanzas.

No perdamos la esperanza. Aunque parezca difícil, podemos actuar y podemos conseguir mucho más de lo que creemos. Los principios de la psicología científica nos muestran el camino, nos enseñan cómo poner la mente a nuestro favor, descubrir la mentira y la manipulación y lograr que nuestra actitud y nuestra voluntad actúen al servicio de nuestra inteligencia emocional.

Si tuviera que resumir la principal conclusión que mis muchos años de ejercicio de la psicología me han permitido obtener, diría que la vida puede ser difícil y las personas somos muy complejas, pero también resaltaría que somos capaces de vivir emociones maravillosas y únicas, y que podemos albergar sentimientos que nos engrandecen y dignifican.

Hoy, sin ningún miedo a equivocarme, puedo afirmar que la propia psicología transforma nuestra existencia, y si aplicamos sus principios y enseñanzas no habrá aprendizaje ni futura experiencia que se nos resista.

Podemos conseguir que nadie nos robe nuestra energía y nuestras ilusiones. También aprender a decir «no» a quien sólo pretende extorsionarnos.

Afortunadamente, podemos conseguir que la alegría supere a la tristeza, la esperanza a la decepción, el amor al desamor... De ti depende que desarrolles buenos hábitos que ayuden a tu salud física y mental.

No lo dudes: si analizas tu vida bajo el prisma y los principios de la psicología científica, te llenarás de recursos y competencias que te ayudarán a desarrollar todo tu potencial.

Ana Pastor, miembro del Patronato de la Academia de Medicina

La Fundación de la Real Academia Nacional de Medicina (FRANM), a propuesta de la Junta directiva y la junta de gobierno, ha nombrado a Ana Pastor miembro del patronato.

El motivo de esta designación es la de ensalzar una trayectoria profesional fiel a los valores de promocionar, apoyar e impulsar las actividades científicas, culturales y docentes de los diferentes sectores sanitarios de la sociedad.

«Será un placer trabajar con el gran equipo que conforma el Patronato para impulsar el fomento de la excelencia en la práctica clínica, contribuyendo así a seguir siendo un referente de conocimiento médico en España y a nivel internacional», señaló la doctora.

La entidad tiene como objetivo impulsar el conocimiento y la investigación en el ámbito de la salud.



MÓNICA GARCÍA
MINISTRA DE SANIDAD

«El compromiso de España con la OMS es firme e inequívoco. Solo nos salvamos individualmente si se salva todo el mundo»

54,2
POR CIENTO

de las Urgencias realizan un cribado regular para identificar la sepsis, según un estudio internacional, que ha contado con participación española, y que revela deficiencias en la atención a la enfermedad.